

**DELIBERAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA
ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE
(VERSÃO NÃO CONFIDENCIAL)**

Considerando que a Entidade Reguladora da Saúde nos termos do n.º 1 do artigo 4.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto exerce funções de regulação, de supervisão e de promoção e defesa da concorrência respeitantes às atividades económicas na área da saúde nos setores privado, público, cooperativo e social;

Considerando as atribuições da Entidade Reguladora da Saúde conferidas pelo artigo 5.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto;

Considerando os objetivos da atividade reguladora da Entidade Reguladora da Saúde estabelecidos no artigo 10.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto;

Considerando os poderes de supervisão da Entidade Reguladora da Saúde estabelecidos no artigo 19.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto;

Visto o processo registado sob o n.º ERS/076/2017 - B;

I. DO PROCESSO

I.1. Origem do processo

1. A Entidade Reguladora da Saúde teve conhecimento em 26 de junho de 2018, de uma reclamação subscrita por DH em 4 de junho de 2018, sobre o Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E. (CHLN) que, em suma, refere os constrangimentos verificados nesta unidade de saúde para a realização de IVG, tendo a referida reclamação sido registada sob número REC/51298/2018;
2. Considerando a necessidade de carrear outros elementos para os autos, no sentido de avaliar se os procedimentos em vigor no CHLN garantem o acesso em tempo útil e de acordo com as normas de referenciação em vigor à realização de IVG, foi a REC/51298/2018 apensada ao ERS/076/2017, aberto pelo Conselho de Administração por despacho de 23 de novembro de 2017.

I.2 Diligências

3. No âmbito da investigação desenvolvida pela ERS, realizaram-se, entre outras, as diligências consubstanciadas em:

- (i) Pesquisa no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS onde se constatou que o Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E. é uma entidade prestadora de cuidados de saúde registada no SRER da ERS sob o número 18707;
- (ii) Notificação de apensação ao presente processo de inquérito e pedido de elementos ao CHLN em 3 de agosto de 2018 e análise da respetiva resposta rececionada em 19 de setembro de 2018.

II. DOS FACTOS

II.1. Da reclamação

4. A ERS teve conhecimento, em 26 de junho de 2018, da reclamação subscrita por DH, em 4 de junho de 2018, que refere, em suma, o seguinte:

[...] Desloquei-me ao Hospital de Santa Maria no dia [...] e após confirmação de gravidez de seis semanas informei a médica assistente da minha vontade em realizar interrupção voluntária da gravidez, sendo informada que deveria deslocar-me novamente ao Hospital de Santa Maria entre 2f-6f das 8h30 às 16h para agendar a consulta de IVG tanto pelo médico, enfermeira e a administrativa.

Após aguardar o fim de semana, contactei o serviço de urgência e Obstetrícia 2f ([...]) via telefónica às 8h30 confirmando a necessidade de deslocar-me pessoalmente, uma vez que segundo o papel entregue poderia marca-la telefonicamente.

Fui informada que apenas poderia marcar consulta com referência da médica de família. Desloquei-me ao Centro de Saúde às 8h45 e, tal como todos os profissionais anteriormente referiram, a Dr. IM (USF [...]) confirmou que não havia necessidade de referência uma vez que se trata de uma consulta externa com características legais específicas. Desloquei-me novamente pelas 11h ao HSM sendo recusada a marcação pela administrativa [...].

5. Em resposta à reclamação veio o prestador informar o seguinte:

“[...] Lamentamos a contradição das informações prestadas pelos profissionais do serviço e consequentes incómodos que daí decorreram.

A elevada e crescente procura da consulta de IVG do CHLN, os condicionamentos resultantes do facto de muitos médicos serem objetores de consciência e de se tratar de uma consulta com um reduzido prazo para resposta, determinaram a necessidade de reestruturação do respetivo sistema de referência.

Atualmente, para garantir o atendimento em tempo útil e o tratamento equitativo de todos os pedidos, o CHLN apenas aceita referências provenientes dos cuidados de saúde primários, via CTH. [...].

6. Considerando a necessidade de carrear outros elementos de análise para os autos, foi solicitado, em 3 de agosto de 2018, ao CHLN que viesse prestar os seguintes esclarecimentos:

“[...]”

1. *Pronunciem-se sobre todo o teor da exposição remetida à ERS, que se junta em anexo;*
 2. *Pronunciem-se quanto ao caso específico da utente DH, designadamente que informação foi prestada à utente e que medidas foram adotadas pelo CHLN para garantir o acesso da utente aos cuidados de saúde solicitados, em tempo útil.*
 3. *Remetam cópia de procedimento/protocolos implementados pelo CHLN, bem como a norma/orientação e/ou base legal onde se enquadra a hipótese de essa unidade apenas aceitar utentes referenciadas pelo Centro de Saúde;*
 4. *Remetam cópia dos procedimentos, em vigor nessa unidade, do percurso das utentes que solicitam a IVG, nos casos em que entram pelo serviço de urgência e/ou por outro tipo de acesso (p. ex consulta de especialidade) e das utentes que são referenciadas pelos Centros de Saúde;*
 5. *Remetam cópia do(s) contrato(s)/protocolo(s) celebrado(s) com outra(s) entidade(s), relativo ao encaminhamento de utentes no âmbito da prestação de serviços de saúde no que respeita a IVG,*
 6. *Remetam lista dos médicos especialistas em ginecologia/obstetrícia (nome, número de cédula, vínculo contratual) a prestar serviço no CHLN;*
 7. *Remetam cópia das declarações de objeção de consciência a que se refere o n.º 1 e 2 do artigo 12.º da Portaria n.º 741 – A/2007, de 21 de junho.*
1. *Procedam ao envio de quaisquer esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes à análise do caso concreto. [...]”*

7. Em 19 de setembro de 2018, o CHLN veio aos autos prestar os seguintes esclarecimentos:

“[...] 1. *A resposta à reclamação da utente que remeteu a exposição está, na sua essência, contida na resposta enviada em 11 de Junho de 2018;*

2. *Como tem acontecido com todas as utentes que procuram esta consulta dentro dos prazos legais, a utente DH concretizou nesta instituição a desejada interrupção de gravidez no cumprimento dos prazos e procedimentos legais;*

3. *Atendendo ao previsto no n.º 3 da Portaria n.º 741-A/2007 e à Circular n.º 11/SR de 21/06//2007 da D.G.S., definiu-se, o circuito atualmente em vigor;*

4. *Anexa-se cópia dos procedimentos em vigor nesta matéria, chamando a atenção para que, no nosso entendimento, em nenhuma circunstância, faz sentido fazer "entrar pelo serviço de*

urgência" estas utentes, dado que a opção por interromper a gravidez não configura uma situação clínica aceitável em regime de Serviço de Urgência;

5. No último trimestre de 2017 celebrou-se protocolo com a [...], em Lisboa, que se anexa. Tal protocolo permitiu, por um período transitório, e no contexto de carência extrema de pessoal de enfermagem com especialização em Obstetrícia e Saúde Materna, responder às solicitações da população utente durante o tempo em que se tornou impossível manter este tipo de atividade no CHLN;

6. Remete-se em anexo a lista dos médicos especialistas, em ginecologia/obstetrícia, nos termos solicitados;

7. Remete-se em anexo as declarações de objeção de consciência;

8. Estamos disponíveis para prestar quaisquer outros esclarecimentos, caso seja esse o Vosso entendimento, aproveitando para reforçar a dificuldade de assegurar uma capacidade de resposta tendo em conta a procura crescente e as limitações resultantes do estatuto de objetor de consciência e dos apertados prazos a cumprir nesta vertente da atividade assistencial. [...]"

8. O prestador, em anexo à sua resposta, veio aos autos juntar os seguintes documentos:

a) Circuito de Utes no CHLN, para IVG, com data de 15 de janeiro de 2018;

"[...] A Lei n.º 16/2007, de 17 de abril, a Portaria n.º 741-A/2007 de 21 de junho Circular Normativa n.º 11/SR de 21 de junho de 2007 da DGS, estabelecem as circunstâncias, as condições os procedimentos administrativos para a realização da interrupção voluntária da gravidez em estabelecimentos de saúde, bem como " o conjunto de informação relevante a ser prestada à grávida, neste âmbito.

Sendo esta uma das Unidade de Saúde que prestam cuidados neste âmbito, foi definido um circuito e etapas no processo de IVG por opção da mulher, nas primeiras 10 semanas de gravidez.

Atendendo à enorme procura que nos é dirigida e à falta de resposta de outras Unidades, a mulher deve telefonar para o Centro de Saúde da sua área de residência e solicitar uma "consulta de interrupção voluntária da gravidez"- consulta prévia.

O Centro de Saúde deve referenciar a utente, através de CTH para o CHLN.

Procedimentos:

• *ETAPA 1 - ecografia prévia*

Após a inscrição na consulta é efectuada uma ecografia vaginal no prazo de poucos dias (dependendo da idade gestacional constante da referenciação), com o objectivo de confirmar o tempo de gestação e o carácter evolutivo da mesma.

- *ETAPA2 - Consulta prévia*

- *Durante a consulta os profissionais de saúde esclarecem todas as dúvidas da mulher e fornecem a informação necessária tendo em vista uma tomada de decisão livre, informada e responsável.*

- *A utente é inquirida sobre o seu desejo de encaminhamento para apoio psicológico, assegurado a todas as interessadas por psicóloga experiente.*

- *É entregue à mulher o impresso Consentimento Livre e Esclarecido que deverá ser lido, assinado e entregue na consulta até à data de realização da IVG.*

No final da consulta prévia é marcada a segunda consulta, para a concretização da IVG.

- *ETAPA 3*

Esta consulta tem lugar um mínimo de 3 dias depois da inicial, para cumprimento do período de reflexão mínimo legalmente obrigatório.

Durante ela é concretizada a IVG. No CHLN_HSM, por razões clinicamente comprovadas de menores complicações potenciais, privilegia-se a alternativa farmacológica. É um procedimento realizado em ambulatório.

No dia da IVG é marcada a terceira consulta, chamada de controlo ou de follow-up.

- *ETAPA 4*

Uma semana depois realiza-se uma consulta de controlo sobre a eficácia do procedimento realizado, incluindo controlo ecográfico.

É então reforçada à utente a necessidade de recurso a consulta de planeamento familiar dentro de 2 ou 3 semanas, em princípio através do seu centro de saúde, mas que poderá ocorrer na instituição em circunstâncias clínicas que o aconselhem. [...]”.

b) Cópia do caderno de Encargos para prestação de serviços com entidade externa para realização de IVG;

III. DO DIREITO

III.1. Das atribuições e competências da ERS

9. De acordo com o preceituado no n.º 1 do artigo 4.º e no n.º 1 do artigo 5.º, ambos dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, a ERS tem por missão a regulação, a supervisão e a promoção e defesa da concorrência, respeitantes às atividades económicas na área da saúde dos setores privado, público, cooperativo e social, e, em concreto, à atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde;

10. Sendo que estão sujeitos à regulação da ERS, nos termos do n.º 2 do artigo 4.º dos mesmos Estatutos, todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, do setor público, privado, cooperativo e social, independentemente da sua natureza jurídica.
11. Consequentemente, o Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E., é uma entidade prestadora de cuidados de saúde sujeita à regulação da ERS.
12. As atribuições da ERS, de acordo com o n.º 2 do artigo 5.º dos Estatutos da ERS compreendem “*a supervisão da atividade e funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, no que respeita [...entre outros] [ao] “cumprimento dos requisitos de exercício da atividade e de funcionamento”, [à] “garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde”, e à “prestação de cuidados de saúde de qualidade, bem como dos demais direitos dos utentes”*”.
13. Com efeito, são objetivos da ERS, nos termos das alíneas b), c) e d) do artigo 10.º dos Estatutos da ERS, “*assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde*”; “*garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes*” e “*zelar pela prestação de cuidados de saúde de qualidade*”.
14. No que toca, ao objetivo regulatório previsto na alínea c) do artigo do artigo 10.º dos Estatutos da ERS, de garantia dos direitos e legítimos interesses dos utentes, a alínea a) do artigo 13.º do mesmo diploma estabelece ser incumbência da ERS “*apreciar as queixas e reclamações dos utentes e monitorizar o seguimento dado pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde às mesmas*”.
15. Já no que se refere ao objetivo consagrado na alínea d) do artigo 10.º dos Estatutos da ERS, a alínea c) do artigo 14.º do mesmo diploma prescreve que compete à ERS “*garantir o direito dos utentes à prestação de cuidados de saúde de qualidade*”.
16. Para tanto, a ERS pode assegurar tais incumbências mediante o exercício dos seus poderes de supervisão, consubstanciado, designadamente, no dever de zelar pela aplicação das leis e regulamentos e demais normas aplicáveis, e ainda mediante a emissão de ordens e instruções, bem como recomendações ou advertências individuais, sempre que tal seja necessário, sobre quaisquer matérias relacionadas com os objetivos da sua atividade reguladora, incluindo a imposição de medidas de conduta e a adoção das providências necessárias à reparação dos direitos e interesses legítimos dos utentes – cfr. alíneas a) e b) do artigo 19.º dos Estatutos da ERS.
17. Pelo que, tal como configurada, a situação objeto de análise nos presentes autos, poderá não só traduzir-se num comportamento atentatório dos legítimos direitos e interesses dos utentes, mas também na violação de normativos que à ERS cabe acautelar na prossecução da sua missão de regulação da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, conforme disposto no n.º 1 do artigo 5.º dos Estatutos da ERS.

III.2. Do direito de acesso aos cuidados de saúde em tempo clinicamente aceitável

18. O direito à proteção da saúde, consagrado no artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa (doravante CRP), tem por escopo garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, o qual será assegurado, entre outras obrigações impostas constitucionalmente, através da criação de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) universal, geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito.
19. Dito de outro modo, a CRP impõe que o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde no âmbito do SNS deve ser assegurado em respeito pelos princípios fundamentais plasmados naquele preceito constitucional, designadamente a universalidade, generalidade e gratuidade tendencial.
20. Por sua vez, a Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, em concretização da imposição constitucional contida no referido preceito, estabelece no n.º 4 da sua Base I que *“os cuidados de saúde são prestados por serviços e estabelecimentos do Estado ou, sob fiscalização deste, por outros entes públicos ou por entidades privadas, sem ou com fins lucrativos”*, consagrando-se nas diretrizes da política de saúde estabelecidas na Base II que *“é objetivo fundamental obter a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam, bem como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços”*;
21. Bem como estabelece na sua Base XXIV como características do SNS:
- “a) Ser universal quanto à população abrangida;*
 - b) Prestar integradamente cuidados globais ou garantir a sua prestação;*
 - c) Ser tendencialmente gratuito para os utentes, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos”*;
22. No respeitante à vertente qualitativa, o acesso aos cuidados de saúde deve ser compreendido como o acesso aos cuidados que, efetivamente, são necessários e adequados à satisfação das concretas necessidades dos mesmos;
23. O que significa que a necessidade de um utente deve ser satisfeita mediante a prestação de serviços consentâneos com o estado da arte e da técnica e que sejam os reputados como necessários e adequados, sob pena do conseqüente desfasamento entre procura e oferta na satisfação das necessidades.
24. E a qualidade dos serviços de saúde não se esgota nas condições técnicas de execução da prestação, mas abrange também a comunicação e informação ao utente, dos resultados dessa mesma prestação.

25. Efetivamente, sendo o direito de respeito do utente de cuidados de saúde um direito ínsito à dignidade humana, o mesmo manifesta-se através da imposição de tal dever a todos os profissionais de saúde envolvidos no processo de prestação de cuidados, o qual compreende, ainda, a obrigação de os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde possuírem instalações e equipamentos, que proporcionem o conforto e o bem-estar exigidos pela situação de fragilidade em que o utente se encontra.
26. Por último, e relativamente ao direito dos utentes à privacidade aquando da prestação de cuidados de saúde, o mesmo constitui a necessária concretização do direito fundamental à reserva da intimidade da vida privada estabelecido no artigo 26º da CRP¹.
27. A alínea c) da Base XIV da LBS exige, assim, que em todos os momentos da prestação de cuidados de saúde (seja no atendimento, diagnóstico ou tratamento), os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde respeitem a reserva da vida privada dos utentes.
28. O direito à reserva da intimidade impõe, ainda, a necessidade das instalações e equipamentos de saúde garantirem ou assegurarem a dignidade e o respeito pelo indivíduo, em especial quando esteja a ser submetido a tratamentos, exames ou outros cuidados pessoais.
29. Os utentes terão ainda um direito à não ingerência na sua vida privada e familiar, a não ser que o utente a consinta e esta se mostre necessária para o diagnóstico ou tratamento.
30. Quando em contexto hospitalar, este direito deve ser respeitado por parte dos profissionais e responsáveis dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, de forma a diminuir o sentimento de pudor e a minimizar a "alteração" que a pessoa doente sofre relativamente à sua intimidade.

III.3.1. Do enquadramento normativo da interrupção voluntária da gravidez

31. A Lei n.º 16/2007, de 17 de abril², institui uma nova causa de exclusão de ilicitude nos casos de realização de IVG e introduziu uma alteração ao artigo 142.º do Código Penal que passou a ter a seguinte redação “[...] *Não é punível a interrupção da gravidez efetuada por médico, ou sob a sua direção, em estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido e com o consentimento da mulher grávida, quando:*

[...]

- c) *Houver seguros motivos para prever que o nascituro virá a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita, e for realizada nas primeiras 24 semanas de*

¹ Refira-se, ademais, que o direito à privacidade é ainda uma manifestação do “*direito à reserva sobre a intimidade da vida privada*”, consagrado no artigo 80.º do CC.

² A Lei n.º 136/2015, de 7 de setembro veio introduzir alterações à Lei n.º 16/2007, de 17 de abril, tendo sido, posteriormente, revogada pela Lei n.º 3/2016, de 29 de fevereiro.

gravidez, excepcionando-se as situações de fetos inviáveis, caso em que a interrupção poderá ser praticada a todo o tempo;

[...]

e) For realizada, por opção da mulher, nas primeiras 10 semanas de gravidez. [...]

32. Refira-se que a Lei n.º 16/2007, de 17 de abril, no seu artigo 5.º e sobre a égide do dever de sigilo, prevê o seguinte “[...] *Os médicos e demais profissionais de saúde, bem como o restante pessoal dos estabelecimentos de saúde, oficiais ou oficialmente reconhecidos, em que se pratique a interrupção voluntária da gravidez, ficam vinculados ao dever de sigilo profissional relativamente a todos os atos, factos ou informações de que tenham conhecimento no exercício das suas funções, ou por causa delas, relacionados com aquela prática nos termos e para os efeitos dos artigos 195.º e 196.º do Código Penal, sem prejuízo das consequências estatutárias e disciplinares que no caso couberem.. [...]*”.

33. Ainda sobre a Lei n.º 16/2007, de 17 de abril, refira-se que para além do dever de sigilo se encontrar especificamente tutelado, é também protegido o direito à objeção de consciência, que se encontra plasmado no artigo 6.º da referida lei, e que compreende o seguinte³:

[...] o direito à objeção de consciência relativamente a quaisquer atos respeitantes à interrupção voluntária da gravidez. [...] A objeção de consciência é manifestada em documento assinado pelo objeitor, o qual deve ser apresentado, conforme os casos, ao diretor clínico ou ao diretor de enfermagem de todos os estabelecimentos de saúde onde o objeitor preste serviço e em que se pratique interrupção voluntária da gravidez. [...] – cfr. artigo 6º da Lei n.º 67/2007, de 17 de abril.

III.3.2. Da Portaria n.º 741-A/2007, de 21 de junho

34. Em 21 de junho de 2007, foram então aprovadas os procedimentos administrativos e as condições técnicas e logísticas de realização da interrupção voluntária da gravidez, bem como a informação relevante a prestar à grávida para a formação da sua decisão livre, consciente e responsável. – cfr. Portaria n.º 741-A/2007, de 21 de junho.

35. Assim, refere Artigo 2.º da Portaria n.º 741-A/2007, de 21 de junho que “[...] *A interrupção da gravidez pode ser efectuada nos estabelecimentos de saúde oficiais e nos estabelecimentos de saúde oficialmente reconhecidos. [...]*”

36. Acrescentando o artigo 3º que [...] *1— A mulher pode livremente escolher o estabelecimento de saúde oficial onde deseja interromper a gravidez, dentro dos condicionamentos da rede de referência aplicável. 2— Os estabelecimentos de saúde oficiais de cuidados de saúde*

³ Refira-se que o artigo 37.º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos, refere que “*o médico tem direito de recusar a prática de ato da sua profissão quando tal prática entre em conflito com a sua consciência moral, religiosa, ou humanitária, ou contradiga o disposto neste Código*”.

primários devem actuar de acordo comos protocolos estabelecidos pela respectiva unidade coordenadora funcional. [...]

37. Por sua vez, o Artigo 11.º, no que ao cumprimento dos prazos respeita, declara que “[...] *Em quaisquer circunstâncias, o conselho de administração do estabelecimento de saúde oficial, o responsável pelo estabelecimento oficial de cuidados de saúde primários ou o responsável pelo estabelecimento de saúde oficialmente reconhecido, conforme o caso, adoptam todas as providências necessárias ao cumprimento dos prazos previstos na lei para a interrupção da gravidez.[...]*”;
38. Designadamente no que respeita à consulta prévia determina o artigo 16º da Portaria que “[...] 1—*O conselho de administração do estabelecimento de saúde oficial, o responsável pelo estabelecimento oficial de cuidados de saúde primários ou o responsável pelo estabelecimento de saúde oficialmente reconhecido, conforme o caso, devem garantir a realização em tempo útil da consulta referida na alínea b) do n.º 4 do artigo 142.º do Código Penal e dela assegurar registo em processo próprio. 2— Entre o pedido de marcação e a efectivação da consulta não deve decorrer um período superior a cinco dias, sem prejuízo do cumprimento dos prazos legais. [...]*”.
39. Ou seja, e tendo presente o enquadramento jurídico relativo à liberdade de escolha, verifica-se que no caso concreto da interrupção voluntária da gravidez, foi opção do legislador ampliar esse mesmo direito face ao enquadramento de base, geral e abstratamente aplicável a qualquer prestação de cuidados de saúde no SNS;
40. O que não poderá deixar de ser considerado no presente caso.
41. Refira-se, por outro lado a Portaria n.º 741-A/2007, de 21 de junho, prevê expressamente o dever de sigilo, contido no artigo 10.º referindo que “[...] *Os médicos, outros profissionais de saúde e demais pessoas que trabalhem nos estabelecimentos de saúde onde se realize a interrupção da gravidez, ou que com eles colaborem, estão obrigados ao dever de sigilo relativamente a todos os atos, factos ou informações de que tenham conhecimento no exercício das suas funções, ou por causa delas.[...]*”
42. Por último e já sobre a objeção de consciência determina o artigo 12.º que “ *a objeção de consciência é manifestada em documento escrito*” [...] e que “*os estabelecimentos de saúde oficiais em que a existência de objetores de consciência impossibilite a realização de interrupção voluntária da gravidez nos termos e prazos legais devem garantir a sua realização, adotando sob coordenação da administração regional de saúde territorialmente competente, as adequadas formas de colaboração com outros estabelecimentos de saúde oficiais ou oficialmente reconhecidos e assumindo os encargos daí resultantes.*” [...] – cfr. artigo 12º da Portaria n.º 741 – A/2007, de 21 de junho.

III.3.3. Da Circular Normativa n.º 8 de 07/11/2007 da ACSS e da Circular Normativa n.º 11/SR, de 21/06/07, da DGS

43. Em 7 de novembro de 2007, a Administração Central de Sistemas de Saúde (ACSS), emitiu a circular normativa n.º 8, que visa esclarecer eventuais dúvidas no que se refere à organização dos serviços.
44. Assim, refere o n.º 1 daquela circular que *“Independentemente do hospital de apoio perinatal ou perinatal diferenciado, poder efectuar directamente ou de forma subcontratada os serviços inerentes ao processo de interrupção voluntária da gravidez, até às 10 semanas de gestação, em ambulatório, são da sua responsabilidade financeira todos os actos inerentes à prestação de serviços referida.”*
45. Concretiza o n.º 2 da circular que *“[...] quando o hospital subcontrate integralmente a prestação de serviços, por razões que se prendem com a objeção de consciência dos seus profissionais médicos devem esses hospitais criar um modelo de encaminhamento para o serviço subcontratado que seja expedito e não crie obstáculos ou barreiras ao acesso às mulheres.”* Para tanto poderá *“[...] ser criado um atendimento por profissional de saúde, enfermeiro ou outro que [...] registará e encaminhará a mulher através de um termo de compromisso do hospital com o objetivo de orientar a mulher e [...] e validar a faturação a apresentar pela entidade subcontratada, no âmbito do protocolo anteriormente firmado.[...]”*.
46. Por sua vez, a Direção-Geral de Saúde, em 21 de junho de 2007, emitiu a Circular Normativa n.º 11/SR, de 21/06/07, e que para o que ao presente processo importa, passamos a transcrever:

[...] A Lei 16/2007 da Assembleia da República veio criar condições para o desenvolvimento, nos serviços públicos de saúde, de um modelo de prestação de cuidados com níveis de qualidade, eficiência e eficácia, que garantam e respeitem a dignidade e os direitos da mulher, com reconhecimento da sua capacidade de escolha e decisão, e inseridos num contexto mais abrangente que contemple a perspectiva duma vida sexual e reprodutiva saudáveis.

Assim, e tendo em conta as boas práticas necessárias para a realização, em segurança, da interrupção da gravidez até às 10 semanas de gestação, a Direcção-Geral da Saúde, no âmbito das suas competências, estabelece os princípios que devem orientar a organização da prestação de cuidados com aquele objectivo, nos estabelecimentos públicos de saúde.

ACESSO

Independentemente da porta de entrada no SNS escolhida pela mulher, os hospitais e os centros de saúde, através das Unidades Coordenadoras Funcionais (UCF), devem estabelecer protocolos, activando canais de comunicação e modelos de referência eficazes,

que garantam o atendimento atempado das solicitações de interrupção da gravidez e o cumprimento dos prazos legalmente fixados.

Poderão ser adoptados diversos modelos de complementaridade e partilha de cuidados, de acordo com os recursos e as facilidades disponíveis nas diferentes instituições. No entanto, qualquer que seja o modelo de articulação que venha a ser acordado, deverá ficar claramente expresso, em protocolo, o que competirá a cada instituição e a cada profissional envolvido, as formas de comunicação entre os prestadores de cuidados e o circuito a percorrer pela mulher, antes e depois da interrupção da gravidez.

Como para outras áreas da Saúde Reprodutiva, têm igualmente acesso a estes cuidados, as mulheres imigrantes residentes, independentemente da sua situação legal.

Aos conselhos de administração dos hospitais com departamentos/serviços de Ginecologia/Obstetrícia e aos responsáveis pelos estabelecimentos de cuidados saúde primários, compete a divulgação do circuito de atendimento definido, a todos os profissionais da sua unidade, designadamente ao pessoal administrativo que contacta directamente com o público. Quanto mais divulgado e operacional for esse circuito, menor será o recurso aos serviços de urgência para apresentação de um pedido de interrupção da gravidez.

No âmbito dos recursos humanos, aqueles órgãos são ainda responsáveis pela:

- designação de um profissional/equipa para dinamizar e avaliar regularmente a qualidade da prestação de cuidados e os resultados esperados/obtidos*
- implementação da(s) equipa(s) de intervenção que deve(m) integrar, no mínimo: médico, enfermeiro e administrativo*
- definição da articulação entre os técnicos de saúde do organismo e estabelecimento dos protocolos com outras instituições/serviços*
- formação adequada dos profissionais.*

ACOLHIMENTO

A forma de acolhimento tem um papel crucial no atendimento. A garantia da confidencialidade e privacidade, diminui o medo da crítica, facilita o acesso e promove a qualidade dos cuidados.

Os serviços deverão providenciar para que sejam claras e do conhecimento de todos os funcionários e do público, as formas definidas na instituição para o acolhimento/condução numa situação de pedido de interrupção da gravidez, de modo a minimizar o número de pessoas a contactar pela mulher e a assegurar respostas atempadas face às diferentes idades gestacionais.

São essenciais:

- a definição e publicitação dos horários das consultas (dias e horas)
- a disponibilização de número telefónico directo para marcação de consulta.

Sempre que possível deve ser facultado, no momento da marcação da consulta prévia, o “Guia informativo sobre a interrupção da gravidez por opção da mulher”.

CONSULTA PRÉVIA

De acordo com a Lei 16/2007, a interrupção da gravidez por opção da mulher - alínea e) do artigo 142º do Código Penal - deve ser precedida pela realização de uma consulta, cujo objectivo é confirmar uma gestação em curso, datar a gravidez e fornecer as informações necessárias para que a mulher possa decidir de forma livre e consciente.

Sempre que possível, deverão ser designadas para esta consulta, equipas de médico/enfermeiro que, em complementaridade e de acordo com as respectivas competências, assegurem que as mulheres são correctamente esclarecidas e agilizem os procedimentos dentro dos prazos legalmente previstos.

Tendo em conta que os riscos de uma interrupção de gravidez são tanto menores quanto menor for a idade gestacional, o período entre a marcação e a efectivação da consulta prévia não deve ser superior a 5 dias, sem prejuízo de serem tidos em conta os prazos legais estabelecidos.

Se for essa a vontade da mulher grávida, e desde que estejam asseguradas as condições para uma decisão livre e esclarecida, deve ser autorizada a presença de uma terceira pessoa nesta consulta.

Procedimentos

1. Cada utente que solicita a interrupção da gravidez deve ter um processo individual onde estão registados os dados pessoais de interesse médico e os referentes à observação clínica. O relatório do exame ecográfico (com fotografia identificada, anexa) para localização e datação da gravidez deve constar deste processo. O exame ecográfico pode ser realizado no próprio hospital durante a consulta, ou ser efectuado, previamente, no exterior.

Caso a consulta prévia seja realizada no centro de saúde, e havendo necessidade de envio ao hospital para a realização da interrupção da gravidez, os dados clínicos acima descritos devem fazer parte da nota de referência.

2. Na posse de toda a informação considerada necessária o médico confirma e atesta em impresso próprio que se trata de uma gravidez que não excede as 10 semanas de gestação. O documento fica arquivado no processo clínico.

3. Tendo em vista facilitar os procedimentos de recolha dos dados para o registo da interrupção da gravidez, poderá ser preenchida a 1ª parte do Registo Obrigatório.

Informações a transmitir à grávida

Uma vez confirmadas as circunstâncias que possibilitam a interrupção da gravidez, a mulher deverá receber as informações pertinentes - de acordo com o tempo de gestação, a sua situação clínica e os factores de risco envolvidos - sobre os métodos de interrupção da gravidez disponíveis (cirúrgica e medicamentosa) podendo escolher o método que preferir, desde que clinicamente adequado e disponível na instituição.

Deverão, ainda, ser fornecidos esclarecimentos sobre o tipo de procedimentos envolvidos, as vantagens, os riscos e as eventuais complicações dos diferentes métodos, o tempo de demora previsível, o retorno à rotina diária e à actividade sexual.

Os profissionais de saúde que acolhem as mulheres que solicitam a interrupção da gravidez, deverão desenvolver competências que lhes permitam identificar as situações que requeiram outro tipo de suporte para a tomada de decisão consciente e que não poderá ser facultado apenas na consulta prévia. Por vezes estarão subjacentes histórias do foro psicológico e/ou psiquiátrico, de grande pobreza e/ou de ausência de suporte social, ou até com evidências de coerção. A estas mulheres em particular, assim como a todas que o solicitem, deve ser disponibilizado um apoio específico por psicólogo ou assistente social, assim como informação escrita sobre as respostas sociais concedidas pelo Estado na eventual prossecução da gravidez.

Na consulta prévia, deverá ainda ser discutida a questão do uso de contracepção e das diferentes opções disponíveis, promovendo-se a escolha de um método contraceptivo adequado a iniciar, o mais precocemente possível, após a interrupção da gravidez.

Documentos a entregar à grávida

- Impresso para o Consentimento livre e esclarecido, sendo-lhe explicado que o deve ler e trazer assinado, no dia da interrupção da gravidez. No caso de se tratar de menor de 16 anos ou psicologicamente incapaz, o consentimento é assinado pelo representante legal, a quem devem ter sido facultadas todas as informações necessárias. O profissional de saúde que transmitir os esclarecimentos à grávida ou ao seu representante legal deve assinar, no verso e em local próprio, o referido documento

- Guia informativo sobre a interrupção da gravidez (caso não tenha sido facultado anteriormente) - Impresso que complementa a informação já fornecida sobre o método de

interrupção acordado com a grávida - cirúrgico ou medicamentoso - e no qual devem constar a data da consulta prévia e a data prevista da interrupção da gravidez

Marcação da data da interrupção da gravidez

Independentemente da decisão posterior da mulher deverá ficar agendada a consulta seguinte, na qual se prevê a realização da interrupção da gravidez. Para a marcação dessa data deverá ser tido, sempre, em consideração, não só o período de reflexão, mas também, a idade gestacional.

No caso da consulta prévia ser efectuada no centro de saúde, e havendo necessidade de enviar ao hospital para a realização da interrupção da gravidez, o agendamento dessa consulta deverá ser feito pelo centro de saúde, no próprio dia. [...]”.

III.4. Das anteriores intervenções regulatórias da ERS

47. A este propósito, recorde-se que a ERS já se pronunciou sobre a liberdade de escolha das utentes no acesso a IVG, no processo de inquérito registado sob n.º ERS/012/2015, que para o que ao presente processo importa se passa a transcrever:

48. Com efeito, a ERS teve conhecimento da reclamação de uma utente, que pretendia realizar uma IVG, nos termos da alínea e) da Lei n.º 16/2007, de 17 de abril, “*por opção da mulher, nas primeiras 10 semanas de gravidez.*

“[...] 67. Uma vez que queria que a situação não fosse conhecida, dirigiu-se a um centro de saúde diferente do da sua área de residência, para ser referenciada para consulta hospitalar, in casu, a utente dirigiu-se à USF [...], que por sua vez a referenciou para o [hospital]

68. [...] Tendo sido informada que não poderia aceder à IVG por pertencer a “[...] um Centro de Saúde que não aquele que [a] tinha encaminhado”.[...]

[...]

73. Isto é, no caso concreto, verifica-se que a utente, usufruindo do direito que a lei lhe confere, optou por se dirigir a um centro de saúde, que não o da sua área de residência, para aí efetivar o pedido de consulta para realização de IVG.

[...]

49. O [hospital] não realiza IVG, por a maioria dos seus médicos serem objetores de consciência, sendo obrigados a contratar um serviço externos para a sua realização;

76. Quanto a esta questão refira-se que a Circular Normativa n.º 8 da ACSS, de 07/11/2007, refere que “quando o hospital subcontrate integralmente a prestação de serviços, por razões que se prendem com a objeção de consciência dos seus profissionais médicos, devem esses

hospitais criar um modelo de encaminhamento para o serviço subcontratado que seja expedito e não crie obstáculos ou barreiras ao acesso às mulheres”.

77. Ora, em conformidade com o disposto na Circular, confirma-se que se encontra na disponibilidade dos hospitais contratar externamente a realização da prestação de serviços, mormente quando os profissionais de saúde se declaram objetores de consciência.

[...]

89. Assim, o [hospital], não tendo capacidade instalada para a prestação do serviço pretendido, tem a obrigação de encaminhar as utentes para um outro serviço, qualquer que seja o modo de financiamento, desde que “seja expedito e não crie obstáculos ou barreiras ao acesso da mulher.”

90. Não é por isso aceitável, que as utentes que se dirijam ao [hospital], e que não sendo residentes na área de influência desta unidade, sofram uma desvantagem e vejam o seu acesso limitado, por a solução encontrada pelo [hospital], passar por contratar totalmente a produção externamente.

91. Não menos relevante no caso em apreço é o facto de, neste contexto, a referenciação pelo centro de saúde não obrigar a que as utentes estejam inscritas naquela unidade;

92. Nem que as utentes estejam inscritos no centro de saúde da sua área de residência, pelo que, ao declarar ser obrigatório que as utentes que se dirijam ao [hospital], sejam residentes na área de influência daquela unidade,

93. O [hospital], criou um barreira de acesso injustificada não só no que concerne à Rede Nacional de Prestação de Cuidados de Saúde,

94. Mas especialmente desrespeitou o direito que a lei confere às utentes de escolherem o estabelecimento onde pretendem interromper a gravidez, desde que respeitem, como foi o caso da utente, a rede de referenciação aplicável.

95. Diga-se aliás que o artigo 3.º da Portaria n.º 741-A/2007, 21 de junho, foi pensado exatamente para proteger as utentes nas situações, como a que nos presentes autos é descrita.

96. Ora, não faria sentido a lei permitir que as utentes pudessem livremente escolher o estabelecimento onde pretendem ser atendidas, para depois essa liberdade ser limitada em virtude de delimitações geográficas de áreas de residência e áreas de influência.

97. Note-se que, como já visto, o legislador veio especificamente reforçar a ideia de liberdade de escolha das utentes na IVG;

98. A qual se encontrava já consagrada na Lei, designadamente no Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro com as alterações introduzidas pelo Decreto- Lei n.º 253/2012, de 27 de novembro e no Regime Jurídico da Gestão Hospitalar;

99. *E fê-lo com o intuito de proteger as utentes no exercício do seu direito à reserva da intimidade da vida privada;*

100. *Seria pois inaceitável que uma utente visse a sua opção de interromper voluntariamente uma gravidez, no prazo estabelecido por lei, coartado, por considerar que não estava assegurado o seu direito à confidencialidade e reserva da intimidade da sua vida privada.*

101. *Recorde-se, ademais, que o direito à reserva da intimidade da vida privada constitui um direito fundamental estabelecido no artigo 26.º da CRP;*

102. *E que a alínea c) da Base XIV da LBS densifica, ao exigir que em todos os momentos da prestação de cuidados de saúde (seja no atendimento, diagnóstico ou tratamento), os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde respeitem a reserva da vida privada dos utentes.*

103. *Assim, em contexto hospitalar, este direito deve ser respeitado por parte dos profissionais e responsáveis dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, de forma a diminuir o sentimento de pudor e a minimizar a "alteração" que a pessoa doente sofre relativamente à sua intimidade.*

104. *A situação é ainda mais gravosa, por na situação específica, ora em análise, a utente pretender, como é seu direito, "garantir a confidencialidade da [sua] situação".*

105. *Assim, do que tem vindo a ser descrito, foi possível inferir que os procedimentos em vigor no [hospital], não respeitam os legítimos interesses e direitos das utentes, nomeadamente no que à IVG respeita.*

106. *Uma vez que o procedimento que impõe a obrigatoriedade das utentes serem residentes na área de influência daquela unidade não é legalmente admissível.*

107. *E limita de modo injustificável o acesso das utentes à prestação de serviços requerida, mesmo nos casos em que exista referência pelos cuidados primários.*

108. *Além de que é potencialmente violadora dos direitos e legítimos interesse das utentes, mormente no que respeita ao direito à confidencialidade, como visto supra.*

109. *Com efeito, o [hospital], tem a obrigação de "criar um modelo de encaminhamento para o serviço contratado que seja expedito e não crie obstáculos ou barreiras de acesso às mulheres".*

110. *No entanto, verifica-se que ao aceitar apenas as utentes que estão inscritas como residentes nos centros de saúde da área de influência do hospital;*

111. *O [hospital], cria uma barreira intransponível para todas aquelas utentes, que nomeadamente por razões de garantia da confidencialidade da sua situação, não pretendam recorrer ao centro de saúde onde se encontram inscritas ou da sua área de residência.*

112. *Mas também para todas aquelas utentes, que não estando inscritas no centro de saúde da área de influência do [hospital], mas que ali sejam residentes ao imporem a necessidade de prova da sua residência e de inscrição no centro de saúde da área.*

113. *Note-se que no que respeita à matéria da IVG estamos a falar do exercício de uma faculdade legal num período de tempo relativamente curto, 10 semanas, pelo que qualquer obstáculo que consuma esse prazo pode causar prejuízos sérios às utentes, que podem ver a sua vontade de interromper a gravidez, negada, por o prazo se encontrar, legalmente, ultrapassado.*

114. *Resulta assim clara a imposição legal que dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, no caso de contratarem externamente a realização de IVG adotarem os mecanismos que garantam o acesso adequado e em tempo útil às utentes para realização de IVG.*

115. *Em suma, no caso em apreço o prestador aprovou os procedimentos necessários para o encaminhamento das utentes que pretendem realizar IVG através da subcontratação de uma entidade externa.*

116. *No entanto, ao impor às utentes que pretendam realizar aquele procedimento, a inscrição e/ou a residência na [sua] área de influência, o hospital criou uma barreira ao acesso à IVG, que não é compatível com o determinado pela Lei n.º 16/2007, de 17 de abril, nem com a Portaria n.º 741-A/2007, de 21 de junho.*

117. *Assim, justifica-se a emissão de uma instrução dirigida ao [hospital] de forma a garantir que situações idênticas à da utente C., não se repitam.*

118. *Isto é, mormente em casos de garantia da reserva da vida privada, uma utente não residente na área de influência do [hospital], se referenciada por centros de saúde na área de influência do [hospital], deve ter tratamento igual às utentes que cumprem o requisito de residência. [...]*

50. Pelo que foi emitida a seguinte instrução ao prestador em causa, no sentido de dever:

“[...]

(i) garantir que os procedimentos por si definidos são aptos a assegurar de forma permanente e efetiva o acesso das utentes aos cuidados de saúde que efetivamente necessitem, mormente no que à Interrupção Voluntária da Gravidez respeita;

(ii) garantir que tais procedimentos não criam obstáculos ou limites de acesso às utentes referenciadas pelos centros de saúde da sua área de influência;

(iii) garantir que todo e qualquer procedimento por si adotado seja capaz de promover, junto de todos os utentes, a informação completa, verdadeira e inteligível, com antecedência, rigor

e transparência, sobre todos os aspetos relativos ao acesso aos cuidados de saúde, que aqueles efetivamente necessitem. [...]

51. Mais foi emitida uma recomendação ao mesmo prestador, nos seguintes termos:

“[...] (iv) deve promover a adaptação da informação adotada e difundida internamente, no sentido de a conformar em pleno com o prescrito pelas regras e orientações a cada momento aplicáveis em matéria de acesso à interrupção voluntária da gravidez, de acordo com a Lei n.º 16/2007, de 17 de abril e a Portaria n.º 741-A/2007, de 21 de junho;

(v) deve garantir em permanência, através da emissão e divulgação de ordens e orientações claras e precisas, que os referidos procedimentos sejam corretamente seguidos e respeitados por todos os colaboradores. [...]”

III.5. Análise da situação concreta

52. A situação que motivou a abertura dos presentes autos prende-se com a alegação da utente, que não teria sido corretamente informada sobre o circuito a realizar no CHLN para proceder à IVG;

53. Com efeito, refere a utente DH que *“[...] Desloquei-me ao Hospital de Santa Maria no dia [...] e após confirmação de gravidez de seis semanas informei a médica assistente da minha vontade em realizar interrupção voluntária da gravidez, sendo informada que deveria deslocar-me novamente ao Hospital de Santa Maria entre 2f-6f das 8h30 às 16h para agendar a consulta de IVG tanto pelo médico, enfermeira e a administrativa. [...] contactei o serviço de urgência e Obstetrícia 2f ([...]) via telefónica às 8h30 confirmando a necessidade de deslocar-me pessoalmente, uma vez que segundo o papel entregue poderia marca-la telefonicamente.*

Fui informada que apenas poderia marcar consulta com referenciação da médica de família. Desloquei-me ao Centro de Saúde às 8h45 e, tal como todos os profissionais anteriormente referiram, a Dr. IM (USF [...]) confirmou que não havia necessidade de referenciação uma vez que se trata de uma consulta externa com características legais específicas. Desloquei-me novamente pelas 11h ao HSM sendo recusada a marcação pela administrativa [...]”

54. De acordo com a informação remetida aos autos pelo prestador *“[...] A elevada e crescente procura da consulta de IVG do CHLN, os condicionamentos resultantes do facto de muitos médicos serem objetores de consciência e de se tratar de uma consulta com um reduzido prazo para resposta, determinaram a necessidade de reestruturação do respetivo sistema de referenciação. Atualmente, para garantir o atendimento em tempo útil e o tratamento equitativo de todos os pedidos, o CHLN apenas aceita referenciações provenientes dos cuidados de saúde primários, via CTH. [...]*”

55. Note-se que a utente teve acesso, em tempo útil, à interrupção voluntária da gravidez pretendida, não se tendo verificado, por isso no caso concreto, uma qualquer violação de acesso aos cuidados de saúde que pretendia.
56. Não obstante, cumpre analisar se os procedimentos em vigor no CHLN são suscetíveis de garantir em permanência o acesso em tempo útil e de acordo com as normas de referência em vigor, para as IVG, ou se pelo contrário podem ser aptos à criação de constrangimentos a esse mesmo acesso.
57. Como visto *supra*, a Portaria n.º 741-A/2007, de 21 de junho, estabelece as medidas a adotar nos estabelecimentos de saúde oficiais ou oficialmente reconhecidos com vista à realização da IVG
58. Refere o artigo 3.º da Portaria n.º 741-A/2007, de 21 de junho, que *“A mulher pode livremente escolher o estabelecimento oficial onde deseja interromper a gravidez, dentro dos condicionamentos da rede de referência aplicável”*.
59. Acrescenta o artigo 11º da mesma Portaria, no que ao cumprimento dos prazos respeita, que *“[...] Em quaisquer circunstâncias, o conselho de administração do estabelecimento de saúde oficial, o responsável pelo estabelecimento oficial de cuidados de saúde primários ou o responsável pelo estabelecimento de saúde oficialmente reconhecido, conforme o caso, adoptam todas as providências necessárias ao cumprimento dos prazos previstos na lei para a interrupção da gravidez.[...]”*;
60. Designadamente no que respeita à consulta prévia determina o artigo 16º da Portaria que *“[...] 1—O conselho de administração do estabelecimento de saúde oficial, o responsável pelo estabelecimento oficial de cuidados de saúde primários ou o responsável pelo estabelecimento de saúde oficialmente reconhecido, conforme o caso, devem garantir a realização em tempo útil da consulta referida na alínea b) do n.º 4 do artigo 142.º do Código Penal e dela assegurar registo em processo próprio. 2— Entre o pedido de marcação e a efectivação da consulta não deve decorrer um período superior a cinco dias, sem prejuízo do cumprimento dos prazos legais. [...]”*.
61. Por sua vez, a Direção-Geral de Saúde na Circular Normativa n.º 11/SR, de 21/06/07, veio esclarecer que *“[...] **Independentemente da porta de entrada no SNS escolhida pela mulher, os hospitais e os centros de saúde,**(sublinhado nosso) *através das Unidades Coordenadoras Funcionais (UCF), devem estabelecer protocolos, activando canais de comunicação e modelos de referência eficazes, que garantam o atendimento atempado das solicitações de interrupção da gravidez e o cumprimento dos prazos legalmente fixados. Poderão ser adoptados diversos modelos de complementaridade e partilha de cuidados, de acordo com os recursos e as facilidades disponíveis nas diferentes instituições. No entanto, qualquer que seja o modelo de articulação que venha a ser acordado, deverá ficar claramente expresso, em protocolo, o que competirá a cada instituição e a cada profissional envolvido, as formas de comunicação entre os**

prestadores de cuidados e o circuito a percorrer pela mulher, antes e depois da interrupção da gravidez.”.

62. Ou seja, e tendo presente o enquadramento jurídico relativo à interrupção voluntária da gravidez verifica-se que foi opção do legislador ampliar a liberdade de escolha das utentes, face ao enquadramento de base, geral e abstratamente aplicável a qualquer prestação de cuidados de saúde no SNS, designadamente quanto à não obrigatoriedade de ser referenciada pelos cuidados primários permitindo neste caso que haja acesso direto à prestação destes cuidados em âmbito hospitalar;
63. Assim, cumpre analisar se CHLN pode definir um procedimento em que apenas aceita utentes referenciadas pelos cuidados de saúde primários, via CTH;
64. Note-se que foi tomada em devida conta o argumento do CHLN que “[...] *em nenhuma circunstância, faz sentido fazer "entrar pelo serviço de urgência" estas utentes, dado que a opção por interromper a gravidez não configura uma situação clínica aceitável em regime de Serviço de Urgência;*[...]”, o que se aceita;
65. Tendo sido também levado em conta que “[...] *No último trimestre de 2017 celebrou-se protocolo com [...], em Lisboa, [...]. Tal protocolo permitiu, por um período transitório, e no contexto de carência extrema de pessoal de enfermagem com especialização em Obstetrícia e Saúde Materna, responder às solicitações da população utente durante o tempo em que se tornou impossível manter este tipo de atividade no CHLN;*
66. Não obstante, não se pode aceitar, a limitação de acesso de utentes, aos cuidados que necessitam, mesmo que numa situação transitória e limitada no tempo;
67. Assim, independentemente do hospital ter capacidade instalada para a realização das IVG, ou contrate a produção externamente, não pode definir um procedimento que limite ou dificulte o acesso das utentes a essa unidade;
68. Assim, o CHLN, não tendo capacidade instalada para a prestação do serviço pretendido, tem a obrigação de encaminhar as utentes para um outro serviço que assegure a prestação de cuidados de saúde necessária, em tempo útil;
69. Não sendo aceitável, que as utentes que se dirijam ao CHLN, sejam remetidas para os centros de saúde, **quando não foi essa a sua opção**, para que possam aceder ao circuito desenvolvido pelo CHLN para a realização de IVG.
70. O CHLN criou uma barreira de acesso injustificada e especialmente desrespeitou o direito que a lei confere às utentes de escolherem o estabelecimento onde pretendem interromper a gravidez;

71. Ora, não faria sentido a lei permitir que as utentes pudessem livremente escolher o estabelecimento onde pretendem ser atendidas, para depois essa liberdade ser limitada, obrigando-as a recorrerem sempre aos cuidados de saúde primários;
72. Note-se que, como já visto, o legislador veio especificamente reforçar a ideia de liberdade de escolha das utentes na IVG;
73. E fê-lo com o intuito de proteger as utentes no exercício do seu direito à reserva da intimidade da vida privada;
74. Seria pois inaceitável que uma utente visse a sua opção de interromper voluntariamente uma gravidez, no prazo estabelecido por lei, coartado, por submeter a utente a uma consulta nos cuidados de saúde primários, quando não é essa a sua vontade;
75. Seja por razões de conveniência, seja por considerar que não estava assegurado o seu direito à confidencialidade e reserva da intimidade da sua vida privada;
76. Recorde-se, ademais, que o direito à reserva da intimidade da vida privada constitui um direito fundamental estabelecido no artigo 26.º da CRP;
77. E que a alínea c) da Base XIV da LBS densifica, ao exigir que em todos os momentos da prestação de cuidados de saúde (seja no atendimento, diagnóstico ou tratamento), os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde respeitem a reserva da vida privada dos utentes.
78. Assim, em contexto hospitalar, este direito deve ser respeitado por parte dos profissionais e responsáveis dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, de forma a diminuir o sentimento de pudor e a minimizar a "alteração" que a pessoa sofre relativamente à sua intimidade.
79. Assim, do que tem vindo a ser descrito, foi possível inferir que os procedimentos em vigor no CHLN, não respeitam os legítimos interesses e direitos das utentes, nomeadamente no que respeita à IVG.
80. Uma vez que, o procedimento que impõe a obrigatoriedade das utentes serem referenciadas pelos cuidados de saúde primários, via CTH, para poderem dar entrada no hospital, não é legalmente admissível;
81. E limita de modo injustificável o acesso das utentes à prestação de serviços requerida;
82. Podendo obrigar as mesmas a uma dilação temporal, superior à prevista na lei e que de acordo com a circular normativa da DGS, referida supra “[...] *Tendo em conta que os riscos de uma interrupção de gravidez são tanto menores quanto menor for a idade gestacional, o período entre a marcação e a efectivação da consulta prévia não deve ser superior a 5 dias, sem prejuízo de serem tidos em conta os prazos legais estabelecidos. [...]*”

83. Além de que é potencialmente violadora dos direitos e legítimos interesse das utentes, mormente no que respeita ao direito à confidencialidade, como visto *supra*.
84. No entanto, verifica-se que ao aceitar apenas as utentes que são referenciadas pelos cuidados de saúde primários, o CHLN cria uma barreira para todas aquelas utentes, que designadamente, por razões de garantia da confidencialidade da sua situação, não pretendam recorrer ao centro de saúde.
85. Note-se que no que respeita à matéria da IVG estamos a falar do exercício de uma faculdade legal num período de tempo relativamente curto, 10 semanas, pelo que qualquer obstáculo que consuma esse prazo pode causar prejuízos sérios às utentes, que podem ver a sua vontade de interromper a gravidez, negada, por o prazo se encontrar, legalmente, ultrapassado.
86. Resulta assim clara a imposição legal que dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, no caso de contratarem externamente a realização de IVG adotarem os mecanismos que garantam o acesso adequado e em tempo útil às utentes para realização de IVG.
87. Em suma, no caso em apreço o prestador ao impor às utentes que pretendam realizar aquele procedimento, a referenciação pelos cuidados de saúde primários, criou uma barreira ao acesso à IVG, que não é compatível com o determinado pela Lei n.º 16/2007, de 17 de abril, nem com a Portaria n.º 741-A/2007, de 21 de junho, porquanto ele é, em situação de paridade com os cuidados de saúde primários, porta de entrada no SNS.
88. Assim, justifica-se a emissão de uma instrução dirigida ao CHLN de forma a garantir que situações idênticas à utente DH não se repitam.

IV. AUDIÊNCIA DOS INTERESSADOS

89. 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, o CHLN e a exponente DH.
90. Decorrido o prazo concedido para a referida pronúncia, não foi recebida, até à presente data, a pronúncia da exponente DH;
91. Decorrido o prazo concedido para a referida pronúncia, a ERS rececionou a comunicação do CHLN, em 8 de novembro de 2018, que em suma refere o seguinte:

"[...] 1. Adotou de imediato medidas no sentido de assegurar de forma permanente e efetiva o acesso das utentes aos cuidados referentes à IVG, nomeadamente, através da referenciação externa oportuna destas situações sempre que a sua realização em tempo útil não seja possível de garantir através dos recursos internos;

2. Deixou de exigir para acesso à consulta de IVG a referência obrigatória pelos cuidados de saúde primários;

3. Promoveu a adaptação da informação adotada, que difundiu internamente no sentido de a conformar com as regras prescritas e aplicáveis em matéria de acesso à IVG.

Na expectativa de que as medidas adotadas vão ao encontro da instrução oportunamente emitida, mantemo-nos ao dispor para os demais esclarecimentos ou medidas adicionais que entendam necessários." [...]

92. Face à pronúncia do CHLN, cumpre analisar os elementos invocados na mesma, aferindo da suscetibilidade de infirmarem a deliberação delineada.

93. Importa notar que o prestador na sua pronúncia manifesta a sua vontade de coadunar o seu comportamento à instrução tal como projetada;

94. Não obstante, não apresenta, ainda, prova, nomeadamente documental, do seu efetivo cumprimento.

95. Assim, considerando que a manutenção da intervenção regulatória, tal como prevista no projeto de deliberação regularmente notificado, visa a garantia de uma interiorização e assunção das obrigações decorrentes das regras e orientações a cada momento aplicáveis, em matéria de cuidados de saúde que sejam aptos a garantir, de forma permanente, efetiva e em tempo útil, a prestação dos cuidados de saúde que se apresentem como necessários e adequados à satisfação das necessidades dos utentes;

96. E que, não resultaram quaisquer factos capazes de infirmar ou alterar o sentido do projeto de deliberação da ERS, propõe-se a sua manutenção na íntegra.

V. DECISÃO

97. Tudo visto e ponderado, propõe-se ao Conselho de Administração da ERS deliberar, nos termos e para os efeitos do preceituado na alínea b) do artigo 19.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, a emissão de uma instrução ao Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E., nos seguintes termos:

- (i) deve garantir que os procedimentos por si definidos, seja quando tenha capacidade instalada, seja quando não a tenha (e nesse caso com necessidade de subcontratar o serviço a entidade externa) são aptos a assegurar de forma permanente e efetiva o acesso das utentes aos cuidados de saúde que efetivamente necessitem, mormente no que à Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) respeita;
- (ii) Concretamente, para execução do ponto anterior, deve abster-se de exigir às utentes que pretendam recorrer à realização de IVG a referência pelos cuidados de saúde primários.

- (iii) deve promover a adaptação da informação adotada e difundida internamente, no sentido de a conformar em pleno com o prescrito pelas regras e orientações a cada momento aplicáveis em matéria de acesso à interrupção voluntária da gravidez, de acordo com a Lei n.º 16/2007, de 17 de abril e a Portaria n.º 741-A/2007, de 21 de junho;
- (iv) deve garantir em permanência, através da emissão e divulgação de ordens e orientações claras e precisas, que os referidos procedimentos sejam corretamente seguidos e respeitados por todos os colaboradores;
- (v) deve dar cumprimento imediato à presente instrução, bem como dar conhecimento à ERS, no prazo máximo de 30 dias após a notificação da presente deliberação, dos procedimentos adotados para garantir o cumprimento efetivo da instrução emitida.

98. A instrução ora emitida constitui decisão da ERS, sendo que a alínea b) do n.º 1 do artigo 61.º dos seus Estatutos, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, configura como contraordenação punível in casu com coima de 1000,00 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 e 23.º”.

99. A versão não confidencial da presente deliberação será publicitada no sítio oficial da Entidade Reguladora da Saúde na Internet.

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

Porto, 29 de novembro de 2018.