

OBSERVATÓRIO DOS DIREITOS HUMANOS

RELATÓRIO

JANEIRO DE 2016

Direito à saúde e o acesso aos cuidados hospitalares

I – Apresentação do caso

a) Tomada de conhecimento dos factos

No dia 24 de janeiro de 2015, o Observatório dos Direitos Humanos (ODH) recebeu uma denúncia na qual se descreviam os factos expostos *infra* e que foi aceite pelo relator no dia 10 de março de 2015. O Ministro da Saúde foi contactado por carta, no dia 25 de março de 2015, para se pronunciar sobre tais acontecimentos, sendo que em resposta a esta missiva, o ODH recebeu um *email* no qual se explicava a impossibilidade de prestar esclarecimentos dada a existência de averiguações em curso.

Por forma a assegurar um conhecimento mais amplo dos factos relatados, optou-se por aguardar pelo fim de tais diligências. Na sequência do arquivamento dos processos instaurados¹, e uma vez disponibilizados os relatórios elaborados pelas entidades competentes, ficou-se, por fim, na posse dos elementos necessários (e possíveis) para analisar os fundamentos da denúncia em apreço.

b) Do caso

Nos termos da denúncia, entre 27 de dezembro de 2014 e 20 de janeiro de 2015, verificou-se um conjunto de óbitos nas urgências de diversos hospitais públicos. Em todos estes casos registou-se uma demora assinalável no atendimento e tratamento das pessoas em questão, com desrespeito pelo sistema de triagem de Manchester.

As pessoas visadas possuíam idades compreendidas entre os 57 e os 92 anos e estes eventos tiveram lugar nas urgências do Hospital de S. José (Lisboa); do Hospital de S. Bernardo (Setúbal); do Hospital de S. Sebastião (Sta. Maria da Feira); do Hospital de Peniche, do Hospital de Santarém, do Hospital Garcia de Orta (Almada) e do Hospital de S. Francisco Xavier (Lisboa).

O período mais curto de espera sem atendimento médico foi de 3h e o mais longo foi de 9h, sendo que em nenhum dos casos era admissível uma delonga superior a 1h. Sendo que, em pelo menos quatro casos, as pessoas mencionadas na denúncia faleceram ainda durante o período de espera, sem terem sido objeto de atendimento médico.

¹ Conforme notícia divulgada pela comunicação social, *vd.* <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/inqueritos-a-oito-mortes-nas-urgencias-foram-todos-arquivados-1710321> (site acedido em 15/01/16).

II – Enquadramento jurídico na perspetiva dos direitos humanos

Direito à saúde

a) Enquadramento jurídico

Atendendo aos factos supramencionados, não há dúvidas de que o presente caso se insere no âmbito do direito à saúde, direito que goza não apenas de tutela interna (com suporte constitucional), mas também internacional². Assim, encontramos-lhe referências no artigo 25.º da DUDH, no art. 12.º do PIDESC, nos arts. 11.º e 13.º da CSE(R), no art. 3.º da Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomédica e no art. 35.º da CDFUE. Da leitura conjunta destas normas resulta não apenas a adesão da comunidade internacional à necessidade de tutela jurídica do bem básico que é a saúde, nas suas dimensões individual e coletiva, como da proteção da possibilidade de uma existência plena e do livre desenvolvimento da pessoa³.

A Constituição, por seu turno, no art. 64.º, n.º 1, consagra o direito à proteção da saúde, referindo, no n.º 2 do mesmo dispositivo, que este direito é prosseguido através de um serviço nacional de saúde universal e geral (tendencialmente gratuito). E, acrescenta o n.º 3, als. b) e d), que o Estado deve garantir uma cobertura racional e eficiente de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde e assegurar elevados padrões de qualidade e eficiência nos serviços de saúde públicos e privados.

Sendo reconhecidamente um direito fundamental, o direito à saúde assume a natureza de direito social, estando dependente de prestações positivas por parte do Estado, quer quanto à densificação do seu conteúdo, quer quanto à concretização das condições práticas necessárias à sua efetivação⁴. Daqui resulta que, nesta tarefa, o legislador possui uma margem de manobra mais acentuada do que aquela que lhe é concedida em sede de direitos, liberdades e garantias⁵, pois a abertura constitucional permite que a materialização e prossecução do direito atendam a circunstâncias como os recursos disponíveis (humanos, técnicos e financeiros), bem como às opções políticas que se vão fazendo a dado momento (princípio do democrático)⁶.

² Cumpre ainda analisar a questão atendendo a outros direitos consigo relacionados, como o direito à vida e à integridade física.

³ CATARINA SAMPAIO VENTURA, «O direito à saúde internacionalmente conformado: uma perspetiva de direitos humanos». *Lex Medicinæ*, 2005, ano 2, n.º 4, p. 50.

⁴ RUI MEDEIROS, Anotação ao art. 64.º, in *Constituição Portuguesa Anotada*, I Tomo, 2.ª ed. Coord.: Jorge Miranda e Rui Medeiros. Wolters Kluwer/Coimbra Editora, Coimbra, 2010, 1308.

⁵ *Idem, ibidem*, p. 1309.

⁶ Este é também o sentido que lhe é dado internacionalmente (CATARINA SAMPAIO VENTURA, ob. cit., p. 50). Desta feita, o grau de implementação do direito à saúde em cada Estado depende, em última instância, das condições que se verifiquem em cada um deles, atendendo-se aos recursos disponíveis e à afetação

Não obstante, afirma-se internacionalmente a obrigação de o Estados assegurarem que os médicos e outros profissionais de saúde satisfazem padrões adequados de formação, competência técnica e deontologia. E ainda a distribuição suficiente e equitativa, no país, de hospitais e outros estabelecimentos de saúde, e a formação adequada dos médicos e outros profissionais de saúde⁷.

Por seu turno, a “Constituição da saúde” também vincula o legislador ordinário. Com efeito, o art. 64.º não pode ser interpretado com uma liberdade tal que as suas normas sejam despidas de efeitos, ou que o Estado se transforme numa entidade “anorética”, incapaz de assegurar a prestação universal de cuidados de saúde⁸. Desde logo, um dos aspetos em que esta liberdade está mais constrangida é no âmbito do serviço nacional de saúde, que aí é tido como um serviço obrigatório, de ativação necessária e de existência irreversível⁹. Assim, a Constituição dispõe quanto à necessidade de se garantir a universalidade e generalidade deste serviço, bem como a igualdade no acesso aos cuidados de saúde. Embora possam existir serviços privados de saúde, todos têm direito a recorrer ao serviço público, e, numa leitura apoiada no princípio da dignidade da pessoa humana, o acesso universal aos cuidados de saúde não pode ser moldado por visões utilitaristas fundadas no benefício económico para a própria comunidade¹⁰. E as entidades que integram o SNS, independentemente da sua natureza jurídica, estão igualmente vinculadas às obrigações inerentes ao respeito pelo direito à proteção da saúde¹¹. O utente tem, pois, direito a um lote compreensivo de serviços geográfica, informativa e financeiramente acessíveis, que ele esteja disposto a aceitar pela sua qualidade, adequação e efetividade. E esta última dimensão não pode deixar de incluir a prontidão dos cuidados¹².

deles é feita no âmbito da gestão da *res publica*. Não obstante, reconhece-se que resulta do direito à saúde a exigência de que os Estados assegurem um nível mínimo de proteção da saúde, cuidados de saúde primários, com garantia de igualdade de acesso, bem como a satisfação das necessidades humanas básicas (*idem, ibidem*, pp. 62 e 51).

⁷ CATARINA SAMPAIO VENTURA, *ob. cit.*, p. 65. Estas obrigações foram afirmadas pelo Comité dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais, órgão internacional de controlo sobre a aplicação do PIDESC, no seu comentário geral sobre o conteúdo normativo do direito à saúde contido neste diploma.

⁸ JOÃO LOUREIRO, «Direito à (protecção da) saúde». In *Estudos em homenagem ao Professor Doutor Marcello Caetano*, Volume I, 2006, Coimbra Editora, Coimbra, p. 659.

⁹ No seguimento do Ac. do Tribunal Constitucional n.º 39/84.

¹⁰ RUI MEDEIROS, *ob. cit.*, p. 1313.

¹¹ MARTA DO CARMO PALMEIRÃO, *O direito social à saúde dos cidadãos e a resposta dos prestadores de cuidados hospitalares integrados no Serviço Nacional de Saúde: uma análise comparativa para a área geográfica do norte quanto às consultas médicas contratadas e realizadas e ao cumprimento dos tempos máximos de resposta garantidos*, Dissertação de Mestrado, 2013 p. 41.

¹² *Idem, ibidem*, p. 1313 e LUÍS MENESES DO VALE, «A jurisprudência do Tribunal constitucional sobre o acesso às prestações concretizadoras do direito à protecção da saúde», *Jurisprudência Constitucional*, 2006, n.º 12, p. 15.

b) Leitura dos factos por parte das entidades fiscalizadoras competentes

A Inspeção Geral das Atividades em Saúde (IGAS) e a Entidade Reguladora para a Saúde (ERS), alertadas para a ocorrência dos óbitos acima mencionados, procederam a um conjunto de sindicâncias.

Dos relatórios elaborados nesta sequência (o do IGAS reporta-se a 14 de outubro de 2015 e os da ERS a 29 de julho de 2015), retira-se a impossibilidade de estabelecer uma ligação de causalidade clara e inequívoca entre os óbitos e os atrasos verificados nos serviços. Na maioria dos casos, aliás, o IGAS concluiu pelo devido respeito das *leges artis*, por parte dos clínicos responsáveis, descartando a sua responsabilidade¹³.

Todavia, as duas entidades confirmaram os atrasos e as demoras acima aludidos e os técnicos da ERS, mau grado a impossibilidade de comprovar a ligação entre esta circunstância e os óbitos, admitiram que daí terá resultado um prejuízo para o prognóstico dos utentes.

Por outro lado, concluíram ainda pela inobservância de um conjunto de protocolos e procedimentos legal e regulamentarmente previstos para os serviços de urgência e cujo desrespeito redundou em prejuízo para os pacientes afetados. E a ERS salientou que apesar de, no período em análise, se ter verificado um pico na afluência aos serviços de urgência e que, naturalmente, terá contribuído para a maior dificuldade na prestação destes cuidados, estes serviços possuem uma natureza dinâmica, pelo que deveriam estar preparados e prevenidos para lidar com estas situações¹⁴.

Assim, quer o IGAS, quer a ERS, elaboraram um conjunto de recomendações para os serviços em apreço e exortaram-nos a ultrapassar este tipo de situações. Neste elenco salienta-se a necessidade de proceder a uma organização mais eficiente dos serviços (com o reforço da disponibilidade dos profissionais, o estabelecimento de horários mais adequados à atividade dos serviços), bem como a de garantir a implementação dos protocolos e procedimentos previstos para estes casos.

¹³ Isto não sucedeu no óbito verificado no Hospital de Peniche e num dos falecimentos ocorridos no Hospital Garcia de Orta. No primeiro, o IGAS concluiu pela omissão de meios complementares de diagnóstico, bem como a omissão de diagnóstico em tempo oportuno. Mas remeteu esta matéria para o domínio disciplinar do profissional clínico e não assacou responsabilidades diretas ao centro hospitalar. Quanto ao segundo, concluiu pela existência de indícios da violação das *leges artis* por parte dos médicos intervenientes, que teriam revelado desconhecimento quanto aos procedimentos internos do serviço. Todavia, a ausência de uma relação jurídica de emprego público entre os médicos e o Hospital ou o IGAS, determinou o arquivamento do processo disciplinar e fez-se uma notificação de teor criminal ao DIAP de Almada.

¹⁴ Veja-se, a título de exemplo, o Relatório da ERS relativo aos serviços do Hospital de S. José, pontos 174 e 176.

III – Conclusão

Partindo dos elementos acima descritos, podemos concluir pela verificação de diversas falhas na organização dos Hospitais avaliados. Os diversos relatórios apontam para a existência de meios e dos necessários procedimentos e protocolos (criados no exercício da atividade legislativa e regulamentar do Estado) e que, todavia, estão subaproveitados e geridos de modo ineficiente.

Embora estes eventos tenham ocorrido numa época particularmente complicada (Natal e Ano Novo), a entidade reguladora não tem dúvidas de que os serviços podiam e deviam ter sido capazes de se acomodar a uma afluência superior ao normal (que aliás, poderiam ter previsto de antemão, dada tratar-se de uma altura festiva).

Por outro lado, o desrespeito dos procedimentos e protocolos denota, no mínimo, falta de conhecimento por parte dos clínicos responsáveis. Deve-se, pois, assegurar que os profissionais presentes nestes serviços são adequadamente formados e capazes para assegurar o exercício destas funções. Sendo que, tal como refere a ERS, de pouco serve ter protocolos e procedimentos devidamente previstos, se na prática não são respeitados¹⁵.

A ineficiência dos serviços e a reduzida capacidade de resposta que demonstraram nos períodos em causa, leva a que possamos afirmar que os **direitos à saúde** destes utentes (e dos demais que aí se encontravam e que sofreram iguais demoras no seu atendimento e tratamento) **foram violados**.

Aquando do enquadramento jurídico do direito à saúde, reconhecemos que este, pela sua natureza, vê a sua concretização dependente de um conjunto de considerações, tais como os recursos disponíveis e as opções políticas de momento. No entanto, o factos do caso apontam não tanto para a ausência de recursos, como, sobretudo, para a má gestão dos já existentes. Bem como para a desconsideração das regras que devem ser seguidas neste tipo de contexto. Cremos, por conseguinte, ter sido desrespeitado o direito à saúde dos utentes acima referidos. Assim, urge que as administrações dos Centros Hospitalares em apreço procurem seguir as recomendações que lhes foram dirigidas, por forma a evitar a repetição deste género de situações.

A relatora,
Ana Ferreira

¹⁵ *Idem, ibidem*, ponto 171.