

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.º ERS/122/2018;

I. DO PROCESSO

I.1. Origem do processo

1. No dia 23 de julho de 2018, a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) tomou conhecimento da reclamação subscrita por AL visando a atuação do Hospital Vila Franca de Xira (HVFX), estabelecimento prestador de cuidados de saúde explorado pela Escala Vila Franca Sociedade Gestora do Estabelecimento, S.A. (EVFSGE), entidade inscrita no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS sob o n.º de registo 20639.
2. Na supramencionada reclamação, à qual foi atribuído o n.º REC/58189/2018, a exponente alega, em síntese, que, no dia 3 de julho de 2018, deixou o seu pai, GR, no HVFX para aí ser submetido a uma intervenção cirúrgica previamente programada ao joelho.

3. Volvidas umas horas, o referido estabelecimento hospitalar voltou a contactar AL para a informar que fora concedida alta ao seu pai, uma vez que o médico não iria proceder à operação de GR, em virtude da recusa deste em receber transfusões sanguíneas.
4. Acontece que, conforme referido pela reclamante, o utente GR já comunicara anteriormente ao HVFX que não aceitava qualquer transfusão de sangue no âmbito da mencionada cirurgia, tendo aquele estabelecimento referido que tal não constituiria um óbice à sua concretização.
5. Foi, pois, neste contexto que o Conselho de Administração da ERS deliberou proceder, em 2 de agosto de 2018, à abertura do presente processo de inquérito, no sentido de avaliar se os direitos do utente em causa foram cumpridos e respeitados, em especial no que respeita ao acesso a cuidados de saúde e a alternativas terapêuticas e/ou cirúrgicas, face à sua recusa em receber transfusões sanguíneas.

I.2. Diligências

6. No âmbito da investigação desenvolvida pela ERS, realizaram-se as seguintes diligências instrutórias:
 - (i) Pesquisa no SRER da ERS relativa à EVFSGE, entidade que explora o HVFX, constatando-se que a mesma é um estabelecimento prestador de cuidados de saúde inscrito no SRER da ERS sob o n.º de registo 20639;
 - (ii) Notificação à reclamante AL da abertura dos presentes autos de inquérito, com pedido de esclarecimentos, concretizada através de ofício datado de 7 de agosto de 2018;
 - (iii) Notificação à entidade EVFSGE da abertura dos presentes autos de inquérito (com pedido de elementos ao abrigo do disposto no n.º 1 do artigo 31.º dos Estatutos da ERS), concretizada através de ofício datado de 7 de agosto de 2018, e análise da respetiva resposta, rececionada no dia 28 de agosto de 2018;
 - (iv) Pedido de elementos adicional à EVFSGE, ao abrigo da norma acima identificada, concretizada através de ofício datado de 30 de março de 2021, e análise da respetiva resposta, rececionada no dia 26 de abril do mesmo ano.

II. DOS FACTOS

7. Da reclamação apresentada por AL cumpre destacar, pela sua relevância para os presentes autos, os seguintes trechos:

“O meu pai [GR] deslocou-se a este hospital a fim de fazer uma **cirurgia ao joelho** ((... prótese) tendo feito a consulta de anestesia e consulta de vida ativa. Todos os exames requisitados foram apresentados, tendo entregue uma **declaração em como não levava sangue, devido à sua crença, sendo dito que não havia problema**. Hoje, depois de fazer toda a viagem (Leiria) com o meu pai, cheguei aqui às 8h para fazer um RX e análise ao sangue, entrego o meu pai e quando chego a Leiria (a casa) recebo um telefonema do hospital que **o meu pai tinha alta**, que o médico, o Dr.[PA], **não o operaria devido a não levar sangue**. Aqui está a minha pergunta porquê disto tudo? Porque não disseram logo nas consultas anteriores? Não se faz é desumano (...). Pedi para falar com o Dr. mas não havia disponibilidade. Só quero uma explicação para tudo isto.” – Negrito e sublinhado nosso – Cfr. Reclamação subscrita por AL, documento que aqui se dá por integralmente reproduzido para todos os efeitos legais.

8. Na resposta que endereçou diretamente à exponente, datada de 19 de julho de 2018, o HVFX declarou o seguinte:

“O [HVFX] respeita o direito que todos os Utentes têm em relação as suas crenças religiosas. Compreendemos e lamentamos os eventuais transtornos de um **cancelamento de uma cirurgia programada**. No entanto, a segurança dos nossos doentes deve estar acima de tudo. Uma cirurgia não se resume apenas a um momento, mas sim a todo um processo clínico que passa por diferentes passos e profissionais. A decisão final deve ser sempre do cirurgião.

Da mesma forma que respeitamos o direito as crenças religiosas, também respeitamos a autonomia profissional. Neste caso, em nome da segurança clínica do próprio doente. **Não se justifica o risco que o doente pode vir a correr diante de uma cirurgia de carater electivo e a recusa da transfusão sanguínea. A decisão do cancelamento da cirurgia foi tomada pelo próprio Diretor do Serviço de Ortopedia.**

O cancelamento por razões clínicas, e neste caso, pela segurança do doente, pode acontecer em qualquer das etapas do processo cirúrgico. (...)” – Negrito e sublinhado nosso – Cfr. Comunicação do HVFX dirigida a AL, documento que aqui se dá por integralmente reproduzido para todos os efeitos legais.

9. Na sequência da abertura dos presentes autos de inquérito, procedeu-se à notificação da reclamante, tendo-lhe sido solicitados os seguintes esclarecimentos/documentos:

“I. Cópia de toda a correspondência trocada com o Hospital em causa, a propósito dos factos supra descritos;

II. Informação sobre a realização da cirurgia em causa (se a mesma teve lugar e, em caso afirmativo, em que entidade foi realizada e se esta aceitou a recusa em receber transfusões sanguíneas);” – Cfr. Notificação de abertura de processo de inquérito e pedido de elementos endereçado à exponente.

10. Pedido de esclarecimentos, esse, a que a reclamante não respondeu.

11. Por outro lado, na sequência da abertura deste processo de inquérito, procedeu-se, igualmente, à notificação da ECVFSGE-HVFX, tendo-lhe sido solicitados os seguintes esclarecimentos/documentos:

“1. Que se pronunciem, específica e detalhadamente, sobre os factos relatados na reclamação supra referida;

2. Que identifiquem qual era a cirurgia em causa e quais os objetivos inicialmente pretendidos com a mesma;

3. Que indiquem se os procedimentos em vigor para o tipo de cirurgia em causa, indicavam a necessidade de ser efetuada uma qualquer transfusão sanguínea;

4. Que identifiquem o motivo para a cirurgia não ter sido realizada, mesmo perante a recusa de transfusão sanguínea declarada pelo utente;

5. Que indiquem qual a razão para apenas terem informado o utente da impossibilidade de se proceder à cirurgia em causa no dia em que a mesma estava agendada;

6. Que indiquem se, neste processo, algum médico se declarou como objetor de consciência relativamente à prestação de cuidados de saúde a quem recuse transfusões sanguíneas e, em caso afirmativo, que remetam aos presentes autos a cópia da declaração de objeção de consciência entregue;

7. *Que indiquem qual o procedimento em vigor na V. Entidade, para o tratamento de casos em que os profissionais de saúde se recusam a prestar cuidados de saúde a utentes, nomeadamente, por invocada “objeção de consciência”;*
8. *Que indiquem qual o procedimento em vigor na V. Entidade, para o tratamento de casos em que os utentes se recusam a receber transfusões sanguíneas ou qualquer outro cuidado de saúde específico, seja para cirurgias ou intervenções programadas, seja para cirurgias ou intervenções urgentes;*
9. *Que enviem toda a documentação resultante da inquirição aos profissionais envolvidos;*
10. *Que indiquem se este procedimento de recusa de prestação de cuidados de saúde é idêntico a outros Serviços do Hospital?*
11. *Que indiquem se o utente em causa foi inscrito na Lista de Inscritos para Cirurgia, remetendo cópia dos documentos que o comprovem;*
12. *Que informe se o utente em causa já efetuou a cirurgia em causa;*
13. *Se, porventura, o utente foi retirado da LIC, que identifiquem o motivo e enviem o documento comprovativo, em conformidade com o que a Lei impõe nesta matéria;*
14. *Envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto.” – Cfr. Notificação de abertura de processo de inquérito e pedido de elementos endereçado à EVFSGE-HVFX.*

12. Em resposta ao solicitado, a EVFSGE-HVFX pronunciou-se nos seguintes termos:

“ [1.] (...) *De modo a enquadrar a presente situação, importa esclarecer, em primeira instância, que o Utente foi encaminhado pelo Centro de Saúde da sua área de residência para uma primeira consulta de especialidade de Ortopedia, por motivo de patologia dos joelhos, designadamente gonartrose bilateral, ou seja, desgaste das estruturas da articulação.*

Nessa sequência, **o Utente foi observado, em consulta de especialidade, a 11 de outubro de 2017, tendo-lhe sido proposta cirurgia para colocação de prótese total do joelho, a qual o Utente assentiu,** conforme atesta a Proposta de intervenção cirúrgica programada, que se junta como Documento n.º 1. **No decurso da consulta, o Utente declarou, no formulário**

destinado ao Consentimento Informado, recusar transfusões de sangue e/ou seus componentes, conforme Documento n.º 2 em anexo.

A **18 de junho de 2018, no âmbito da Consulta de Vida Ativa** – que visa preparar a cirurgia – foram recolhidos, pela equipa de enfermagem, um conjunto de dados junto do Utente. Nesse âmbito, voltou a abordar-se o tema relativo às crenças religiosas, **tendo resultado a indicação de não objecção à realização de transfusão de sangue** (vd. Documento n.º 3, em anexo), motivo pelo qual foi solicitado, para a referida cirurgia, uma unidade de concentrado de hemácias.

Registe-se a este propósito que **a colheita destes dados resulta da informação que o Utente transmite à equipa de enfermagem, que, após leitura em voz alta, é validado pelo Utente, mediante a sua assinatura.**

No dia 3 de julho do presente ano, o Utente apresentou-se no HVFX para a referida cirurgia, tendo recusado prosseguir com a mesma perante o cenário de necessidade de recurso à transfusão de sangue em consequência da mesma. Esta alteração das circunstâncias ditou, assim, a **necessidade de a equipa clínica proceder a um novo estudo prévio**, com o objetivo de salvaguardar a melhor condição do Utente e reduzir ao mínimo as complicações inerentes a qualquer ato cruento, razão que motivou a decisão de **reagendamento da cirurgia e a consequente alta clínica e hospitalar.**

Evidencia-se, assim, que a situação despoletada no dia da cirurgia advém, efectivamente, da incongruência identificada na informação relativa à postura do Utente para a transfusão de sangue e componentes recolhida na primeira consulta de especialidade e, posteriormente, na consulta vida ativa.

(...)

2. A cirurgia para a qual o Utente foi proposto é designada por **Artroplastia/Prótese total do joelho**, e tem como principal objetivo a melhoria da mobilidade articular e o consequente aumento da capacidade funcional do Utente.

3. **A Artroplastia/Prótese total do joelho, pela sua especificidade requer, por regra, o recurso a transfusão de sangue e/ou derivados, especialmente na reta final da intervenção cirúrgica.** Em virtude da técnica cirúrgica utilizada ser invasiva, a mesma resulta numa provável perda de sangue considerável.

No entanto, **é possível realizar a mencionada cirurgia sem o recurso a transfusão de sangue e/ou derivados, desde que a mesma seja preparada nesse pressuposto e tenha sido realizado um estudo prévio adequado ao Utente**, o que não sucedeu no caso, pelos motivos acima já enunciados.

4. Remete-se para o ponto 3 a resposta a esta questão, reforçando que o [HVFX], enquanto hospital que integra o Serviço Nacional de Saúde, está empenhado em fornecer cuidados de saúde de qualidade, com especial foco na segurança e bem-estar do Utente.

Face à qualificação da cirurgia como electiva, e em razão do princípio da segurança do doente, a equipa entendeu **suspender a sua realização**.

5. Conforme resulta do supra exposto, **a identificação da impossibilidade de realização da cirurgia apenas no dia em que a mesma estava agendada deveu-se à incongruência da informação prestada. Em momento prévio ao início da cirurgia, detetou-se a referida incongruência, tendo-se confirmado junto do utente a sua opção pela recusa de transfusão de sangue**. Por esse motivo, e por se entender que não estavam reunidas todas as condições de segurança para garantir a realização da artroplastia com a devida segurança para o Utente, cancelou-se a cirurgia, **prevendo-se a realização da mesma após nova avaliação clínica pormenorizada, exames laboratoriais mais específicos, consulta de anestesia, etc.**

6. Nenhum profissional clínico do HVFX se declarou objetor de consciência relativamente à prestação de cuidados de saúde a quem recuse transfusões sanguíneas.

7. Não obstante a possibilidade legalmente prevista de um profissional poder declarar-se objetor de consciência (exemplo típico, na interrupção voluntária da gravidez), o HVFX assegura a prestação do cuidado de saúde, garantindo que as equipas clínicas têm na sua constituição profissionais de saúde não objectores de consciência.

Todavia, reiteramos, uma vez mais, que o episódio em apreço não é passível de ser enquadrado numa recusa de prestação de cuidado por motivo de objeção de consciência dos profissionais de saúde, mas sim na inconsistência de informação determinante para a realização bem-sucedida da cirurgia, que motivou o seu cancelamento.

8. O HVFX respeita os princípios previstos na Lei da Liberdade Religiosa, e defende a promoção de cuidados que apoiam a dignidade e o respeito pelos valores e crenças dos seus

Utentes. Para o efeito, juntamos como Documento n.º 4 o nosso guia interno de práticas religiosas, baseado no Manual de Assistência Espiritual e Religiosa Hospitalar, do Grupo de Trabalho Religiões e Saúde, que norteia a atuação dos profissionais do HVFX.

A vontade do Utente, maior e capaz, e informado dos riscos associados à sua decisão, que se recusa a receber transfusões sanguíneas ou qualquer outro cuidado específico de saúde, é respeitada pelos profissionais de saúde, e validada pelo próprio através do consentimento informado e/ou pela formalização da recusa de procedimento diagnóstico/terapêutico (vd. Documento n.º5), conforme as situações.

9. As inquirições havidas junto dos profissionais envolvidos neste episódio – e que permitiram a recolha dos factos ora descritos – decorreram via presencial, não havendo registos manuscritos das mesmas.

10. A recusa de prestação de cuidados resulta essencialmente da objeção de consciência e está salvaguardada, conforme referido no ponto 7 da presente comunicação.

*11. Conforme atesta o Documento n.º 6 junto em anexo à presente comunicação, **o Utente continua inscrito na Lista de Inscritos para Cirurgia, tendo sido transferido para a Unidade Central, com possibilidade, querendo, de ser reavaliado e submetido à referida cirurgia neste Hospital. A proposta cirúrgica manteve-se ativa, passível de reagendamento, assegurando este Hospital a disponibilidade do Serviço de Ortopedia para o devido encaminhamento da situação.***

*12. Face ao estado que o processo do Utente apresenta na Lista de Inscritos para Cirurgia – **“suspense” – acreditamos que o Utente não realizou, à data, a referida cirurgia.***

13. Remete-se a resposta para o ponto 11.

14. Consideramos que a informação supra é elucidativa do episódio em análise. ” – Negrito e sublinhado nosso – Cfr. Comunicação da EVFSGE-HVFX datada de 27 de agosto de 2018, documento que aqui se dá por integralmente reproduzido para todos os efeitos legais.

13. Em anexo, à supratranscrita comunicação, o HVFX remeteu seis documentos, a saber:

- Documento n.º 1, datado de 11 de outubro de 2017, denominado “*Proposta de Intervenção Cirúrgica Programada*”, composto por quatro páginas, onde constam os dados de identificação do utente e do médico responsável, AG, o tipo

de cirurgia (“*Convencional*”), o episódio antecedente (“*Isolado*”), o nível de prioridade clínica (“*normal*”), o diagnóstico (“*Artrose Primária Joelho direito*”), o procedimento (“*Artroplastia total*”), a assinatura do utente GR para efeitos de inscrição na Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC), bem como em sede de “*Consentimento informado para Procedimentos Invasivos*”, a saber “*Artroplastia Total do Joelho*”. Na mencionada proposta não se encontra registada a recusa do utente em receber transfusões de sangue e/ou seus componentes. – Cfr. Documento n.º 1 junto com a comunicação da EVFSGE-HVFX de 27 de agosto de 2018, documento que aqui se dá por integralmente reproduzido para todos os efeitos legais.

➤ Documento n.º 2, datado de 11 de outubro de 2017, denominado “*Consentimento informado Transfusões de Sangue e Componentes*”, composto por uma página, assinado pelo utente AG e pelo médico responsável, AG, através do qual AG declara não aceitar “*receber transfusões de sangue e/ou os seus componentes*” – Cfr. Documento n.º 2 junto com a comunicação da EVFSGE-HVFX de 27 de agosto de 2018, documento que aqui se dá por integralmente reproduzido para todos os efeitos legais.

➤ Documento n.º 3, datado de 18 de junho de 2018, denominado “*Consulta Vida Ativa: Colheita de Dados*”, composto por duas páginas, no qual se encontram registados vários dados da cirurgia programada, do médico responsável e do utente, informação validada por este através de assinatura. Sob a epígrafe “*A Avaliação Inicial*”, na rubrica “*Religião*”, pode ler-se a seguinte nota manuscrita: “*sem impedimento à realização de transfusão sanguínea*”. Por outro lado, sob a epígrafe “*Check-List Consulta Vida Ativa*”, consta como um dos procedimentos realizados o “*Consentimento e Pedido Sangue*” – Cfr. Documento n.º 3 junto com a comunicação da EVFSGE-HVFX de 27 de agosto de 2018, documento que aqui se dá por integralmente reproduzido para todos os efeitos legais.

➤ Documento n.º 4, composto por 5 páginas, denominado “*Práticas Religiosas*”, no qual são apresentados “*(...) alguns itens que todos os colaboradores devem ter em conta, aquando da prestação de cuidados aos utentes, quando é por estes especificada a sua prática religiosa*”. De entre o conjunto de religiões identificadas, constam as “*Testemunhas de Jeová*” (página 4), onde se pode ler na rubrica “*Doença/Sofrimento*” o seguinte: “*Transfusão sanguínea e de compostos não admitidos (...)*” – Cfr. Documento n.º 4 junto com a comunicação da EVFSGE-HVFX de 27 de agosto de 2018, documento que aqui se dá por integralmente reproduzido para todos os efeitos legais.

- Documento n.º 5, composto por uma página, denominado “*Recusa de Procedimento Diagnóstico/terapêutico*”, que configura um mero formulário, não se encontrando preenchido e assinado – Cfr. Documento n.º 5 junto com a comunicação da EVFSGE-HVFX de 27 de agosto de 2018, documento que aqui se dá por integralmente reproduzido para todos os efeitos legais.
- Documento n.º 6, composto por uma página, e que corresponde a um *Print Screen* da consulta do SIGIC relativa ao episódio clínico do utente GR, onde se pode ler o seguinte na rubrica “*Tracking da Proposta*”:

Tipo	Motivo	Obs.	Dt. Inicio	Dt. Fim
S Suspensão	99 o (Transferido Para A Unidade Central)		2018-07-08 00:00	
Y Cancelamento Plano	61 RECUSA DO DOENTE	Utente não aceita transfusão de sang	2018-07-04 11:00	2018-07-04 11:00
R Reabertura	3 Recusa de Transferência	Recusa de Transferência de Instituição	2018-06-20 00:00	2018-06-20 00:00
S Suspensão	98 Devolvido ao Hospital de Origem	Proposta devolvida ao H.O a 19-06-2	2018-06-20 00:00	2018-06-20 00:00
S Suspensão	99 Bloqueado (Transferido para A Unidad		2018-04-20 00:00	2018-06-20 00:00

– Cfr. Documento n.º 6 junto com a comunicação da EVFSGE-HVFX de 27 de agosto de 2018, documento que aqui se dá por integralmente reproduzido para todos os efeitos legais.

14. Na sequência da resposta supratranscrita, através de ofício datado de 26 de março de 2021, requereram-se os seguintes esclarecimentos adicionais à EVFSGE-HVFX:

- “1. *Informem se o utente em causa [...] já efetuou a cirurgia em causa;*
2. *Procedam ao envio dos registos efetuados no SIGLIC de todos os actos relacionados com a inscrição do aludido utente;*
3. *Se, porventura, o utente acima identificado foi retirado da LIC, que identifiquem o motivo e enviem o documento comprovativo, em conformidade com o que a Lei impõe nesta matéria;*

4. *Procedam ao envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto.*” – Cfr. Pedido de elementos de 30 de março de 2021.

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

“(...) No cabal respeito pelas crenças e valores do Utente, no dia 27 de agosto de 2018, em comunicação anterior enviada [à ERS], foi manifestada a disponibilidade do HVFX para a realização da cirurgia proposta ao Utente (artroplastia/prótese total do joelho), sem o recurso a transfusão de sangue e/ou derivados. Nesse pressuposto, em razão dos preceitos de precaução e competência técnica, foi assumida a necessidade de um planeamento com realização de um novo estudo prévio adequado.

Dado o enquadramento, e o interesse no esclarecimento das questões ora colocadas, vimos apresentar as respostas referentes, que por uma questão de facilidade de leitura, seguem a ordem utilizada no V/. Ofício:

1. *A cirurgia aludida (artroplastia/prótese total do joelho), para a qual o utente foi proposto, não chegou a ser realizada por motivo de desistência da intervenção cirúrgica por iniciativa do Utente.*

2. *Remete a relação cronológica de todos os actos relacionados com a inscrição em apreço:*

11/10/2017 Consulta de Especialidade – Ortopedia (CTH – Consulta a Tempo e Horas)

11/10/2017 Inscrição na Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC)

11/10/2017 Pedido de exames pré-operatórios para avaliação pela especialidade – Anestesiologia

28/11/2017 Exames pré-operatórios

04/12/2017 Consulta de especialidade – Anestesiologia

18/06/2018 Consulta de especialidade – Ortopedia – Vida Ativa

03/07/2018 Plano Operatório

03/07/2018 Cancelamento do Plano Operatório

08/07/2018 Proposta Cirúrgica Bloqueada/Suspensa/Transferida

03/09/2018 Proposta Cirúrgica devolvida ao Hospital de Origem (HVFX), por motivo de não activação do Vale Cirurgia pelo Utente

07/03/2019 Proposta cirúrgica cancelada por motivo de desistência do Utente

21/03/2019 Envio da Carta de Saída da LIC

3. Conforme os factos supra elencados, não obstante a possibilidade de uma nova abordagem clínica assumida pelo HVFX ou por outra entidade do [SNS], ou do setor privado e social convencionado ao dispor do Utente, através da utilização de Vales Cirurgia, na sequência da sua desistência do tratamento cirúrgico, procedeu-se à sua retirada da LIC, conforme Documento n.º 1, em anexo.

4. Sem prejuízo do exposto, em prol da salvaguarda dos direitos e interesses legítimos de todos os utentes, reitera este hospital o compromisso de continuar a apostar num acompanhamento integral, à luz dos preceitos da dignidade e do respeito, atendendo à vontade expressa dos utentes e princípios de equidade no acesso efectivo aos cuidados de saúde. (...)
– Negrito e sublinhado nosso – Cfr. Resposta do HVFX, datada de 26 de abril de 2021, ao pedido adicional de elementos da ERS, documento que aqui se dá por integralmente reproduzido para todos os efeitos legais.

16. Em anexo à comunicação supra transcrita, o HVFX juntou ainda um documento denominado “*Carta de Saída da Lista de Inscritos para Cirurgia*”, missiva endereçada a GR, com data de 7 de março de 2019, assinada e com carimbo apostado pela Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia, onde é identificado o seguinte motivo para o cancelamento do registo do aludido utente na LIC: “*Desistência da Intervenção Cirúrgica*” – Negrito e sublinhado nosso – Cfr. Documento n.º 1, enviado com a resposta do HVFX, datada de 26 de abril de 2021, ao pedido adicional de elementos da ERS, documento que aqui se dá por integralmente reproduzido para todos os efeitos legais.

III. DO DIREITO

III.1. 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 a EVFSGE-HVFX 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 define como objetivos da ERS, para além do mais, o de *“assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, nos termos da Constituição e da lei”* (alínea b)), o de *“garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes”* (alínea c)) e, bem assim, o de *“zelar 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. 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)).
26. Finalmente, aos poderes de supervisão supra enunciados, acrescem ainda os poderes sancionatórios consagrados no artigo 22.º dos Estatutos da ERS.
27. Assim, dispõe o n.º 1 do mencionado preceito que “[n]o exercício dos seus poderes sancionatórios relativos a infrações cuja apreciação seja da sua competência, incumbe à ERS desencadear os procedimentos sancionatórios adequados, adotar as necessárias medidas cautelares e aplicar as devidas sanções”, sendo certo que, como sinalizada o n.º 2 deste normativo, “[a]s decisões sancionatórias não dispensam o infrator do cumprimento do dever jurídico ou ordem ou instrução desrespeitada, nem prejudicam o exercício quanto aos mesmos factos dos poderes de supervisão previstos no artigo 19.º”.

28. No que concretamente respeita à obrigação de assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, se é certo que a violação do direito de acesso, como direito complexo, pode surgir sob diferentes formas, ou ser originada por diferentes causas, não se poderá ignorar que uma das suas violações mais gravosas e últimas se consubstancia na rejeição infundada de pacientes.
29. Neste sentido, é estabelecido na alínea b) do n.º 2 do artigo 61.º dos Estatutos da ERS, que “[c]onstitui contraordenação, punível com coima de 1000 EUR a 3740,98 EUR ou de 1500 EUR a 44 891,81 EUR, consoante o infrator seja pessoa singular ou coletiva (...) [a] violação das regras relativas ao acesso aos cuidados de saúde: i) [a] violação da igualdade e universalidade no acesso ao SNS, prevista na alínea a) do artigo 12.º; ii) [a] violação de regras estabelecidas em lei ou regulamentação e que visem garantir e conformar o acesso dos utentes aos cuidados de saúde, bem como práticas de rejeição ou discriminação infundadas, em estabelecimentos públicos, publicamente financiados, ou contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas e subsistemas públicos de saúde ou equiparados, nos termos do disposto nas alíneas a) e b) do artigo 12.º”.
30. Considerando este enquadramento, os factos, tal como denunciados nas reclamações acima enunciadas, serão avaliados sob o prisma de uma eventual violação das regras relativas ao acesso aos cuidados de saúde, e que visam garantir e conformar o acesso dos utentes aos cuidados de saúde.

III.2. Da prestação de cuidados de saúde aos utentes do SNS

31. 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).
32. Conforme se pode ler no n.º 3 do mencionado preceito constitucional, “[p]ara assegurar o direito à protecção 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)).

33. 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 setembro¹, 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).
34. 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).
35. 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.º1).
36. Assim, constituem traves mestras da atuação do SNS as seguintes notas caracterizadoras: “[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 gratuidade 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.

¹ A Lei 95/2019, de 4 de setembro, entrou em vigor em 4 de novembro de 2019, e revogou a anterior Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei, 48/90, de 24 de agosto.

37. 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:
- (i) pelos prestadores de cuidados de saúde do SNS, próprios ou convencionados, no caso de todos os cidadãos portugueses e, ainda, de cidadãos estrangeiros, nos termos do regime jurídico aplicável;
 - (ii) pelos prestadores de cuidados de saúde, 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) pelos prestadores de cuidados de saúde, 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) pelos prestadores de cuidados de saúde do setor privado, com ou sem fins lucrativos, mediante contraprestação acordada entre o utente e o concreto prestador, livremente escolhido.
38. 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 limitações (humanas, técnicas e financeiras) existentes nos estabelecimentos públicos de saúde num determinado contexto histórico-temporal.
39. Efetivamente, dispõe o n.º 1 da Base 6 da LBS que “[a] *responsabilidade do Estado pela realização do direito à proteção da saúde efetiva-se primeiramente através do SNS e de outros serviços públicos, podendo, de forma supletiva e temporária, ser celebrados acordos com entidades privadas e do setor social, bem como com profissionais em regime de trabalho independente, em caso de necessidade fundamentada*”, acrescentando o n.º 3 que “[o] *Estado assegura o planeamento, regulação, avaliação, auditoria, fiscalização e inspeção das entidades que integram o SNS e das entidades do setor privado e social*”.
40. Por outro lado, conforme se pode ler no n.º 1 da Base 25 da LBS, “[t]endo em vista a *prestação de cuidados e serviços de saúde a beneficiários do SNS, e quando o SNS não tiver, comprovadamente, capacidade para a prestação de cuidados em tempo útil, podem ser celebrados contratos com entidades do setor privado, do setor social e profissionais em regime de trabalho independente, condicionados à avaliação da sua necessidade*”, ainda

que se imponha ressaltar que “[o]s cuidados de saúde prestados nos termos do número anterior respeitam as normas e princípios aplicáveis ao SNS”.

41. Ora, à data dos factos, encontrava-se ainda em vigor o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto, que definia o “*regime jurídico das parcerias em saúde com gestão e financiamentos privados*”, diploma legal que viria a ser revogado pela atual LBS (artigo 3.º, n.º 1, alínea b) e n.º 2 da Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro) e substituído pelo Decreto-Lei n.º 23/2020, 22 de maio, que “[e]stabelece as regras para a celebração de contratos de parceria de gestão na área da saúde”.
42. Foi, pois, ao abrigo do disposto no Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto, nomeadamente da disciplina jurídica consagrada nos seus artigos 5.º, n.º 1, alínea a) e 8.º e seguintes, que, entre o Estado Português (representado pelo Ministério da Saúde, através da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P), a EVFSGE e a Escala Vila Franca, Sociedade Gestora do Edifício, S.A., foi celebrado o contrato de gestão, em regime de parceria público-privada, do HVFX².
43. Como se pode ler na Cláusula 32.ª do mencionado contrato de gestão, na senda, aliás, do estatuído no artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto, à data em vigor, o HVFX integra-se no SNS e articula-se com os restantes estabelecimentos do SNS.
44. No mesmo sentido, o artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 23/2020, 22 de maio sinaliza que “[a] entidade gestora deve assegurar o cumprimento dos princípios de gestão aplicáveis às restantes entidades que integram o SNS, nomeadamente: a) [o] acesso aos cuidados de saúde, bem como a sua continuidade, por parte dos utentes da sua área de influência, de acordo com as redes de referência definidas e contribuindo para o funcionamento em rede do SNS; b) [a] garantia do cumprimento dos direitos do utente dos serviços de saúde consagrados na lei, designadamente dos tempos máximos de resposta garantidos; c) [a] primazia da qualidade na prestação de cuidados de saúde, garantindo a sua constante atualização, com base na evidência, e mantendo sempre presente a necessidade do foco no utente e na humanização dos cuidados prestados; d) [a] inclusão de ações de promoção da saúde e de prevenção da doença em toda a cadeia de cuidados prestados; e) [a] garantia do tratamento integral dos utentes de acordo com a melhor prática clínica, independentemente da sua condição económica, social, de complexidade e/ou gravidade da situação clínica e respetivo prognóstico; f) [a] aplicação do regime disposto nos diplomas que definam o regime legal de carreira das profissões da área da saúde; g) [a] disponibilização de informações estatísticas relativamente à utilização dos serviços, para

² Disponível in <https://www.utap.gov.pt/Contratos/saude/HVFX.pdf> .

efeitos de auditoria e fiscalização e controlo de qualidade, no respeito pelas regras deontológicas e de segredo profissional; h) [o] respeito pelas orientações técnicas emanadas pelos serviços competentes do Ministério da Saúde; i) [o] respeito pelos protocolos, requisitos e especificações técnicas para recolha, tratamento e transmissão de informação clínica e administrativa, definidas contratualmente; j) [a] inclusão da sociedade civil em conselhos consultivos, nomeadamente das associações representativas dos utentes, permitindo a sua participação nos processos de tomada de decisão”.

III.3. Dos direitos dos utentes

45. Dispõe a alínea a) da Base 2 da LBS que *“todas as pessoas têm direito [à] proteção da saúde com respeito pelos princípios da igualdade, não discriminação, confidencialidade e privacidade”.*
46. Trata-se, como se percebe, do desenvolvimento, no plano legislativo, das imposições constitucionais consagradas não apenas no atrás aludido artigo 64.º da CRP, mas também no artigo 13.º da Lei Fundamental, que consagra o princípio constitucional da igualdade.
47. Por outro lado, estabelece a alínea b) da Base 2 da 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”.*
48. Efetivamente, 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.
49. 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.
50. 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.

51. Note-se que o direito à adequação da prestação dos cuidados de saúde do utente, além dos comandos normativos genéricos consagrados na LBS, encontra, igualmente, guardada na Lei n.º 15/2014, de 21 de março, que estabelece os *“Direitos e Deveres do Utentes dos Serviços de Saúde”*.
52. 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).
53. 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.
54. Intrinsecamente relacionada com o direito ora em análise é a *“Carta dos Direitos de Acesso”* (CDA), consagrada no Capítulo V (artigo 25.º a 30.º) da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, que visa justamente *“garantir a prestação dos cuidados de saúde pelo SNS e pelas entidades convencionadas em tempo considerado clinicamente aceitável para a condição de saúde de cada utente do SNS”* (n.º 1 do artigo 25.º).
55. Neste sentido, nos termos do disposto no n.º 2 do artigo 25.º do diploma legal em apreço, a CDA define *“[o]s tempos máximos de resposta garantidos”* (alínea a)) e *“[o] direito do utente à informação sobre esses tempos”* (alínea b)).
56. Em concretização do disposto naquela alínea a), o artigo 26.º adverte que *“(…) o membro do Governo responsável pela área da saúde estabelece, por portaria, os tempos máximos de resposta garantidos para as prestações sem carácter de urgência, nomeadamente (...) [n]os cuidados de saúde hospitalares, no que respeita a consultas externas hospitalares e cirurgia programada”*.
57. Ora, a Portaria aludida no supra transcrito preceito, e que se encontrou em vigor no dia 1 de junho de 2017, é a Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio, a qual, conforme se pode ler no seu artigo 1.º, veio definir os *“tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) no Serviço Nacional de Saúde (SNS) para todo o tipo de prestações de saúde sem carácter de*

urgência”, tendo procedido, igualmente, à aprovação e publicação da *“Carta de Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS”*.

58. Assim, “[o]s TMRG para prestações de saúde sem carácter de urgência são os que constam do anexo I à presente portaria, da qual faz parte integrante”, importando fazer menção, pela sua relevância para os presentes autos, aos TMRG (contados da indicação cirúrgica) para a realização de procedimentos cirúrgicos programados:

- 72 horas, nos casos de Urgência Diferida (nível 4) – Cfr. 5.1.1, do Anexo I da Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio;
- 15 dias, nas situações muito prioritárias (nível 3) – Cfr. 5.1.2, do Anexo I da Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio;
- 60 dias, nos casos prioritários (nível 2) – Cfr. 5.1.3, do Anexo I da Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio;
- 180 dias, nas situações de prioridade normal (nível 1) – Cfr. 5.1.4, do Anexo I da Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio.

59. Em nota de rodapé (alínea b)) ao ponto 5.1.4 acima citado, é expressamente sinalizado que, até 31 de dezembro de 2017, o TMRG para a realização de procedimentos cirúrgicos programados, na situação de prioridade normal (nível 1), é de 270 dias.

60. Não obstante, o ponto 5.1 do Anexo II (*“Definições, conceitos e notas técnicas”*) da mencionada Portaria, estatui que “[p]ara a generalidade dos procedimentos hospitalares cirúrgicos programados, o TMRG é fixado em 180 dias após a data da indicação para cirurgia, correspondente à data do respetivo registo no sistema de informação que suporta o SIGA SNS, podendo estes tempos ser encurtados em função do nível de prioridade atribuído à situação clínica do doente. (...)”.

61. Por sua vez, de molde a cumprir a disciplina jurídica consagrada na alínea b) do artigo 25.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, o artigo 27.º estabelece que “(...) os estabelecimentos do SNS e do sector convencionado são obrigados a: a) [a]fixar em locais de fácil acesso e consulta pelo utente a informação atualizada relativa aos tempos máximos de resposta garantidos por patologia ou grupos de patologias, para os diversos tipos de prestações; b) [i]nformar o utente no ato de marcação, mediante registo ou impresso próprio, sobre o tempo máximo de resposta garantido para prestação dos cuidados de que necessita; c) [i]nformar o utente, sempre que for necessário acionar o mecanismo de referência entre os estabelecimentos do SNS, sobre o tempo máximo de resposta garantido para lhe serem

prestados os respetivos cuidados no estabelecimento de referência, nos termos previstos na alínea anterior; d) [i]nformar o utente, sempre que a capacidade de resposta dos estabelecimentos do SNS estiver esgotada e for necessário proceder à referência para os estabelecimentos de saúde do sector privado, nos termos previstos na alínea b); e) [m]anter disponível no seu sítio da Internet informação atualizada sobre os tempos máximos de resposta garantidos nas diversas modalidades de prestação de cuidados; f) [p]ublicar e divulgar, até 31 de março de cada ano, um relatório circunstanciado sobre o acesso aos cuidados que prestam, os quais serão auditados, aleatória e anualmente, pela Inspeção-Geral das Atividades em Saúde.”

62. Finalmente, alínea e) do n.º 1 da Base 2 da LBS consagra ainda um outro importante direito dos utentes, nomeadamente o de ser informado *“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”*.
63. Direito, ressalve-se, que encontra, igualmente, guarida na Lei n.º 15/2014, de 21 de março, designadamente no seu artigo 7.º
64. Pela sua relevância para os presentes autos de inquérito, importa ainda fazer menção ao comumente denominado *“direito ao consentimento ou recusa informado(a)”*.
65. Neste particular, assumem especial relevância os 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.
66. 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”*.
67. 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”*.

68. 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”*.
69. Na senda do consagrado na referida Convenção, 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”*.
70. 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 serviços de saúde pode, em qualquer momento da prestação dos cuidados de saúde, revogar o consentimento”* (n.º 2).

III.3. Do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC)

III.3.A. Questão prévia

71. Ainda antes da análise propriamente dita do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), cujo Regulamento foi aprovado pela Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro (alterada pela Portaria n.º 179/2014, de 11 de setembro), impõe-se a abordagem de uma questão prévia atinente à delimitação do quadro normativo vigente nesta matéria.
72. De facto, a Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril, que regula o Sistema Integrado de Gestão do Acesso dos utentes ao Serviço Nacional de Saúde (SIGA SNS)³, procedeu à revogação das Portarias n.ºs 45/2008, de 15 de janeiro e 179/2014, de 11 de setembro (alínea a) do artigo 27.º).
73. Todavia, conforme se pode ler no mencionado preceito, aquela revogação é determinada *“[s]em prejuízo da vigência transitória prevista no n.º 2 do artigo anterior [26.º]”*.
74. Ora, dispõe a alínea a) n.º 1 do artigo 26.º da Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril que *“[a] regulamentação prevista na presente Portaria é aprovada nos seguintes prazos, contados da publicação desta (...) 90 dias, nos casos previstos (...) na alínea a) do n.º 5 do artigo 9.º”*

³ Nos termos do disposto no n.º 1 do artigo 2.º da Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril, o SIGA SNS *“(...) é um sistema de acompanhamento, controlo e disponibilização de informação integrada, destinado a permitir um conhecimento transversal e global sobre o acesso à rede de prestação de cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde (SNS), e a contribuir para assegurar a continuidade desses cuidados e uma resposta equitativa e atempada aos utentes”*.

(“regulamentos específicos do SIGA CSH (...) [n]a vertente SIGA Procedimentos Hospitalares Cirúrgicos”).

75. O n.º 2 do artigo 26.º da Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril esclarece, por sua vez, que, “[a]té à entrada em vigor da regulamentação prevista no número anterior, é aplicável, em tudo o que não colida com o disposto na presente Portaria, a regulamentação em vigor na data da sua publicação”.
76. Ora, até à presente data, e não obstante o prazo de 90 dias acima referido, não foi ainda aprovada a regulamentação específica aludida na alínea a) n.º 1 do artigo 26.º da Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril.
77. Disto isto, estatui o artigo 9.º do Código Civil (CC) que “[a] interpretação não deve cingir-se à letra da lei, mas reconstituir a partir dos textos o pensamento legislativo, tendo sobretudo em conta **a unidade do sistema jurídico**, as circunstâncias em que a lei foi elaborada e as condições específicas do tempo em que é aplicada” (n.º 1), sendo certo que “[n]a fixação do sentido e alcance da lei, o intérprete presumirá que o legislador consagrou as soluções mais acertadas e soube exprimir o seu pensamento em termos adequados” – Negrito e sublinhado nosso.
78. Neste sentido, sob pena da existência de um vazio legal no que respeita à regulamentação do SIGIC – hipótese, de todo, não pretendida pelo legislador e que feriria, inclusive, a unidade do sistema jurídico -, deve entender-se que, até à aprovação da regulamentação específica aludida na alínea a) n.º 1 do artigo 26.º da Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril, se mantém em vigor o disposto na Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro (alterada pela Portaria n.º 179/2014, de 11 de setembro) em tudo em que não coliga com a disciplina jurídica consagrada na Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril.

III.3.B. Objeto, âmbito de aplicação e definições

79. Conforme atrás referiu, a Portaria n.º 45/2018, de 15 de janeiro procedeu à aprovação do Regulamento do SIGIC.
80. Ora, como o preâmbulo do diploma legal em apreciação esclarece, o SIGIC “(...) foi criado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 79/2004, de 3 de Junho, publicada no Diário da República, 1.ª série-B, de 24 de Junho de 2004, com o objectivo de minimizar o período que decorre entre o momento em que um doente carece de uma cirurgia e a realização da mesma, garantindo, de forma progressiva, que o tratamento cirúrgico ocorre dentro de um tempo máximo estabelecido”.

81. Por outras palavras, o SIGIC “(...) visa a *gestão integrada do universo dos doentes inscritos para cirurgia nos estabelecimentos do [SNS] de forma continuada, tendo sido implementado em todas as regiões de saúde, de acordo com o calendário estabelecido pela referida resolução*”.
82. De acordo com o n.º 1 do Regulamento do SIGIC, este “(...) é *um sistema de regulação da actividade relativa a utentes propostos para cirurgia e a utentes operados, assente em princípios de equidade no acesso ao tratamento cirúrgico, transparência dos processos de gestão e responsabilização dos utentes e dos hospitais do [SNS] e dos estabelecimentos de saúde que contratam e convencionam com aquele a prestação de cuidados de saúde aos seus beneficiários*”.
83. Por ser assim o n.º 2 do aludido Regulamento esclarece que “[s]ão *elegíveis para efeitos de inscrição na lista de inscritos para cirurgia (LIC) todos os utentes dos hospitais do SNS e os utentes beneficiários deste Serviço referenciados para os estabelecimentos de saúde do sector privado e do sector social, ao abrigo dos contratos e convenções celebrados*”.
84. Por outro lado, o n.º 3 do mencionado Regulamento sinaliza que “[a] *informação relativa à actividade cirúrgica programada e à realizada pelos serviços de urgência é obrigatoriamente registada e transferida para o Sistema Informático de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia (SIGLIC), centralizado na Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS)*”, advertindo, por seu turno, o n.º 4 que “[a] *informação necessária à regulação da LIC, à avaliação da actividade dos serviços cirúrgicos e blocos operatórios, à transferência dos utentes entre hospitais e à sua abordagem nos hospitais de destino é transferida diariamente dos hospitais para o SIGLIC*”.
85. A Parte II do Regulamento do SIGIC enuncia um conjunto de definições e conceitos básicos, de entre os quais cumpre mencionar, pela sua relevância para os presentes autos, os seguintes:
- “*Para efeitos do disposto no presente Regulamento, dá-se o nome de **«lista de inscritos para cirurgia»** ao conjunto das inscrições dos utentes que aguardam a realização de uma intervenção cirúrgica, independentemente da necessidade de internamento ou do tipo de anestesia utilizada, proposta e validada por médicos especialistas num hospital do SNS ou numa instituição do sector privado ou do sector social que contratou com aquele Serviço a prestação de cuidados aos seus beneficiários e para a realização da qual esses mesmos*

utentes já deram o seu consentimento expresso” – Negrito e sublinhado nosso - Cfr. n.º 6.

➤ *“Entende-se por **«nota de consentimento»** o documento que recolhe a concordância do utente com a proposta de intervenção cirúrgica e com a sua inscrição na LIC e a aceitação do conjunto de normas do Regulamento do SIGIC que servirão de base para a gestão da proposta cirúrgica” – Negrito e sublinhado nosso - Cfr. n.º 7.*

➤ *“Por **«proposta cirúrgica»** entende-se a proposta terapêutica na qual está prevista a realização de uma intervenção cirúrgica com os recursos da cirurgia programada” – Negrito e sublinhado nosso - Cfr. n.º 8.*

➤ *“Dá-se o nome de **«intervenção cirúrgica»** ao acto ou mais actos operatórios realizados por um ou mais cirurgiões no bloco operatório na mesma sessão” – Negrito e sublinhado nosso - Cfr. n.º 10.*

➤ *“Uma **«cirurgia programada»** é aquela que é efectuada no bloco operatório com data de realização previamente marcada e não inclui a pequena cirurgia” – Negrito e sublinhado nosso - Cfr. n.º 11.*

➤ *“Por **«processo do utente»** entende-se o conjunto de documentos em suporte físico ou electrónico com informação relevante e suficiente para a gestão da proposta cirúrgica” – Negrito e sublinhado nosso - Cfr. n.º 16.*

➤ *“Dá-se o nome de **«registo provisório»** ao registo de um utente na LIC que se encontra ainda por validar ou não foi ainda objecto de consentimento por escrito” – Negrito e sublinhado nosso - Cfr. n.º 23.*

➤ *“Dá-se o nome de **«registo activo»** ao registo de um utente na LIC, provisoriamente inscrito, após validação da proposta cirúrgica e obtenção do seu consentimento escrito, que não se encontra pendente ou suspenso administrativamente” – Negrito e sublinhado nosso - Cfr. n.º 24.*

➤ *“Entende-se por **«registo cancelado»** a anulação do registo de um utente na LIC determinado por motivos supervenientes à inscrição, clínicos ou outros, que impedem a realização da cirurgia” – Negrito e sublinhado nosso - Cfr. n.º 25.*

➤ *“Entende-se por **«registo pendente»** uma alteração temporária do registo de um utente na LIC que, a seu pedido, fundado em motivo plausível, ou a pedido do médico proponente da cirurgia, decorrente de uma situação clínica que o impede*

temporariamente de ser operado, fica pendente por um período definido de tempo, findo o qual é novamente activado, mantendo-se o interesse do utente em submeter-se a uma intervenção cirúrgica no hospital” – Negrito e sublinhado nosso - Cfr. n.º 26.

➤ *“Um **«registo suspenso administrativamente»** é uma alteração temporária do registo de um utente na LIC, decorrente de problemas técnicos ou de insuficiência de informação, por um período máximo de 5 dias úteis consecutivos ou 10 dias úteis interpolados, que o impede de ser movimentado, mas não interrompe a contagem do tempo de espera.” – Cfr. n.º 27.*

➤ *“Entende-se por **«tempo de espera»** o número de dias de calendário que medeia entre o momento em que é proposta uma intervenção cirúrgica pelo médico especialista e a observação, o cancelamento do registo ou a saída do utente da LIC.” – Cfr. n.º 30.*

➤ *“Entende-se por **«tempo máximo de espera»** garantido por nível de prioridade, por patologia ou por grupo de patologias, o período máximo de dias que o utente pode aguardar pela realização da intervenção cirúrgica, contabilizando-se o tempo em que o doente esteve com a inscrição activa.” – Cfr. n.º 33.*

➤ *“Entende-se por **«nível de prioridade»** a classe em que um determinado utente é integrado, tendo em conta o tempo máximo que pode esperar pelo procedimento cirúrgico proposto, avaliado em função da doença e problemas associados, patologia de base, gravidade, impacto na esperança de vida, na autonomia e na qualidade de vida do utente, velocidade de progressão da doença e tempo de exposição à doença” – Negrito e sublinhado nosso - Cfr. n.º 34.*

➤ *“Um **«vale cirurgia»** é um documento pré-numerado, pessoal e intransmissível que só pode ser utilizado para a realização da cirurgia proposta ou equivalente, dentro do prazo de validade aposto.” – Cfr. n.º 36.*

➤ *“Por **«transferência»** entende-se a deslocação do utente do seu hospital de origem para outra unidade hospitalar do SNS ou convencionada, designada hospital de destino.” – Cfr. n.º 38.*

➤ *“Por **«hospital de origem»** entende-se a unidade hospitalar do SNS, do sector privado ou do sector social onde é efectuado pela primeira vez o registo do utente na LIC para um determinado tratamento cirúrgico.” – Cfr. n.º 39.*

- “A expressão **«hospital de destino»** refere-se à unidade hospitalar do SNS ou unidade convencionada no âmbito do SIGIC, onde é realizada a intervenção cirúrgica que foi identificada como necessária no hospital de origem do utente, aquando do seu registo na LIC.” – Cfr. n.º 40.

III.3.C. Direitos e deveres do utente e responsabilidades das unidades ou serviços hospitalares

86. O n.º 44 do Regulamento do SIGIC reconhece aos utentes os seguintes direitos: “a) [o]bter um certificado comprovativo da sua inscrição em LIC; b) [i]nvocar motivo plausível para a não comparência à cirurgia ou às consultas, exames e tratamentos associados ao procedimento cirúrgico proposto, para os quais tenha sido convocado; c) [d]ispor de uma garantia de tratamento dentro do tempo máximo de espera garantido por nível de prioridade, por patologia ou por grupo de patologias; d) [a]ceder a todo o tempo junto da unidade hospitalar de gestão de inscritos para cirurgia (UHGIC) do seu hospital e a seu pedido aos dados que lhe respeitem registados na LIC, nomeadamente o nível de prioridade que lhe foi atribuído e o seu posicionamento relativo na prioridade atribuída; e) [e]scolher, quando haja lugar a transferência, de entre os hospitais indicados para a realização daquela cirurgia; f) [r]ecusar a transferência do seu hospital para outros hospitais para realização da cirurgia de que carece; g) [r]equerer até ao máximo de três vezes a pendência da sua inscrição na LIC, invocando motivo plausível, por um período total de tempo inferior ao tempo máximo de espera garantido; h) [r]equerer por escrito a sua saída da LIC; i) [a]presentar reclamação escrita sempre que se verifique alguma irregularidade em alguma das fases do processo”.
87. O número seguinte, o 45, faz impender sobre os utentes os seguintes deveres: “a) [f]ormalizar o seu consentimento por escrito para a inscrição em LIC, de acordo com uma proposta cirúrgica e aceitar as normas do presente Regulamento; b) [m]anter actualizados os dados constantes do seu registo na LIC, informando a UHGIC do seu hospital das alterações de quaisquer elementos que constam do seu processo, designadamente dos contactos pessoais (residência, telefone, correio electrónico); c) [c]omparecer na data marcada para a realização da cirurgia e aos actos que lhe estão associados e para os quais seja convocado, nomeadamente consultas, exames e tratamentos; d) [i]nformar a UHGIC do seu hospital, se possível antecipadamente, de qualquer situação que impossibilite ou determine o adiamento da realização da intervenção cirúrgica ou dos actos referidos na alínea anterior e justificar a sua ausência nos termos deste Regulamento”.

88. Dispõe, por sua vez, o n.º 53 do Regulamento do SIGIC que “[o] cumprimento do Regulamento do SIGIC pressupõe que os conselhos de administração dos hospitais assegurem a realização das seguintes actividades: a) [d]ivulgar e garantir o cumprimento das normas do SIGIC e das regras incluídas no MGIC, bem como das orientações emitidas pela UCGIC e pela URGIC; b) [a]ctuar de forma a que o hospital crie as condições que permitem dar resposta adequada à procura de tratamento cirúrgico e aos objectivos e directrizes estabelecidas no Plano Nacional de Saúde; c) [g]arantir prioritariamente a realização das cirurgias que, pela sua especificidade, têm uma oferta reduzida noutras unidades hospitalares, nomeadamente do sector convencionado, sem que se comprometam os critérios de prioridade e antiguidade; d) [z]elar e assegurar a gestão otimizada do bloco operatório em função da procura e da lista de procedimentos de cada uma das especialidades cirúrgicas, de forma a diminuir os tempos de espera da respectiva LIC; e) [g]arantir a fiabilidade da informação e normalização dos fluxos de informação relativos à lista de inscritos para cirurgia; f) [z]elar e garantir a correcta atribuição dos níveis de prioridade definidos no MGIC, de acordo com as boas práticas clínicas e proceder à sua divulgação junto dos profissionais de saúde; g) [g]arantir a actualização da informação no SIGLIC relativa à capacidade produtiva do hospital no âmbito dos tratamentos cirúrgicos, quantificando e caracterizando os recursos materiais, humanos e funcionais disponíveis de acordo com as especificações que sejam estabelecidas, e à produção cirúrgica contratualizada com os respectivos serviços; h) [z]elar e assegurar a correcta codificação dos diagnósticos e procedimentos realizados de acordo com os processos descritos no MGIC e com o Código da Classificação Internacional das Doenças em vigor; i) [g]arantir a existência de suportes informáticos adequados às necessidades de gestão da informação referente ao SIGIC e com conexão ao SIGLIC, observando as indicações sobre segurança, protecção e confidencialidade de dados; j) [g]arantir que são emitidos os pareceres técnicos nomeadamente os de natureza clínica que são solicitados quer pela UCGIC quer pelas URGIC”.

89. Por outro lado, “unidades hospitalares de gestão de inscritos para cirurgia (UHGIC) ficam integradas nos hospitais” (n.º 54), competindo-lhes: “a) [c]entralizar a gestão de inscritos para cirurgia do hospital; b) [c]ontrolar e supervisionar o registo dos utentes na LIC do hospital; c) [z]elar pelo cumprimento das normas aplicáveis à LIC e respectivo Regulamento; d) [z]elar pela actualização permanente da informação administrativa e clínica respeitante a cada utente registado na LIC; e) [i]nformar e acompanhar os utentes para esclarecimento de todos os aspectos administrativos relacionados com a sua situação na LIC, incluindo a resposta a sugestões e o encaminhamento das reclamações para as URGIC e UCGIC; f)

[r]realizar ou assegurar o contacto com os utentes para marcação de consultas ou exames, designadamente no âmbito dos cuidados pré-operatórios, da avaliação pré-anestésica e da programação cirúrgica; g) [p]rever e identificar os casos dos utentes que deverão ser transferidos para outra unidade prestadora de cuidados de saúde, esclarecendo-os sobre as condições de aceitação da transferência e supervisionar a recepção e o envio dos processos clínicos dos utentes nesta situação; h) [p]reparar a informação necessária para o planeamento, a gestão e a tomada de decisões relativos à LIC e à actividade cirúrgica, para distribuição às diversas unidades orgânicas do hospital e para posterior relatório às entidades supervisoras; i) [p]romover a realização de reuniões, com periodicidade mensal, de acompanhamento da actividade cirúrgica do hospital com todos os serviços envolvidos no processo; j) [a]valiar e reportar às URGIC e UCGIC toda a informação que seja por estas considerada pertinente, designadamente sobre a produção cirúrgica base e adicional, contratualizada e realizada, a evolução da LIC, a capacidade técnica do hospital, a capacidade instalada, os recursos e a utilização do bloco operatório; l) [g]arantir o registo e a transferência para o SIGLIC, no prazo máximo de 10 dias úteis a contar da respectiva ocorrência, dos dados relativos nomeadamente à gestão da LIC, produção prevista e produção realizada; m) [g]arantir a inclusão no SIGLIC de relatórios sobre a situação do utente à data da alta hospitalar com vista a ser presente ao seu médico assistente, incluindo informação sobre protocolo operatório, lista de sequelas, intercorrências e complicações, medicação e outros tratamentos administrados durante o internamento, achados clínicos decorrentes dos exames, das observações e da cirurgia, prescrição para ambulatório e outras recomendações; n) [i]nformar mensalmente as URGIC e UCGIC a respeito da gestão do SIGIC, de acordo com os indicadores que venham a ser definidos para a prática de monitorização; o) [g]arantir a disponibilidade, a actualidade e a qualidade da informação requerida pelo SIGLIC, de acordo com as especificações emanadas pela UCGIC; p) [s]upervisionar a operacionalidade dos meios informáticos de modo a garantir a sua adequação aos requisitos de recolha e transmissão de informação definidos pela UCGIC; q) [a]valiar os fundamentos invocados pelo utente para suportar uma acção ou omissão relativa à sua participação no processo e qualificá-los ou não como motivos plausíveis para a conduta adoptada; r) [a]companhar e monitorizar, com uma periodicidade semanal, os utentes classificados com prioridade de nível 3 e nível 4, de acordo com o previsto no Anexo I à Portaria n.º 1529/2008, de 26 de dezembro, bem como os utentes inscritos para cirurgia com diagnóstico de neoplasia maligna, e proceder ao envio da lista nominal ao Diretor Clínico da unidade hospitalar” – Cfr. n.º 55.

90. Finalmente, o n.º 57 (com a redacção introduzida pela Portaria n.º 179/2014, de 11 de setembro) define o seguinte leque de competências dos responsáveis pelas unidades ou serviços dos hospitais envolvidos nos procedimentos cirúrgicos: “a) [v]alidar a situação do utente face aos critérios clínicos definidos para inscrição do utente na LIC do hospital; b) [z]elar pela actualização permanente da lista de procedimentos cirúrgicos susceptíveis de serem realizados pelos seus serviços, garantindo que a cada um está correctamente associado o código do sistema de codificação em vigor; c) [g]arantir a selecção dos utentes inscritos em LIC para efeito de programação cirúrgica de acordo com os critérios de antiguidade e prioridade estabelecidos no MGIC e neste Regulamento; d) [i]nformar imediatamente a UHGIC de qualquer modificação referente ao utente que determine a sua substituição ou a alteração da sua posição na LIC; e) [z]elar e assegurar o registo no sistema de informação do hospital das propostas cirúrgicas, dos agendamentos, dos relatórios cirúrgicos e clínicos, das altas de internamento em que tenha ocorrido um acto cirúrgico com utilização de bloco operatório, da conclusão dos processos e demais movimentos na LIC, de acordo com os requisitos do MGIC; f) [a]o Diretor Clínico da unidade hospitalar compete, em especial, proceder ao agendamento para cirurgia dos utentes identificados na alínea r) do n.º 56 da Parte IV do presente regulamento, e reportar, mensalmente, à URGIC todos os utentes que ultrapassam os tempos máximos de resposta garantidos”.

III.3.D. Procedimentos a adotar

91. Em matéria de procedimentos em matéria de inscrição para cirurgia, o n.º 58 do Regulamento do SIGIC clarifica que “[t]odos os actos relacionados com a inscrição do utente em LIC, desde a efectivação da primeira consulta em serviço hospitalar relacionada com a proposta cirúrgica até à realização da intervenção cirúrgica e respectiva alta, são registados no SIGLIC, de acordo com as regras previstas no MGIC”.

92. O n.º 60 do Regulamento em apreciação enumera os critérios de inclusão de utentes na LIC, a saber: os utentes “(...) que aguardam a realização de um procedimento cirúrgico para o qual o hospital prevê utilizar os recursos adstritos à cirurgia programada” (alínea a)), bem como aqueles que se encontrem “(...) em situação de urgência diferida, dispensando-se as formalidades que não puderem ser efectuadas previamente por motivos clínicos” (alínea b)).

93. O n.º 62, por sua vez, debruça-se sobre a proposta de cirurgia, que “(...) é fornecida pelo sistema informático (...)”, e deve “(...) ser preenchida pelo médico proponente da cirurgia, de acordo com as regras previstas no MGIC (...)”, contendo pelos menos a seguintes

informação: “ a) [i]dentificação completa do utente; b) [i]dentificação dos diagnósticos pré-operatório, principal, secundário e associado e respectiva nomenclatura; c) [i]dentificação das patologias ou problemas associados devidamente especificados; d) [i]dentificação da cirurgia proposta e respectiva nomenclatura; e) [i]ndicação do nível de prioridade, fundamentado de acordo com o MGIC; f) [i]dentificação das necessidades de suporte peri-operatório”.

94. Complementarmente, no Volume III (“Área Clínica”) do Manual do SIGIC⁴, aprovado e publicado pela ACSS em 2011, sinaliza que, na inscrição do utente na LIC, nomeadamente na respetiva proposta cirúrgica, devem ser obrigatoriamente identificados os constrangimentos específicos da intervenção em causa, nomeadamente a “recusa de sangue por motivos religiosos” - Cfr. Página 15 do referido Manual, parágrafo 13º.
95. Uma vez preenchida, a referida proposta de cirurgia deverá ser “(...) entregue ao responsável pelo serviço cirúrgico e ao utente pelo médico que realizou o atendimento” – Cfr. n.º 63.
96. Com relevância para os presentes autos, cumpre fazer menção a dois procedimentos específicos regulados no supra mencionado Volume III (“Área Clínica”) do Manual do SIGIC.
97. Assim, a “Alteração do Plano de Cuidados” é regulada nos seguintes termos:

“São **três** as **razões** que podem levar à **necessidade de modificar um parâmetro da proposta de cirurgia**. A saber:

1. Novos dados recolhidos que permitem actualizar, completar a proposta (ex: patologia associada, ASA).

2. A situação do utente alterou-se e, como tal, a informação registada não corresponde à realidade actual.

3. A proposta foi introduzida com erros.

As alterações que implicam pequenas modificações (**itens não críticos**), não comprometem o essencial da proposta, mas **devem ser introduzidas, criando uma nova versão da proposta cirúrgica**.

⁴ In <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/12/UCGIC-CM-20110511-Vol-III-Area-Clinica.pdf>.

Se a alteração da situação clínica do utente implicar uma modificação expressiva da proposta (itens críticos), esta deve ser cancelada e criada uma nova. Neste caso, está implícito que é necessária nova validação pelo responsável do serviço/unidade funcional e novo consentimento do utente. Havendo uma alteração significativa na situação do utente que leve à perda de indicação cirúrgica, o episódio deverá ser concluído por cancelamento das propostas.

Sempre que houver alteração de informação crítica da proposta deve ser criada nova proposta cirúrgica. A saber:

- *Identificação do utente;*
- *Serviço/unidade funcional;*
- *Identificação do médico proponente;*
- *Data de inclusão;*
- *Códigos das Unidades Nosológicas dos eventos críticos;*
 - *Diagnósticos principais;*
 - *Procedimentos principais;*
 - *Alteração da lateralidade;*
- *Outra qualquer alteração que o médico proponente considere muito relevante;*

Existe outro grupo de dados que pode ser alterado até à data da cirurgia ou da transferência do episódio, como referido anteriormente neste volume, quando são listados os dados mínimos obrigatórios a constar na proposta de cirurgia.

*O campo da prioridade clínica pode ser alterado a qualquer altura, sempre que se mostrar apropriado face aos critérios de atribuição da prioridade, **mas quando é modificado é necessário justificar a alteração e informar o utente, embora não envolva novo consentimento da sua parte nem nova validação por parte do responsável do serviço/unidade funcional. Na justificação devem ser invocados os critérios iniciais e a razão da sua modificação.***

O acto de registo da informação clínica é determinante para a qualidade do processo. *O desenho deste corresponde por isso à informação que deve constar do plano de cuidados, registada em tempo real (no momento da proposta) ou tão próximo quanto possível (no mesmo dia) e inclui mecanismos de monitorização que detectam erros nos períodos compreendidos*

nos prazos regulamentares.” - Negrito e sublinhado nosso - Cfr. Página 25 e seguinte do referido Manual.

98. Por outro lado, é ainda descrito o procedimento a adotar na “*Admissão ao internamento*”, a saber:

“No acto de admissão hospitalar para a realização da cirurgia, o utente é observado pelo corpo clínico que confirma a manutenção da indicação cirúrgica e a presença das condições necessárias para a cirurgia, nomeadamente os resultados dos MCDT requisitados e o consentimento informado, para o acto cirúrgico e anestésico, devidamente assinado pelo utente.

Na admissão ao internamento/cirurgia de ambulatório deve ser tida em conta a seguinte informação, cujo modelo e respectivo manual de preenchimento encontra-se no Volume V: (...)

10. *Identificação de alergias, deficiências e **outros constrangimentos devidamente especificados**.* (...)” - Negrito e sublinhado nosso - Cfr. Página 50 e seguintes do referido Manual.

99. Os números seguintes, 64, 65 e 66, debruçam-se sobre a “*nota de consentimento*”, a qual:

- *“(...) visa esclarecer o utente sobre os seus direitos e deveres e recolher a sua aprovação relativamente ao registo informático da proposta de intervenção cirúrgica e o seu compromisso pelo cumprimento das normas do Regulamento do SIGIC”;*
- *“(...) não dispensa a entrega de outras declarações exigidas para a realização de uma intervenção cirúrgica, nos termos da lei em vigor”;*
- *“(...) é obrigatoriamente assinada pelo utente que, se não puder assinar, se pode fazer substituir por representante legal”;*

100. O n.º 71 dispõe que registo do utente na LIC pressupõe uma proposta de cirurgia validada e consentida nos termos deste Regulamento e é ativado pela UHGIC quando é emitido o certificado de inscrição (documento comprovativo da inscrição do utente na LIC, nos termos do disposto no n.º 72) que é enviado ao utente.

101. Posteriormente, acrescenta o n.º 73 do Regulamento do SIGIC, “[a] *programação cirúrgica dos utentes é registada no SIGLIC e deve obedecer aos critérios que se seguem,*

partindo do mais importante, conjugados com os tempos máximos definidos no número seguinte: a) [p]rioridade clínica estabelecida pelo médico especialista em função da doença e problemas associados, patologia de base, gravidade, impacto na esperança de vida, na autonomia e na qualidade de vida do utente, velocidade de progressão da doença e tempo de exposição à doença; b) [a]ntiguidade na LIC, sendo, em caso de igual prioridade clínica, seleccionado em primeiro lugar o utente que se encontra inscrito na lista há mais tempo”.

102. Estabelece o n.º 80 que “[o] agendamento dos utentes classificados no nível 1 deve ocorrer até ao limite de 75 % do tempo máximo de espera previsto para esse nível, devendo ser informados da data da marcação da cirurgia com um mínimo de 20 dias de antecedência”.

103. De acordo com o disposto no n.º 88 do Regulamento em análise, “[à] data do agendamento da cirurgia ou da transferência do utente, a informação relativa à existência de patologias ou problemas associados e necessidades peri-operatórias específicas do utente deve estar actualizada e constar do seu processo e ser transferida para o SIGLIC”.

104. Em matéria de transferência de utentes para outras unidades hospitalares integradas no SNS ou unidades convencionadas, o n.º 89 do diploma em apreciação estatui que aquela transferência “(...) é obrigatória sempre que o hospital de origem, com os seus recursos, não possa garantir a realização da cirurgia dentro dos TME estabelecidos por níveis de prioridade, por patologia ou grupo de patologias, presumindo-se a falta de garantia quando a cirurgia não for agendada nos prazos previstos nos n.ºs 78 a 80”.

105. No entanto, esta obrigação “cessa quando se verificar uma das seguintes circunstâncias: a) [o]ponibilidade do utente à transferência; b) [q]uando o hospital de origem proceda à marcação da cirurgia até ao limite de 100 % do TME garantido; c) [c]lassificação do utente no SIGLIC como intransferível; d) [i]nexistência de oferta para a realização do procedimento proposto” – Cfr. n.º 92.

106. O n.º 94 do Regulamento do SIGIC sublinha que o Hospital de Origem “(...) pode, por sua iniciativa, transferir o utente para outro hospital do SNS para realização da cirurgia proposta sempre que, cumulativamente, se verificarem as seguintes condições: a) [o] utente não esteja agendado; b) [o] utente consinta na transferência; c) [h]aja acordo de ambos os hospitais; d) [h]aja parecer favorável dos respectivos responsáveis ou directores de serviço, quando se trate de hospitais integrados em unidades locais de saúde, grupos e centros hospitalares ou quando os órgãos máximos de gestão sejam comuns a ambas as instituições ou constituídos por elementos comuns a ambos os órgãos”.

107. Adverte o n.º 108 que “[d]ecorridos os prazos previstos [no n.º 80], sem que tenha sido agendada a cirurgia no HO do utente e não existindo HD do SNS disponível nos termos do presente Regulamento, a UCGIC emite de imediato um vale cirurgia a favor do utente”.
108. O n.º 110 do Regulamento do SIGIC regula as situações em que a oponibilidade à transferência resulta da vontade do utente permanecer na LIC do seu HO, devendo, nestes casos, a UCGIC emitir “(...) um vale cirurgia a favor do utente decorrido 100 % do tempo máximo de espera do respectivo nível de prioridade”.
109. Ora, este vale “habilita o utente a marcar a cirurgia directamente numa das entidades privadas prestadoras de cuidados de saúde convencionadas para o efeito ou num hospital público que se tenha disponibilizado para receber utentes por transferência” – Cfr. n.º 111.
110. Ademais, “[c]onsoante se encontre classificado no nível 2 ou 1, o utente pode recusar o vale cirurgia, através de qualquer meio escrito a enviar para a UCGIC ou URGIC, no prazo de respectivamente 5 e 15 dias a contar da recepção daquele, presumindo-se a sua aceitação caso nada seja informado” – Cfr. n.º 114.
111. No entanto, “[q]uando o vale cirurgia não é utilizado dentro do prazo de validade e a recusa do vale não tiver sido comunicada nos termos do n.º 114, o registo do utente na LIC do HO é cancelado.”, sendo que tal cancelamento “(...) tem de ser justificado no SIGLIC” – Cfr. n.ºs 116 e 117.
112. Em matéria de movimentos na LIC, o n.º 131 do Regulamento do SIGIC identifica as modalidades que os mesmos podem revestir, a saber: “a) [p]endência da inscrição; b) [s]uspensão administrativa da inscrição; c) [s]áida da LIC; d) [c]ancelamento da inscrição; e) [r]eadmissão; f) [r]einscrição”.
113. Por outro lado, o n.º 136 do aludido regulamento enumera os seguintes motivos de saída do utente da LIC: “a) [r]ealização da cirurgia; b) [p]erda de indicação para cirurgia; c) [d]esistência; d) [i]ncumprimento das normas do Regulamento do SIGIC; e) [p]endência da inscrição, a pedido do utente, por um período total de tempo superior ao tempo máximo de espera garantido; f) [ó]bito”.
114. Todavia, como sinaliza o n.º 139 do Regulamento do SIGIC, “[o] utente pode desistir do procedimento de inscrição efectuado na sequência da emissão da proposta de cirurgia, devendo comunicar a sua decisão à UHGIC do seu hospital por qualquer meio escrito”.
115. O registo de saída do utente na LIC deverá ser formalizado mediante documento emitido pela UHGIC ou pela UCGIC, no caso de a saída ser efetuada aquando da transferência, incluindo a data da saída da LIC e o respetivo motivo – Cfr. N.º 141.

116. Finalmente, o n.º 143 do mencionado Regulamento, estabelece que o cancelamento da inscrição do utente decorre da falta de consentimento escrito deste para inscrição na LIC ou da falta de utilização quer da nota de transferência, quer do vale cirurgia, nos prazos estabelecidos, devendo os motivos de tal cancelamento ser obrigatoriamente registados no SIGLIC e explicitados ao utente no prazo de 5 dias (n.º 144).

III.4. Da análise da situação concreta

117. Da factualidade alegada e dos respetivos elementos documentais de suporte remetidos à ERS logrou-se a apurar o seguinte:

- No dia 11 de outubro de 2017, GR, encaminhado pelo Centro de Saúde da sua área de residência, teve uma consulta da especialidade de ortopedia no HVFX, por motivo de patologia dos joelhos, designadamente gonartrose bilateral, ou seja, desgaste das estruturas da articulação;
- Nessa consulta, foi proposta ao utente cirurgia para colocação de prótese total do joelho, que o Utente aceitou;
- A aludida cirurgia, à qual foi atribuído o nível de prioridade clínica “normal”, é designada por Artroplastia/Prótese total do joelho e tem como principal objetivo a melhoria da mobilidade articular e o conseqüente aumento da capacidade funcional do Utente;
- No decurso da consulta realizada no dia 11 de outubro de 2017, o Utente declarou, no formulário destinado ao Consentimento Informado, recusar transfusões de sangue e/ou seus componentes;
- Todavia, tal informação não foi registada na respetiva proposta cirúrgica;
- Assim, ainda no referido dia 11 de outubro de 2017, o utente foi inscrito na LIC, tendo ainda nessa data sido formulado um pedido de exames pré-operatórios para avaliação pela especialidade de Anestesiologia;
- Os exames pré-operatórios realizaram-se no dia 28 de novembro de 2017, ao passo que a consulta da especialidade de anestesiologia ocorreu no dia 4 de dezembro daquele ano;

- No dia 18 de junho de 2018, GP realizou a última consulta de especialidade de Ortopedia, que visa preparar a cirurgia, e que é denominada como consulta “*Vida ativa*”;
- Nesta consulta foram recolhidos, pela equipa de enfermagem, um conjunto de dados junto de GR, abordando-se, uma vez mais, o tema relativo às crenças religiosas, tendo resultado a indicação de não objeção à realização de transfusão de sangue, motivo pelo qual foi solicitado, para a referida cirurgia, uma unidade de concentrado de hemácias;
- A recolha destes dados resulta da informação que o utente transmite à equipa de enfermagem, que, após leitura em voz alta, é validado pelo utente, mediante a sua assinatura;
- Os novos dados recolhidos na mencionada consulta, nomeadamente relativos à não objeção, por parte de GP, à realização de transfusão de sangue, não foram registados na proposta cirúrgica, nem motivaram a sua revisão;
- A cirurgia proposta ao utente foi agendada para o dia 3 de julho de 2018;
- Nesse dia, GP apresentou-se no HVFX para a referida cirurgia, tendo recusado prosseguir com a mesma perante o cenário de necessidade de recurso à transfusão de sangue em consequência e no decurso da mesma;
- Nesta sequência, ainda no referido dia 3 de julho de 2018, procedeu-se ao “*Cancelamento do Plano Operatório*”, decisão da responsabilidade do Diretor do Serviço de Ortopedia do HVFX;
- Tal decisão foi motivada pela necessidade de a equipa clínica proceder a um novo estudo prévio (nova avaliação clínica pormenorizada, exames laboratoriais mais específicos, consulta de anestesia, etc.), com o objetivo de salvaguardar a melhor condição do utente e reduzir ao mínimo as complicações inerentes a qualquer ato cruento, razão que motivou a decisão de reagendamento da cirurgia e a consequente alta clínica e hospitalar;
- Volvidos 5 dias, quer dizer, no dia 8 de julho de 2018, no registo do utente no SIGLIC podia ler-se o seguinte: “*Proposta Cirúrgica Bloqueada/Suspensa/Transferida*”;

- GR foi, assim, transferido para a Unidade Central, com possibilidade, querendo, de ser reavaliado e submetido à referida cirurgia neste Hospital;
- A proposta cirúrgica manteve-se ativa, passível de reagendamento, tendo o HVFX assegurado a disponibilidade do Serviço de Ortopedia para a realização da cirurgia proposta ao Utente (artroplastia/prótese total do joelho) sem o recurso a transfusão de sangue e/ou derivados ou, em alternativa, o devido encaminhamento da situação;
- Em 3 de setembro de 2018, no registo de GP no SIGLIC podia ler-se o seguinte: *“Proposta Cirúrgica devolvida ao Hospital de Origem (HVFX), por motivo de não ativação do Vale Cirurgia pelo Utente”*;
- Assim, a cirurgia aludida (artroplastia/prótese total do joelho), para a qual o utente foi proposto, não chegou a ser realizada por motivo de desistência da intervenção cirúrgica por iniciativa do Utente;
- Neste sentido, no dia 7 de março de 2019, a proposta cirúrgica foi cancelada por motivo de desistência do utente;
- No dia 21 de março de 2019, o HVFX enviou ao utente a carta de saída da LIC;
- A Artroplastia/Prótese total do joelho, pela sua especificidade requer, por regra, o recurso a transfusão de sangue e/ou derivados, especialmente na reta final da intervenção cirúrgica, pois sendo a técnica cirúrgica utilizada invasiva, a mesma resulta numa provável perda de sangue considerável;
- No entanto, é possível realizar a mencionada cirurgia sem o recurso a transfusão de sangue e/ou derivados, desde que a mesma seja preparada nesse pressuposto e tenha sido realizado um estudo prévio adequado ao utente, o que não sucedeu no caso;
- Nenhum profissional clínico do HVFX se declarou objeitor de consciência relativamente à prestação de cuidados de saúde a quem recuse transfusões sanguíneas;

- Ademais, o HVFX assegura a prestação do cuidado de saúde, garantindo que as equipas clínicas têm na sua constituição profissionais de saúde não objetores de consciência;
- O HVFX tem em vigor um guia interno de práticas religiosas, baseado no Manual de Assistência Espiritual e Religiosa Hospitalar, do Grupo de Trabalho Religiões e Saúde, que norteia a atuação dos seus profissionais.

118. Feito este enquadramento fáctico é possível, desde já, antecipar que o HVFX, grosso modo, respeitou as normas relativas ao acesso aos cuidados de saúde do utente, não se descortinando da sua atuação qualquer prática de rejeição ou discriminação infundada de GR.

119. Efetivamente, o mencionado prestador, na sequência de consulta realizada com o utente, diagnosticou o problema de que o mesmo padecia e propôs-lhe a realização de uma intervenção cirúrgica (Artroplastia/Prótese total do joelho), que GR aceitou.

120. Ademais, procedeu à inscrição do utente na LIC aquando da realização da primeira consulta (11 de outubro de 2017), agendou e realizou as consultas e exames tidos por convenientes e marcou a cirurgia para o dia 3 de julho de 2018.

121. Com efeito, entre a data de inscrição do utente na LIC e a data agendada para a realização da cirurgia decorreram 265 dias, pelo que foi cumprido o TMRG aplicável *in casu* (270 dias) – Cfr. 5.1.4, do Anexo I da Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio e nota de rodapé b).

122. Após a suspensão da cirurgia no dia 3 de julho de 2018 – pelos motivos acima identificados e que adiante se analisarão -, manteve ativa a inscrição do utente na LIC, passível de reagendamento, tendo o HVFX assegurado a disponibilidade do Serviço de Ortopedia para a realização da cirurgia proposta ao Utente (artroplastia/prótese total do joelho), sem o recurso a transfusão de sangue e/ou derivados ou, em alternativa, o devido encaminhamento da situação para outra instituição, nomeadamente através de “*Vale Cirurgia*”.

123. Acontece que, conforme decorre da informação disponibilizada à ERS, o aludido vale cirurgia não foi ativado pelo utente, não se tendo logrado apurar, face à não prestação das informações adicionais solicitadas pela ERS, que tal tenha sucedido em resultado da sua recusa em recebê-lo, como determina o n.º 114 do Regulamento do SIGIC.

124. Em face do exposto, e como determinam os n.ºs 116 e 117 do referido Regulamento, “[q]uando o vale cirurgia não é utilizado dentro do prazo de validade e a recusa do vale não

tiver sido comunicada nos termos do n.º 114, o registo do utente na LIC do HO é cancelado”, sendo que tal cancelamento “(...) tem de ser justificado no SIGLIC”.

125. Ora, a proposta cirúrgica foi cancelada por motivo de desistência do utente e, no dia 21 de março de 2019, o HVFX enviou ao utente a carta de saída da LIC.

126. Todavia, a atuação do prestador em apreço não é, de todo, isenta de reparos, razão pela qual se justifica a intervenção regulatória adiante explicitada.

127. Na verdade, apesar de ter tomado conhecimento, logo no dia 11 de outubro de 2017, da recusa do utente GR em receber transfusões de sangue e/ou seus componentes, o HVFX não registou tal informação na proposta cirúrgica do utente.

128. Como atrás se advertiu, no Volume III (“Área Clínica”) do Manual do SIGIC, é expressamente sinalizado que, na inscrição do utente na LIC, nomeadamente na respetiva proposta cirúrgica, devem ser obrigatoriamente identificados os constrangimentos específicos da intervenção em causa, nomeadamente a “*recusa de sangue por motivos religiosos*” - Cfr. Página 15 do referido Manual, parágrafo 13º.

129. Usando a terminologia daquele Manual, tal informação constitui um “*dado mínimo obrigatório*” que deve constar da proposta cirúrgica.

130. Trata-se, pois, de uma informação fundamental que o HVFX não poderia omitir daquela proposta, tanto mais que, segundo declarado pelo prestador na resposta de 28 de agosto de 2018 que endereçou à ERS:

“A Artroplastia/Prótese total do joelho, pela sua especificidade requer, por regra, o recurso a transfusão de sangue e/ou derivados, especialmente na reta final da intervenção cirúrgica. Em virtude da técnica cirúrgica utilizada ser invasiva, a mesma resulta numa provável perda de sangue considerável.

No entanto, é possível realizar a mencionada cirurgia sem o recurso a transfusão de sangue e/ou derivados, desde que a mesma seja preparada nesse pressuposto e tenha sido realizado um estudo prévio adequado ao Utente, o que não sucedeu no caso, pelos motivos acima já enunciados. – Negrito e sublinhado nosso.

131. Quer dizer, o registo, na proposta cirúrgica do utente, da sua recusa em receber transfusões de sangue e/ou seus componentes revelava-se, em concreto, determinante para a preparação, a operacionalização e a concretização do aludido procedimento cirúrgico.

132. Acresce que, volvidos uns meses, o HVFX omitiu novamente este procedimento, designadamente quando, durante a consulta de preparação da cirurgia (“*Vida Ativa*”), obteve verbalmente do utente informação dissonante quanto ao recurso a transfusões sanguíneas.

133. Por outras palavras: tendo o utente, na referida consulta, anuído em receber transfusões de sangue e/ou seus componentes – manifestação de vontade contrária à anteriormente declarada – o HVFX, considerando a relevância de tal informação, deveria ter procedido ao seu registo na proposta cirúrgica, diligenciando, se necessário, pela sua revisão e posterior comunicação ao utente.

134. Nesse sentido aponta, como atrás se fez notar, o já citado Volume III (“*Área Clínica*”) do Manual do SIGIC, desta feita em matéria “*Alteração do Plano de Cuidados*” - Cfr. Página 25 e seguinte do referido Manual.

135. De facto, como se pode ler no referido Manual:

“O acto de registo da informação clínica é determinante para a qualidade do processo. O desenho deste corresponde por isso à informação que deve constar do plano de cuidados, registada em tempo real (no momento da proposta) ou tão próximo quanto possível (no mesmo dia) e inclui mecanismos de monitorização que detectam erros nos períodos compreendidos nos prazos regulamentares.” – Negrito e sublinhado nosso.

136. Finalmente, importa ainda sublinhar que, apesar de a proposta cirúrgica ter sido cancelada no dia 7 de março de 2019, o HVFX só em 21 de março enviou ao utente uma carta a informá-lo da sua saída da LIC, o que significa que não foi respeitado o prazo de 5 dias exigido pelo n.º 144 do Regulamento do SIGIC nestas circunstâncias.

IV. DA AUDIÊNCIA DE INTERESSADOS

137. 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 pronunciar-se, relativamente ao projeto de deliberação da ERS, a reclamante e o prestador acima identificado.

138. Não obstante se ter remetido à reclamante AL, para a morada por si indicada, o respetivo ofício com a notificação do projeto de deliberação, o mesmo foi devolvido pelos serviços postais com a menção: “*desconhecido*”.

139. O prestador, por seu turno, não apresentou qualquer pronuncia escrita.

140. Por ser assim, uma vez que não foram trazidos ao conhecimento da ERS quaisquer factos capazes de infirmar ou alterar o sentido do projeto de deliberação da ERS, o seu conteúdo deverá, no essencial, ser mantido na íntegra.

141. Com efeito, a única alteração que se impõe decorre da aprovação e entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 33/2021, de 12 de maio.

142. Dispõe o artigo 1.º do referido diploma legal que “[o] presente decreto-lei procede à criação do Hospital de Vila Franca de Xira, E. P. E.” (n.º 1).

143. Por outro lado, o artigo 3.º esclarece o seguinte:

“Artigo 3.º

Sucessão

1 - O Hospital de Vila Franca de Xira, E. P. E., sucede na universalidade de bens, direitos e obrigações que, em **31 de maio de 2021**, reverteriam para a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I. P. (ARSLVT, I. P.), com a extinção, na parte respeitante ao estabelecimento hospitalar, do contrato de gestão do Hospital de Vila Franca de Xira (Contrato de Gestão), celebrado, ao abrigo do regime de parceria público-privada, entre o Estado Português, representado pela ARSLVT, I. P., e a Escala Vila Franca - Sociedade Gestora do Estabelecimento, S. A. (Escala Vila Franca).

2 - A sucessão pelo Hospital de Vila Franca de Xira, E. P. E., no processo de reversão ao abrigo do Contrato de Gestão, deve assegurar a plena continuidade da operação do estabelecimento hospitalar.

3 - Sem prejuízo do disposto no número seguinte, a sucessão ocorre por mero efeito da lei, independentemente de quaisquer formalidades, assumindo o Hospital de Vila Franca de Xira, E. P. E., as posições jurídicas que seriam assumidas pela ARSLVT, I. P., com a cessação do Contrato de Gestão.

4 - O Hospital de Vila Franca de Xira, E. P. E., assume ainda as posições contratuais da Escala Vila Franca nos subcontratos celebrados com terceiras entidades, relativamente aos quais a ARSLVT, I. P., ou outra entidade por esta indicada, manifeste a intenção de assumir a posição contratual da Escala Vila Franca.” – Negrito e sublinhado nosso.

144. No mesmo sentido, a alínea a) do n.º 1 do artigo 13.º do Decreto-Lei n.º 33/2021, de 12 de maio sinaliza que “[a]té 31 de maio de 2021, o Hospital de Vila Franca de Xira, E. P. E., deve promover todos os atos necessários com vista a: [a]ssegurar a gestão do estabelecimento hospitalar a 1 de junho de 2021”.
145. Pelo exposto, tendo em conta a disciplina jurídica consagrada no mencionado diploma legal, em particular nos preceitos supra transcritos, a presente deliberação deverá ser notificada ao Hospital de Vila Franca de Xira, E.P.E. (cuja criação e sucessão em relação à EVFSGE foi, justamente, determinada pelo Decreto-Lei n.º 33/2021, de 12 de maio), impendendo sobre este a obrigação de cumprimento da instrução adiante enunciada.

V. DECISÃO

146. 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 Hospital Vila Franca de Xira, E.P.E., no sentido de:
- (i) Adotar os procedimentos internos necessários de molde a instruir a atuação dos seus profissionais de saúde a cumprir o disposto no Regulamento do SIGIC e no seu respetivo Manual, aprovado e publicado pela ACSS em 2011, em particular nos casos de utentes que necessitam de realizar cirurgias e que recusam transfusões sanguíneas, garantindo, nomeadamente, o seguinte
 - a. O registo dos dados mínimos obrigatórios (em especial a “*recusa de sangue por motivos religiosos*”) na inscrição do utente na LIC e na respetiva proposta de cirurgia;
 - b. A atualização daqueles dados e a eventual revisão da proposta, sempre que as circunstâncias concretas o determinem;
 - c. O envio tempestivo aos utentes da carta a comunicar a sua saída da LIC;
 - (ii) 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;

147. 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.*”

148. A presente deliberação será publicada, a final, no sítio oficial da ERS na Internet.

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

Porto, 16 de junho de 2021.



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, 2021

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).