

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/098/2020;

I. DO PROCESSO

I.1. Origem do processo

1. No dia 6 de outubro de 2020, a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) tomou conhecimento da reclamação subscrita por CP, visando a atuação da SGHL - Sociedade Gestora do Hospital de Loures, S.A. (SGHL), entidade prestadora de cuidados de saúde inscrita no SRER da ERS sob o n.º 21869, responsável pela exploração do Hospital Beatriz Ângelo (HBA).
2. Na mencionada reclamação, à qual foi atribuída o número REC/73270/2020, a exponente alega, em síntese, que no dia 3 de agosto de 2020 o seu pai, FP, foi internado nos Cuidados Intermédios do HBA.

3. No dia 5 de agosto, por voltas das 19h30, uma das médicas daquele estabelecimento contactou telefonicamente a exponents, dando-lhe conta do agravamento do estado de saúde do utente, mais informando que, caso fosse esse o desejo dos familiares, o HBA abriria “*uma exceção*”, permitindo que a família se “*despedisse*” do mesmo.
4. A esposa, os filhos, o genro e a nora do utente deslocaram-se, então, àquele Hospital, onde permaneceram até perto das 00h00 do dia 6 de agosto, tendo-lhes sido confirmado pelo enfermeiro lá presente o agravamento do estado de saúde de FP.
5. Considerando a situação clínica crítica do utente, o mencionado enfermeiro questionou aqueles familiares sobre o momento em que pretendiam ser informados do (eventual) falecimento de FP, se de imediato ou, pelo contrário, ao início da manhã do dia 6 de agosto.
6. Os familiares responderam que pretendiam ser informados de imediato, tendo para o efeito facultado três contatos telefónicos, mais propriamente da esposa, do filho e da filha, ora exponents.
7. O utente viria, efetivamente, a falecer pelas 1h30min do dia 6 de agosto de 2020 (cfr. assento de óbito), tendo tal facto sido comunicado aos familiares somente às 14h30min daquele dia, isto é, cerca de 13 horas depois do referido decesso.
8. Foi, pois, neste contexto que, para efeitos de averiguação e apuramento cabal dos factos descritos pelo exponents e, ademais, em cumprimento das suas atribuições e competências, o Conselho de Administração (CA) da ERS deliberou, em 20 de novembro de 2020, proceder à abertura do presente processo de inquérito, registado internamente sob o n.º ERS/098/2020, no sentido de apurar se, *in casu*, a atuação do CHTMAD se revelou “*apta a garantir o direito do acompanhante a ser devidamente informado, em tempo razoável, sobre a situação do doente nas diferentes fases do atendimento, garantindo especial cuidado, celeridade e correção na comunicação de informação sensível, como a de óbito de um familiar.*” – Cfr. Proposta de abertura de processo de inquérito.
9. Paralelamente, a ERS tomou conhecimento de outra reclamação – subscrita por IB, à qual foi atribuído o número REC/82759/2020 - que visa, igualmente, a atuação do HBA, na qual são imputados àquele estabelecimento factos que consubstanciam constrangimentos e restrições irrazoáveis ao direito ao acompanhamento, nomeadamente no âmbito do regime de visitas, em especial de doente dependente ou estado final de vida.
10. Em concreto, a exponents IB alega que o seu pai, JC, com 85 anos de idade, deu entrada nas urgências do HBA no dia 11 de setembro de 2020, vítima de um AVC, tendo acabado por falecer no dia 24 daquele mês.

11. Refere que somente no dia do internamento e no seguinte pôde visitá-lo, não obstante os pedidos sucessivos que dirigiu ao mencionado estabelecimento hospitalar no sentido de acompanhar JC.
12. Assevera ainda que, apesar de ter sido alertada para o agravamento da situação clínica do seu pai, nomeadamente no dia 21 de setembro, o HBA não lhe permitiu visitá-lo.
13. Considerando que as duas reclamações visam a mesma entidade – SGHL - HBA – e que versam, no essencial, sobre a mesma matéria – constrangimentos ao direito ao acompanhamento –, justifica-se a sua apreciação conjunta nos presentes autos de inquérito.

I.2. Diligências

14. No âmbito da investigação desenvolvida pela ERS, realizaram-se as seguintes diligências instrutórias:
 - (i) Pesquisa no SRER da ERS relativa ao SGHL, constatando-se que o mesmo é um estabelecimento prestador de cuidados de saúde inscrito no SRER da ERS sob o n.º de registo 21869;
 - (ii) Notificação à exponente CP da abertura do presente processo de inquérito, concretizada através do ofício datado de 26 de novembro de 2020;
 - (iii) Notificação ao prestador SGHL da abertura do presente processo de inquérito (com pedido de elementos ao abrigo do disposto no n.º 1 do artigo 31.º dos Estatutos da ERS), concretizada através do ofício datado de 26 de novembro de 2020;
 - (iv) Receção, através de mensagem de correio eletrónica datada de 11 dezembro de 2020, do pedido de prorrogação do prazo para resposta apresentado pelo reclamado, e posterior notificação da decisão de deferimento daquele pedido, concretiza pela mesma via no 15 de dezembro daquele ano.
 - (v) Receção, através de mensagem de correio eletrónica datada de 17 dezembro de 2020, da resposta apresentada pelo prestador SGHL ao pedido de elementos formulado e análise da mesma.
 - (vi) Apensação da reclamação número REC/82759/2020 ao presente processo de inquérito e notificação da mesma à reclamante IB, concretizada através de ofício datado de 5 de janeiro de 2021.

II. DOS FACTOS

II.1. Relativos à reclamação subscrita por CP (REC/73270/2020)

15. Da reclamação subscrita por CP cumpre destacar, pela sua relevância para os presentes autos de inquérito, os seguintes factos aí alegados:

*“(...) Venho por este meio, em nome da minha família, apresentar uma queixa sobre um procedimento do **Hospital Beatriz Ângelo**, no passado dia **6 de agosto de 2020**, data do falecimento do meu pai, [FP].*

*Remontando a **5 de agosto de 2020**, para situar a razão da queixa, uma das médicas de serviço dos **Cuidados Intermédios do HBA**, onde se encontrava o meu pai internado desde o dia **3 do mesmo mês**, ligou por volta das 19h30, informando que o estado de saúde do paciente tinha piorado substancialmente nas últimas horas, e que iam abrir uma **exceção**, devido à situação atual da pandemia Covid-19, **de permitir que a família se despedisse dele, caso fosse esse o seu desejo/vontade**.*

A família direta, esposa, filhos, genro e nora, imediatamente se deslocaram para o HBA a fim de estarem com o seu ente querido nessas que poderiam ser as últimas horas dele. Deparamos com o meu pai deitado, sem reação, olhos fechados, gelado e com um respirador ligado.

*Um dos enfermeiros de serviço, informou-nos que o estado de saúde do meu pai era muito grave. Questionou os filhos se desejavam que fossem avisados mal falecesse ou se preferiam aguardar pelo princípio da manhã. Respondemos que **queríamos que o HBA nos avisasse assim que ele “partisse” e demos três números telefónicos, o da filha, filho e esposa**, o qual o enfermeiro anotou na folha de serviço onde constavam o nome dos doentes ali internados.*

***Sáimos dos CI por volta das 24h** e fomos para casa, profundamente tristes, desolados, angustiados e aguardando a dita chamada da “morte”.*

A noite passou, o dia aclarou e a esperança de que o meu pai poderia ter melhorado foi renascendo conforme as horas foram avançando.

*Efetivamente, **o meu pai faleceu à 1h30m do dia supramencionado**, conforme certidão de óbito que anexo e a qual só tivemos acesso quase 2 semanas depois. **Nada foi comunicado à família angustiada até às 14h30**, quando o meu marido, após longos*

*períodos de espera e insistência, conseguiu contactar os Cuidados Intermédio do Hospital para obter informações do estado de saúde do meu pai, tendo então sido informado que o paciente em causa tinha falecido ao início da madrugada. Foi desta forma que tomamos conhecimento do triste desfecho, tendo ficado, ao mesmo tempo, perplexos e indignados **pois tinham passado mais de 12h após o seu falecimento.** (...)” – Negrito e sublinhado nosso - Cfr. Reclamação subscrita por CP, documento que aqui se dá por integralmente reproduzidos para todos os efeitos legais.*

16. Através de missiva datada de 9 de outubro de 2020, o HBA endereçou diretamente à exponente uma comunicação, cujo conteúdo parcialmente se transcreve de seguida:

*“(...) Em nome do Hospital e do seu Diretor do Serviço de Medicina Intensiva, **apresentamos ainda o nosso pedido de desculpa formal, pela forma como foi efetuada a comunicação do óbito do vosso familiar.** (...)”*

*A circunstância de ter sido um dia especialmente difícil para os médicos de serviço e o conhecimento generalizado da fadiga extrema a que todo o pessoal de saúde está sujeito na época atual **não nos exime de termos falhado, de facto, no dever de prestar à família, a informação devida e em tempo adequado.** (...)”*

[R]enovamos o pedido de desculpas pelo sofrimento adicional que vos ocasionamos, assegurando que faremos todos os esforços no sentido de impedir que tais situações possam voltar a ocorrer no futuro (...)” – Cfr. Alegações iniciais do HBA em resposta à reclamação, documento que aqui se dá por integralmente reproduzido para todos os efeitos legais.

17. Na sequência da abertura do presente processo de inquérito, por ofício datado de 26 de novembro de 2020, foram solicitados ao prestador SGHL os seguintes esclarecimentos/informações:

“1. Se pronunciem detalhadamente sobre a situação descrita na referida reclamação e forneçam esclarecimentos adicionais que entendam relevantes, acompanhado de toda a documentação de suporte;

2. Remetam cópia dos procedimentos/protocolos, atualmente, em vigor relativos ao direito de acompanhamento no SGHL;

3. Remetam cópia dos procedimentos/protocolos implementados nessa Entidade, no que respeita ao aviso à família em caso de morte;

4. *Procedam ao envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto.*” - Cfr. Pedido de elementos endereçado ao reclamado.

18. Por mensagem de correio eletrónica datada de 11 de dezembro de 2011, o HBA veio solicitar a prorrogação do prazo para responder ao solicitado pela ERS, pedido de prorrogação que foi deferido, tendo o aludido prestador sido notificado de tal decisão pela mesma via no dia 15 de dezembro daquele ano.

19. Posteriormente, mais propriamente no dia 17 de dezembro de 2020, o reclamado apresentou a sua resposta ao pedido de elementos solicitado pela ERS, cumprindo destacar, pela sua relevância para os presentes autos, as seguintes passagens:

“(...) Reportamo-nos ao processo de inquérito endereçado a este Hospital no passado dia 26 de novembro, o qual mereceu a nossa melhor atenção.

*Relativamente ao pedido de explicações adicionais que nos endereçam, e para além de **reiterarmos o teor integral da carta de resposta à reclamação que foi remetida à reclamante (filha do doente falecido)**, enviamos ainda a explicação pessoal transmitida pelo Dr. [CSP] – Diretor do Serviço de Medicina Intensiva, onde o doente se encontrava internado.*

Confirmamos que, de acordo com o procedimento que temos em vigor no HBA, quando o óbito ocorre durante o período noturno – que consideramos compreendido entre as 22 h e as 07 h – o contacto à respetiva família deve ser efetuado, o mais rapidamente possível, a partir das 08 h.

No caso em apreço, verificamos que o Sr. [FP] faleceu pelas 01:30 h do dia 6 de agosto e só pelas 14:30 h é que a família teve conhecimento desse facto, tendo esta falha sido assumida pelo Hospital, perante a referida família, a quem apresentamos o nosso pedido formal de desculpas.

Apesar de se ter tratado de uma falha pontual, que não corresponde nem traduz a prática habitual no nosso Hospital, esta situação foi utilizada, quer no Serviço de Medicina Intensiva, quer no Internamento Geral, como objeto de reflexão com vista à adoção de medidas que evitem a ocorrência de qualquer caso semelhante no futuro.

Em anexo a este email, seguem os seguintes documentos:

- *Carta de resposta à reclamação*
 - **Regulamento de visitas e acompanhantes – em vigor no HBA até início da pandemia**
 - **Regulamento de visitas e acompanhantes – atualmente em vigor no HBA**
 - **Procedimento – Comunicar notícia de óbito**
 - *Documento de autorização de visitas excepcionais*
 - *Explicação pessoal do Diretor de Serviço (SMI) (...)” – Negrito e sublinhado nosso - Cfr. Resposta do reclamado ao pedido de elementos, documento que aqui se dá por integralmente reproduzido para todos os efeitos legais.*
20. Conforme se pode ler no artigo 7.º do “*Regulamento de visitas e acompanhantes – em vigor no HBA até início da pandemia*”, “[e]entende-se por acompanhamento no internamento, a permanência junto do doente, em período diurno e/ou noturno, para além do horário da visita que se encontra estipulado para o respetivo serviço” (n.º 1), sendo que “(...) as pessoas em estado final de vida têm direito ao acompanhamento permanente de ascendente, de descendente ou do cônjuge ou equiparado e, na ausência ou impedimento destes ou por sua vontade, de pessoa por si designada e devem ser informados desse direito” (n.º 2).
21. Por outro lado, de acordo com o disposto no artigo 3.º do “*Regulamento de visitas e acompanhantes – atualmente em vigor no HBA*”, “[a]s visitas aos utentes estão proibidas enquanto este regulamento estiver vigente”, excetuando-se do disposto naquele preceito, entre outras, “(...) as visitas a utentes (...) em situações em fim de vida (...)” (artigo 4.º).
22. Nestes casos, “(...) pode ser autorizada uma visita alargada a mais pessoas em simultâneo, numa única vez” (artigo 5.º).
23. Além disso, “[a] duração da visita deve ser limitada a um máximo de 30 minutos”, devendo as visitas “(...) ser supervisionadas de modo a minimizar o risco de contágio, devendo ser minimizado o contato físico com os utentes internados” (artigo 5.º).
24. Em complemento ao disposto no artigo 5.º, o artigo seguinte esclarece que “[p]ara cumprimento do disposto no artigo 4.º deve ser preenchida uma Autorização em formulário próprio, onde é identificado o motivo da visita”, sendo que, uma vez preenchido aquele formulário devidamente, “(...) deve ser enviado para o Secretariado Clínico, que efetua o arquivamento do original e fornece uma cópia à pessoa a quem é concedida a autorização,

para apresentação nos controlos de acesso ao HBA, de modo a que lhe seja permitida a entrada” (artigo 6.º).

25. Finalmente, pela sua relevância para os presentes autos, assume importância acrescida o “*Procedimento – Comunicar notícia de óbito*” – aprovado pelo HBA em 24 de dezembro de 2019 -, onde se pode ler, para além do mais, o seguinte:

“(…) **5 Comunicar a ocorrência**

Médico

Descrição:

A. No Serviço de Urgência sempre e nos restantes serviços em dias úteis:

Comunicar óbito ao TSC do Serviço a ocorrência, de modo a serem tomadas as diligências necessárias.

*Se o óbito se verificar depois do horário de funcionamento do serviço administrativo de apoio, deve o médico informar o TSC do Serviço às **08 horas do dia seguinte**.*

B. Em dias não úteis nos restantes serviços:

Em caso de óbito, entre as 08 horas e as 20 horas, solicitar ao TSC da Recepção Principal (RP) - 35 441 / 35 439 - que estabeleça contacto com a família do doente falecido, de modo a serem tomadas as diligências necessárias.

*Se o óbito se der depois das 20 horas, e caso a família não tenha sido informada, deve o médico responsável pela certificação do óbito ou outro presente no serviço comunicá-lo ao TSC da RP **às 08 horas do dia seguinte**.” – Negrito e sublinhado nosso.*

II.2. Atinentes à reclamação subscrita por IB (REC/82759/202)

26. Da reclamação subscrita por IB, cumpre destacar, pela sua relevância para os presentes autos, os seguintes factos aí alegados:

“(…) O meu pai [JC] de **85 anos**, deu entrada nas urgências desse hospital [HBA] com um **AVC no dia 11 de setembro**, foi atendido com a urgência devida para estes casos e sempre com a minha presença e **nesse mesmo dia permitiram a minha visita de 15m às 17h nos cuidados intensivos**, com todos os cuidados de protecção. **No dia seguinte** [dia 12], sábado às 17h, **voltei a poder visitá-lo 15 minutos protegida**, encontrei-o bem disposto, a enfermeira disse que tinha almoçado muito bem e sem sonda. **No dia 13 domingo às 17h, informaram-me que tinha passado no dia anterior à noite para o internamento e que só com a autorização da médica Dra. [VV] teria uma visita** e que iria ser contactada pela mesma via telefone. Segunda feira de manhã **dia 14** dirigi-me ao hospital às informações e pedi para falar com um médico, **às 15h o Dr. [AB] ligou-me a informar do estado clínico do meu Pai, que infelizmente não foram boas notícias** e informei que o meu Pai tinha demência e que seria de extrema importância a minha visita na sua recuperação. **O Sr. Dr. disse que ia enviar um e-mail à direcção a pedir autorização, nunca recebi resposta.** Na terça feira **dia 15** fui contactada pela Dra. [VV] (...) na qual (...) informou[-]me que o meu Pai **não estava a corresponder aos comandos na fisioterapia**, perguntei[-]lhe se achava que iria recuperar, respondeu que não era fisioterapeuta e que se encontrava com sonda para se alimentar, não olhava em direcção à chamada, **no entanto estava estável. Pedi encarecidamente por uma visita alegando que era pessoa com demência e tinha a minha voz como comando e referência e que (...) o iria ajudar na recuperação** e que conhecendo e estando com a pessoa há 54 anos e com o seu quadro [h]á 3 anos, iria pensar que o abandonamos, o que me foi negado, era autorizado só em casos terminais.

A Dra. [VV], voltou a falar na quinta feira dia 17 com as mesmas informações e **voltei a fazer o pedido de visita**, já no dia anterior a assistente social, Dra. [HA] o tinha pedido, o que **voltou a negar a insistir que estava estável** e eu apelei que pela descrição do estado, ele estava a desistir.

Na segunda feira **dia 21**, a Dra. [VV] contactou-me a dizer que **o meu Pai, tinha tido febre desde domingo e que estava a antibiótico**, informou que tinha ido analisar o processo e verificou que nos cuidados intensivos ele tinha estado sem sonda, então no sábado tirou e foi alimentado sem sonda, como houve absorção de alimentos pelos pulmões, **provocou pneumonia, implorei novamente por uma visita a dizer que estava com mau pressentimento**, a Dra. [VV] voltou a dizer que estava tudo controlado. Avisou-me que só na quinta-feira é que podia falar, ia estar de banco. Na terça feira **dia 22**, como estava preocupada pedi para falar com a Dra., deixei recado ao assistente, mais tarde ligou[-]me a dizer que **estava tudo bem e que já não tinha secreções**. Na quarta-feira dia 23, falei com

assistente social, Dra. [VH] e pedi para interceder e me ajudar a ter uma visita ao meu pai, o que mais uma vez foi pedido à Dra. [VV].

Na quinta-feira de manhã **dia 24 às 10.30h, a Dra. [VV] contacta[-]me pelo seu telemóvel pessoal (...) [e] disse que o meu Pai tinha falecido (...) alegou que tinha piorado durante a noite e eu disse que não lhe iria perdoar por não me ter deixado vê-lo, respondeu que a visita estava agendada para esse dia.** (...)

[M]anifesto mais uma vez o meu desagrado pela forma como foi conduzido o processo de informação do estado clínico do meu Pai por parte da Dra. [VV] e por não me ter permitido uma última visita ao meu pai.” – Negrito e sublinhado nosso – Cfr. Reclamação subscrita por IB, documento que se dá aqui por integralmente reproduzido para todos os efeitos legais.

27. Em resposta à mencionada reclamação, o HBA endereçou diretamente à exponente IB a comunicação que mais abaixo parcialmente se transcreve:

“(...) No caso concreto e apesar de terem sido efectuados todos os procedimentos possíveis e adequados, a gravidade do quadro clínico em causa não permitiu outro desfecho.

Com efeito, tratava-se de um **doente de 85 anos, dependente nas AVD, com antecedentes de doença cerebrovascular e demência avançada, com episódios de hétero agressividade e que foi internado no dia 11 de setembro em contexto de um AVC extenso da ACM esquerda com oclusão M2 de provável etiologia cardio-embólica, tendo ficado totalmente dependente e referenciado a uma Unidade de Longa Duração.**

O doente manteve estabilidade clínica durante os primeiros 10 dias de internamento e **existiu agravamento no dia 21**, em contexto de provável pneumonia de aspiração, pelo que iniciou antibioterapia empírica com amoxicilina-acido clavulanico. Infelizmente **o quadro clínico veio a agudizar-se com desfecho negativo e falecimento durante a madrugada do dia 24.**

A atual situação de pandemia que vivemos e os seus efeitos ao nível do confinamento social levaram os hospitais a suspender as visitas a doentes internados.

Para compensar esta ausência de contacto pessoal, as equipas clínicas têm feito um esforço concertado no sentido de telefonarem às famílias dos doentes que acompanham,

*dando-lhes toda a informação relevante acerca da evolução dos quadros clínicos e da situação anímica dos mesmos tal como aconteceu no caso do Sr. [JC] em que a médica efectuou contactos diários, **lamentando-se que a agudização repentina do quadro clínico tenha inviabilizado a autorização excepcional de visita.** (...)*” – Negrito e sublinhado nosso – Cfr. Alegações iniciais enviadas diretamente pelo prestador a IB, documento que aqui se dá por integralmente reproduzido para todos os efeitos legais.

III. DO DIREITO

III.1. Das atribuições e competências da ERS

28. 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*”.
29. 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).
30. Resulta, pois, inequívoco que o SGHL é uma entidade prestadora 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.
31. 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)).

32. Com efeito, a densificação dos objetivos enunciados nas três alíneas supramencionadas é concretizada nos artigos seguintes dos Estatutos da ERS.
33. 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”.
34. 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)).
35. 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)).
36. Finalmente, na senda do disposto na alínea d) do artigo 14.º, e em concretização dos seus poderes de supervisão, o artigo 19.º dos referidos Estatutos identifica como incumbências da ERS, entre outras, a de “[z]elar pela aplicação das leis e regulamentos e demais normas aplicáveis às atividades sujeitas à sua regulação, no âmbito das suas atribuições” (alínea a)) e “[e]mitir ordens e instruções, bem como recomendações ou advertências individuais, sempre que tal seja necessário, sobre quaisquer matérias relacionadas com os objetivos da sua atividade reguladora, incluindo a imposição de medidas de conduta e a adoção das

providências necessárias à reparação dos direitos e interesses legítimos dos utentes (alínea b)).

III.2. Dos direitos do utente dos serviços de saúde

37. 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).
38. 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)).
39. Aliás, no mesmo sentido aponta também o legislador ordinário, desde logo na Base 1 da Lei de Bases da Saúde (LBS), aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 04 de setembro, onde se esclarece que *“[o] direito à protecção 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).
40. Por ser assim, *“[o] Estado promove e garante o direito à protecção 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).
41. Não obstante a responsabilidade primacial atribuída ao Estado na garantia do direito constitucional à protecção 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 privados, com ou sem fins lucrativos, mediante contraprestação acordada entre o utente e o concreto prestador, livremente escolhido.
42. 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.
43. Ora, 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”*.
44. 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.
45. 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.
46. 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.

47. 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*”.
48. 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).
49. 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.

III.3. Do direito ao acompanhamento

50. Uma outra importante dimensão do direito constitucional à proteção da saúde reconduz-se ao estatuto e às especiais prerrogativas atribuídas no âmbito do direito ao acompanhamento.
51. Com efeito, ao contrário do que se verificava na anterior LBS, a Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, que aprovou a nova LBS, consagra expressamente o direito do utente a ser acompanhado “*por familiar ou outra pessoa por si escolhida*” (na alínea h) da Base 2).
52. Trata-se, pois, de uma solução legislativa que reforça o estatuto do direito ao acompanhamento que a Lei n.º 15/2014, de 21 de março, anos antes, já introduzira no ordenamento jurídico português.
53. Efetivamente, a matéria em apreço encontra-se regulada, inclusive, num capítulo específico daquele diploma legal, o II, estabelecendo, não apenas regras gerais de acompanhamento do utente (artigos 12.º a 15.º), mas também regras específicas para situações particulares como, por exemplo, o internamento hospitalar (artigos 19.º a 23.º).
54. No que diz respeito às regras gerais, a alínea a) do n.º 1 do artigo 12.º estabelece que, nos serviços do SNS, “[é] reconhecido e garantido a todos o direito de acompanhamento por uma pessoa por si indicada, devendo ser prestada essa informação na admissão do

serviço”, sendo certo que “[n]os casos em que a situação clínica não permita ao utente escolher livremente o acompanhante, os serviços devem promover o direito ao acompanhamento” (n.º 1 do artigo 13.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março).

55. Por sua vez, o n.º 5 do artigo 12.º reconhece especificamente o direito de acompanhamento familiar em estabelecimento de saúde de “*peças em estado final de vida*”.

56. O acompanhante tem, assim, “*direito a ser informado adequadamente e em tempo razoável sobre a situação do doente, nas diferentes fases do atendimento*” (n.º 1 do artigo 15.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março).

57. Trata-se, pois, de uma solução legislativa que cuja *ratio legis* é dúplice: por um lado, visa fomentar uma relação de proximidade entre a entidade prestadora de cuidados de saúde e o acompanhante, regra geral, um familiar próximo do utente; por outro, tem subjacente uma lógica de promoção da transparência daquelas entidades com a comunidade em geral.

58. Em situações específicas, como é o caso do internamento hospitalar de pessoas com deficiência ou em situação de dependência, com doença incurável em estado avançado e as pessoas em estado final de vida, o artigo 20.º do diploma legal ora em análise reconhece o “*direito ao acompanhamento permanente de ascendente, descendente, cônjuge ou equiparado e, na ausência ou impedimento destes ou por sua vontade, de pessoa por si designada*”.

59. Trata-se, como se percebe, de uma norma importantíssima, robustecendo, de modo inequívoco, o direito ao acompanhamento de utentes particularmente vulneráveis, a quem o cerceamento daquele direito se poderá revelar mais nefasto.

60. Nestes casos, “[o] *acompanhamento familiar permanente é exercido no período do dia ou da noite, com respeito pelas instruções e regras técnicas relativas aos cuidados de saúde aplicáveis e pelas demais normas estabelecidas no respetivo regulamento hospitalar*” (n.º 1 do artigo 21.º).

III.4. Do Despacho n.º 12/89, de 8 de abril

61. Pela sua relevância para os presentes autos, assume particular acuidade a menção ao Despacho n.º 12/98, de 8 de abril (publicado em Diário da República n.º 82/1989, Série II de 1989-04-08, página 3542).

62. Com efeito, conforme se pode ler no seu n.º 1 “*sempre que ocorrer um óbito num hospital ou que der entrada no respetivo serviço de urgência um corpo de um indivíduo já sem vida,*

o diretor do serviço em que o cadáver estiver depositado é o responsável pela comunicação da notícia da morte aos familiares do morto”.

63. Em complemento ao disposto no n.º 1, a alínea b) do n.º 3 sinaliza que aquela comunicação deverá assegurar os seguintes interesses essenciais: *“celeridade, correcção e descrição na informação aos familiares”*, advertindo-se que *“[d]eve a todo o custo ser evitado que os familiares sejam informados do óbito por entidade estranha ao hospital”*.

III.5. Da Orientação n.º 038/2020 da Direção-Geral de Saúde (DGS)

64. No dia 17 de dezembro de 2020, a DGS emitiu e publicou a Orientação n.º 038/2020 relativa a *“Acompanhantes e visitas nas Unidades Hospitalares”*.

65. Conforme se pode ler no introito da mencionada Orientação, *“[a] Pandemia COVID-19 impôs um conjunto de medidas de carácter extraordinário nas unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS), num esforço concertado para a redução das cadeias de transmissão nosocomiais”*, sendo que *“[e]ntre as medidas adotadas, incluíram-se restrições a acompanhantes e visitas a utentes internados”*.

66. Ora, *“[a] adequada reorganização dos circuitos de utentes nas unidades hospitalares e a implementação efetiva das medidas de prevenção e controlo de infeção, permitem respeitar o direito ao acompanhamento dos utentes nos serviços do SNS, em contexto de internamento, de ambulatório e de urgência, especialmente, grávidas, crianças, pessoas com deficiência e pessoas com doença incurável em estado avançado e em processo de fim de vida, nos termos legais e de acordo com as regras definidas pela DGS”*.

67. Assim, nos termos do disposto no n.º 1 da mencionada Orientação, compete aos Conselhos de Administração dos Hospitais (CAH), Centros Hospitalares (CH) e Unidades Locais de Saúde (ULS), em articulação com o Grupo de Coordenação Local do PPCIRA (GCL-PPCIRA), garantir *“o direito ao acompanhamento do utente nos serviços de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS) nos termos da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, sem prejuízo da necessidade de reorganização dos circuitos, da implementação efetiva das medidas de prevenção e controlo de infeção, e do cumprimento das Orientações da Direção-Geral da Saúde”*.

68. No mesmo sentido, o n.º 2 daquela Orientação, sinaliza que os CHA, os CH e as ULS, em articulação com o GCL-PPCIRA, *“avaliam a possibilidade de realização de visitas aos utentes internados por outra causa que não COVID-19 e adaptam o Regulamento de Visitas em conformidade, sem prejuízo do respeito pelo disposto no ponto 7 da presente Orientação*

[que permite, em determinadas circunstâncias, visitas a doentes internados com COVID-19]”.

69. Por ser assim, o Regulamento de visitas à Pandemia COVID-19 deverá ser publicado, divulgado e atualizado sempre que a situação o justificar – Cfr. n.º 3 da Orientação ora em análise.

70. Ora, para efeitos de concretização e garantia do disposto nos números anteriores, o n.º 4 da Orientação n.º 038/2020 faz impender sobre os CHA, os CH e as ULS o cumprimento de um vasto leque de procedimentos, incumbindo-lhes nomeadamente o seguinte:

“i. Disponibilizam informação necessária aos visitantes, no momento da primeira visita, de forma a serem cumpridas as regras do Regulamento de Visitas;

ii. Divulgam materiais informativos sobre a correta utilização das máscaras, higienização das mãos, etiqueta respiratória, distanciamento social e conduta adequada durante o período de visitas (...);

iii. Oferecem solução antisséptica de base alcoólica para a higienização das mãos em locais estratégicos do hospital e dos serviços clínicos (por exemplo, à entrada e saída do hospital e à entrada e saída da unidade/serviço);

iv. Proporcionam máscara cirúrgica para todos os visitantes, nos termos da Orientação 019/20206 da DGS e contentor de resíduos, adequado para a recolha específica das máscaras cirúrgicas no momento da saída, nos termos da Orientação 012/20207 da DGS;

v. Definem circuitos devidamente sinalizados, para os visitantes e acompanhantes, incluindo as respetivas instalações sanitárias, de forma a reduzir a sua circulação desnecessária;

vi. Organizam as visitas e o respetivo desfasamento de horários (v.g., por marcação), nomeadamente nas visitas a doentes internados em quartos comuns, de forma a garantir a higienização adequada dos espaços onde decorrem as visitas, de acordo com a Orientação 014/20208 da DGS, bem como o distanciamento adequado entre doentes e visitantes, recorrendo, preferencialmente, ao agendamento das visitas.

vii. Criam condições, adequadas a cada serviço, para que as visitas decorram em espaço amplo e devidamente arejado, sendo que, nas situações em que o doente se encontra

acamado e no caso de quartos partilhados, só é permitida a presença de um visitante de cada vez.

viii. Mantêm um registo de visitantes, com identificação da data, hora, e nome do doente visitado, bem como nome e contacto telefónico do visitante;” – Cfr. Alínea d) do n.º 4 da Orientação em apreço.

71. Conforme resulta do supra exposto, a Orientação n.º 038/2020 da DGS tem um propósito muito claro: sinalizar que, mesmo no atual contexto pandémico, o direito ao acompanhamento, nas suas múltiplas dimensões, não só deverá ser respeitado, como garantido e efetivado pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, aos quais, para o efeito, incumbirá a promoção e adoção das diligências e procedimentos necessários.
72. Esta é, pois, a regra geral ali definida e que visa dar resposta às “*restrições a acompanhantes e visitas a utentes internados*” implementadas até então durante a pandemia Covid-19.
73. No entanto, a título excecional, nomeadamente “[m]ediante a *avaliação da situação epidemiológica local ou regional, pode ser determinado, em articulação com a autoridade de saúde local, a aplicação de medidas restritivas de visitas ou a sua suspensão temporária, nomeadamente nos concelhos de risco epidemiológico extremo e muito elevado*”.
74. Note-se que mesmo estas soluções excecionais – a imposição de restrições ao regime de visitas ou mesmo a sua suspensão temporária – não poderão ser implementadas sem mais, encontrando-se dependentes da avaliação da situação epidemiológica local ou regional, nomeadamente do risco extremo ou muito elevado eventualmente existente nos respetivos concelhos.
75. De qualquer forma, aos CHA, aos CH e às ULS, em articulação com o CGL-PPCIRA, competirá promover “*o recurso a meios de comunicação à distância/meios telefónicos que garantam a comunicação entre doentes internados e familiares, de forma a respeitar os valores da humanização da prestação de cuidados de saúde*”.

III.6. Da análise das situações concretas

III.6.a. Da reclamação subscrita por CP

76. Do conjunto de diligências instrutórias promovidas e encetadas no âmbito dos presentes autos de inquérito resultou demonstrada, no essencial, a versão dos factos vertida na reclamação subscrita por CP.
77. Na verdade, o próprio prestador quer em sede de alegações iniciais, quer na sua resposta ao pedido de elementos formulado pela ERS confirmou ter *“falhado, de facto, no dever de prestar à família, a informação devida [o falecimento de FP] e em tempo adequado [senão imediatamente, como solicitado pelos familiares, logo após as 8h]”*.
78. Neste sentido, resulta inequívoco que, *in casu*, não foi assegurado o direito do acompanhante, ora exponente, a ser devida e tempestivamente informada sobre a situação do utente FP, seu pai, uma informação – comunicação de óbito – particularmente sensível e que, por isso mesmo, fazia impender sobre o prestador um especial dever de cuidado no seu cumprimento.
79. Foi, pois, incumprido o disposto na alínea h) da Base 2 da LBS, nos artigos 12.º, 13.º, 15.º, 20.º e 21.º da Lei n.º 15/2014 de 21 de março nos n.ºs 1 e 3, alínea c) do Despacho n.º 12/89, de 8 de abril.
80. Não se ignora, todavia, que, após a ocorrência dos factos descritos na reclamação, o prestador SGHL implementou um procedimento específico atinente à comunicação de óbito a acompanhantes/familiares que, em abstrato, se revela idóneo a cumprir o disposto nos mencionados preceitos legais e, nessa medida, a garantir o supramencionado direito ao acompanhamento, na dimensão ora em apreciação.
81. No entanto, importa garantir que os ditames consagrados naquele procedimento são, em concreto, cumpridos, sendo, nessa medida, necessário assegurar que as regras e orientações ali enunciadas são do conhecimento dos seus profissionais e, mais do que isso, são por eles respeitadas.

III.6.b. Da reclamação subscrita por IB

82. A situação descrita na reclamação subscrita por IB incide sobre uma outra dimensão do direito ao acompanhamento: o regime de visitas.
83. De acordo com o relatado pela exponente, o seu pai esteve internado no HBA de 11 a 24 de setembro de 2020, tendo o referido estabelecimento prestador de cuidados de saúde confirmado que se tratava de *“doente de 85 anos, dependente nas AVD, com antecedentes de doença cerebrovascular e demência avançada, com episódios de hétero agressividade e que foi internado no dia 11 de setembro em contexto de um AVC extenso da ACM esquerda*

com oclusão M2 de provável etiologia cardio-embólica, tendo ficado totalmente dependente e referenciado a uma Unidade de Longa Duração”.

84. Ainda de acordo com a versão dos factos constante da reclamação, a exponente somente nos dois primeiros dias de internamento do seu pai (11 e 12 de setembro) conseguiu visitá-lo/acompanhá-lo, uma vez que o HBA, não obstante (i) os sucessivos pedidos e o (ii) agravamento da situação clínica do utente no dia 21 daquele mês, não autorizou mais nenhuma visita.
85. Ora, neste particular sinalizou-se que o prestador aprovou um regulamento de visitas e acompanhantes, o primeiro no dia 30 de setembro de 2016 (sendo de 25 de setembro de 2019 a data da aprovação da segunda versão deste documento), e o segundo, já durante o atual contexto pandémico, no dia 13 de outubro de 2020 (sendo de 3 de novembro a data da aprovação da segunda versão deste documento).
86. Pese embora o prestador refira que o primeiro regulamento de visitas vigorou “até ao início da pandemia” (início do mês de março), a verdade é que não se poderá secundar tal entendimento, uma vez que o segundo regulamento, este sim adaptado ao contexto da pandemia, só foi aprovado no dia 13 de outubro de 2020.
87. Assim sendo, à luz dos elementos facultados pelo prestador, nomeadamente os dois regulamentos de visitas disponibilizados, resulta evidente que o regulamento em vigor à data dos factos descritos na reclamação era aquele cuja aprovação data de 30 de setembro de 2016.
88. Por outro lado, ainda a este propósito, fez-se menção à Orientação (n.º 038/2020) emitida e publicada pela DGS que se debruça justamente sobre o direito ao acompanhamento no atual contexto de emergência de saúde pública.
89. Acontece que a aludida Orientação é, igualmente, posterior (17 de dezembro de 2020) à data da ocorrência dos factos relatados na reclamação (11 a 24 de setembro de 2020) em apreciação, pelo que a situação concreta terá de ser analisada, sobretudo, à luz da disciplina consagrada na LBS e na Lei n.º 95/2019, de 04 de setembro.
90. Com efeito, uma vez que é o próprio prestador a reconhecer que o utente, na sequência do AVC sofrido, ficou “totalmente dependente”, a situação terá de ser analisada à luz do disposto na alínea h) da Base 2 e nos artigos 12.º, 13.º, 15.º e, sobretudo, 20.º e 21.º da Lei n.º 15/2014 de 21 de março.
91. Na verdade, como atrás se sublinhou, nos casos de internamento hospitalar de pessoas em situação de dependência e/ou em estado final de vida, é garantido o “direito ao

acompanhamento permanente de ascendente, descendente, cônjuge ou equiparado e, na ausência ou impedimento destes ou por sua vontade, de pessoa por si designada” (artigo 20.º da Lei n.º 15/2014 de 21 de março).

92. Nestes casos, “[o] *acompanhamento familiar permanente é exercido no período do dia ou da noite, com respeito pelas instruções e regras técnicas relativas aos cuidados de saúde aplicáveis e pelas demais normas estabelecidas no respetivo regulamento hospitalar*” (n.º 1 do artigo 21.º Lei n.º 15/2014 de 21 de março).
93. No mesmo sentido apontam, aliás, os n.ºs 1 e 2 do artigo 7.º regulamento de visitas e acompanhantes aprovado pelo prestador no dia 30 de setembro de 2016.
94. Importa, contudo, fazer notar que, apesar de ser este o quadro legal e de, à data dos factos, não se encontrar ainda em vigor o regime de visitas e acompanhantes adaptado ao atual contexto pandémico, seguindo critérios de proporcionalidade, razoabilidade e bom-senso – e não ignorando, obviamente, as dificuldades com que se depararam e deparam o estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde na gestão da referida crise epidemiológica – não se poderá concluir que o direito ao acompanhamento da reclamante IB foi desrespeitado quando, entre os dias 12 (data da última visita da exponente ao seu pai) e 20 de setembro (data que antecede o agravamento do estado de saúde do utente), lhe foi negada autorização para visitar JC.
95. O mesmo não se poderá dizer em relação ao período de 21 a 23 (data que antecede o dia do falecimento do utente) daquele mês, porquanto, neste hiato temporal, como é reconhecido pelo prestador, a situação do utente – já anteriormente sinalizado como *“totalmente dependente (...) com antecedentes de doença cerebrovascular e demência avançada”* – agravou-se.
96. Ora, se antes do referido agravamento, nomeadamente nos dias 11 e 12 de setembro, o HBA tinha já permitido a visita da exponente ao seu pai, por maioria de razão, poderia e deveria ter permitido que o fizesse após a agudização do estado de saúde do utente.
97. Não o tendo feito, entende-se que resultou violado o disposto na alínea h) da Base 2 da LBS e nos artigos 12.º, 13.º, 15.º, 20.º e 21.º da Lei n.º 15/2014 de 21 de março.
98. Uma nota final se impõe em relação ao regulamento de visitas e acompanhantes aprovado pelo prestador no dia 13 de outubro de 2020 (sendo de 3 de novembro a data da aprovação da segunda versão deste documento), no qual são introduzidas restrições significativas ao direito de acompanhamento no atual contexto pandémico.

99. Na verdade, o seu artigo 3.º estabelece como regra geral a proibição de visitas a utentes internados durante a sua vigência, quando a Orientação n.º 038/2020 da DGS, pelo contrário, sublinha que a imposição de restrições ao regime de visitas ou mesmo a sua suspensão temporária constitui exceção, encontrando-se, aliás, dependentes da avaliação da situação epidemiológica local ou regional, nomeadamente do risco extremo ou muito elevado eventualmente existente nos respetivos concelhos.
100. Por outro lado, não pode deixar de se fazer notar que, sendo implementadas tais medidas restritivas, devem ser excecionados não apenas “as visitas a utentes pediátricos sem acompanhamento” e “em fim de vida” (artigo 4.º do regulamento), mas também as visitas a pessoas com deficiência ou em situação de dependência, com doença incurável, na senda do que é estatuído pelo artigo 20.º da Lei n.º 15/2014 de 21 de março.
101. Tudo visto e ponderado, considera-se necessária a adoção da intervenção regulatória configurada *infra*, de modo a compatibilizar a atuação do SGHL-HBA em matéria de direito ao acompanhamento, com o quadro normativo vigente.

IV. DA AUDIÊNCIA DE INTERESSADOS

102. A presente deliberação foi precedida de audiência escrita dos interessados, nos termos e para os efeitos do disposto no n.º 1 do artigo 122.º do Código do Procedimento Administrativo, aplicável *ex vi* do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, tendo para o efeito sido chamados a pronunciarem-se, relativamente ao projeto de deliberação da ERS, as reclamantes e o prestador acima identificados.
103. Decorrido o prazo concedido para a referida pronúncia, a ERS não rececionou qualquer comunicação do prestador nem das reclamantes.
104. Pelo que, não tendo resultado quaisquer factos capazes de infirmar ou alterar o sentido do projeto de deliberação da ERS, propõe-se a sua manutenção na íntegra.

V. DECISÃO

105. 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 Sociedade Gestora do Hospital de Loures, S.A. (SGHL) -Hospital Beatriz Ângelo (HBA), no sentido de:

- (i) Garantir, em permanência que, na prestação de cuidados de saúde, o direito ao acompanhamento, em particular das pessoas em estado de dependência ou final de vida, é promovido e respeitado, conforme o disposto na alínea h) da Base 2 da LBS, nos artigos 12.º, 13.º, 15.º, 20.º e 21.º da Lei n.º 15/2014 de 21 de março nos n.ºs 1 e 3, alínea c) do Despacho n.º 12/89, de 8 de abril, ou de qualquer outro diploma que venha dispor sobre a mesma matéria;
- (ii) Adaptar, em especial, os procedimentos e/ou normas relativas ao exercício do direito ao acompanhamento, em particular das pessoas em estado de dependência ou final de vida, nos termos previstos nos normativos identificados em i) e, bem assim, de acordo com o disposto na Orientação n.º 038/2020 da DGS, ou de qualquer outro diploma que venha dispor sobre a mesma matéria;
- (iii) Garantir, em permanência, que os procedimentos descritos nas alíneas anteriores são do conhecimento dos seus profissionais, logrando assim a divulgação de padrões de qualidade dos cuidados, de recomendações e de boas práticas, com vista à formação e informação dos profissionais de saúde intervenientes;
- (iv) 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;

106. 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 44 891,81EUR, “[...] 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.*”

107. 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, 7 de maio 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).