

**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/028/2016;

I. DO PROCESSO

I.1. Origem do processo

1. A Entidade Reguladora da Saúde (doravante ERS) tomou conhecimento de um conjunto de notícias veiculadas no dia 16 de maio de 2016 por vários órgãos de comunicação social, relativas à alegada existência no Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E. (doravante CHBM) – estabelecimento inscrito no Sistema de Registos de Estabelecimentos Regulados (SRER) sob o n.º 19596 – de *“três casos de doentes oncológicos que não fizeram tratamentos coadjuvantes por perda da janela terapêutica útil”*.
2. Atendendo à necessidade de realização de uma investigação mais aprofundada dos factos alegados, o Conselho de Administração da ERS deliberou, por

despacho de 16 de maio de 2016, proceder à abertura do processo de inquérito registado sob o n.º ERS/028/2016.

I.2 Diligências

3. No âmbito das diligências instrutórias desenvolvidas pela ERS, foi efetuado:
- (i) Pesquisa no SRER da ERS relativa ao registo do CHBM;
 - (ii) Análise da comunicação da Ordem dos Médicos recepcionada em 16 de maio de 2016 relativa ao pedido de demissão do Diretor do Serviço de Oncologia do CHBM e à situação dos três utentes que esteve na origem das notícias veiculadas pela comunicação social;
 - (iii) Pedido de elementos dirigido ao CHBM por ofício de 16 de maio de 2016 e análise da resposta rececionada em 25 de maio de 2016;
 - (iv) Análise da reclamação da utente C.M., relativa igualmente a constrangimentos na disponibilização do resultado de um exame de anatomia patológica que determinou o diagnóstico de patologia do foro oncológico, datada de 24 de fevereiro de 2015, bem como da resposta elaborada pelo CHBM;
 - (v) Pedido de elementos adicional dirigido ao CHBM por ofício de 3 de agosto de 2016 relativo a esta última situação e análise da resposta rececionada em 1 de setembro de 2016;
 - (vi) Notificação da abertura de processo de inquérito à utente C. M., por ofício de 3 de agosto de 2016;
 - (vii) Pedido de emissão de parecer clínico e análise do respetivo relatório de apreciação clínica de 8 de Julho de 2016.

II. DOS FACTOS

II.1 Factos noticiados e comunicação da Ordem dos Médicos

4. De acordo com as notícias veiculadas no dia 16 de maio de 2016 por vários órgãos de comunicação social, *“três doentes oncológicos não fizeram quimioterapia*

depois das cirurgias porque o Hospital do Barreiro deixou ultrapassar o chamado tempo útil e depois disso o tratamento não tem eficácia”.

5. Também a Ordem dos Médicos, na comunicação rececionada pela ERS em 16 de maio de 2016, manifestou a sua preocupação com *“uma série de disfuncionalidades na organização e funcionamento da Oncologia da CHBM”*, na sequência do pedido de demissão do Diretor do Serviço e da situação dos três utentes que esteve na origem das notícias veiculadas pela comunicação social.
6. De acordo com a referida comunicação, o pedido de demissão do Director do Serviço de Oncologia do CHBM, dirigido ao Conselho de Administração em 15 de fevereiro de 2016, funda-se essencialmente na alegada impossibilidade de *“nas actuais circunstâncias, desenvolver a prática da Oncologia no Centro Hospitalar nas suas várias dimensões, quer organizativas quer no que respeita à qualidade clínica e formativa, acompanhando o estado da arte e em condições que lhe garantam a credibilidade e a idoneidade”*.
7. Afirmando ainda que *“a organização da prática da Oncologia na Instituição, há muito discutida e aparentemente consensualizada, está cada vez mais longe de ser aplicada, persistindo a inobservância de alguns preceitos e critérios básicos de boa prática oncológica”*;
8. E que está *“em causa a manutenção dos níveis mínimos de qualidade exigíveis”*, nomeadamente, *“cada vez mais utentes são tratados sem terem sido avaliados em sede de consulta de decisão terapêutica multidisciplinar”*.
9. Em conformidade com o que resulta também das notícias veiculadas pela comunicação social, a Ordem dos Médicos refere os casos concretos dos seguintes utentes M.O., A.L. e F.P.
10. Admitindo igualmente que a alegada desorganização do CHMB *“pode ter colocado em grave/irreversível risco a sobrevivência destes doentes, que serão apenas alguns entre outros”*.
11. No relatório da consulta externa da utente M.O. realizada em 19 de fevereiro de 2016 consta essencialmente a seguinte informação:

“Dte submetida a sigmoidectomia em 18/08/2015. (...)

Não apresentada em CDT em tempo útil.

Decisão Terapêutica: Doente com indicação para quimioterapia que não se realiza por se encontrar fora da janela terapêutica”.

12. No relatório da consulta externa do utente A.L. realizada em 19 de fevereiro de 2016 consta essencialmente a seguinte informação:

“Submetido a hemicolecomia esquerda em Novembro de 2015, enviado a unidade de oncologia para consulta de oncologia médica em Fevereiro de 2016. Inicialmente sem exame anátomo-patológico disponível, tendo ficado disponível entretanto – às 12 semanas. (...)

Motivos pelos quais o doente não iniciou terapêutica adjuvante por estar ultrapassado o período de janela terapêutica.

Decisão Terapêutica: Não iniciou terapêutica adjuvante por estar ultrapassado o período de janela terapêutica. Aguarda estadiamento para futura decisão terapêutica”.

13. No relatório da consulta externa do utente F.P. realizada em 19 de fevereiro de 2016 consta essencialmente a seguinte informação:

“Submetido a hemicolecomia direita a 23/10/2015. (...)

Não voltou a ser discutido em CDT, encaminhado para a consulta de oncologia em 27/01/2016.

Decisão Terapêutica: Indicação para quimioterapia adjuvante que não será feita por ter perdido a janela terapêutica útil”.

II.2 Pedido de elementos enviado ao CHBM

14. Atenta a necessidade de obtenção de informação mais completa sobre os factos em presença, foi enviado um pedido de elementos ao CHBM, nos seguintes termos:

“[...]”

- i. Explicação de forma fundamentada dos factos noticiados, acompanhada da indicação atualizada da situação clínica de cada um dos utentes em causa e do respetivo suporte documental;*

- ii. *Indicação do protocolo clínico vigente para cada um dos tratamentos coadjuvantes em causa, acompanhado do respetivo suporte documental;*
- iii. *Indicação dos procedimentos vigentes para referenciação/encaminhamento para a realização dos tratamentos coadjuvantes em causa, acompanhado do respetivo suporte documental;*
- iv. *Informação sobre a instauração de inquérito interno para apuramento dos factos ocorridos, e envio das conclusões alcançadas e disponíveis até ao momento, acompanhado do respetivo suporte documental;*
- v. *Envio de quaisquer outros elementos, documentos ou esclarecimentos adicionais tidos por relevantes para o completo esclarecimento da situação em apreço.”*

15. Em resposta ao referido pedido de elementos, o CHBM veio prestar os seguintes esclarecimentos:

“[...] O Conselho de Administração apenas tomou conhecimento da situação dos três utentes referidos quando, em 12 de maio de 2016, “foi contactado por uma jornalista da estação de televisão SIC e confrontado com uma notícia, que estaria em preparação para emissão no Jornal da Noite do dia seguinte.”

“Entretanto, após várias diligências internas e externas (...), solicitou-se a intervenção da Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS), com vista à realização de um inquérito que, além de prosseguir o objectivo de se esclarecer a ocorrência noticiada, pudesse apurar responsabilidades e identificar responsáveis pelos atos que têm vindo insistentemente a provocar uma anormal instabilidade, gerando desconfiança dos utentes relativamente à prestação de cuidados de saúde na especialidade de oncologia deste Centro Hospitalar”.

16. Juntou igualmente um conjunto relevante de documentos, entre os quais:

- Protocolo Clínico do Cancro do Cólon;
- Ordem de Serviço n.º 44/2010, de 26 de outubro;
- Regulamento Interno da Unidade de Gestão da Doença Oncológica, aprovado em 2 de outubro de 2012.

A. Protocolo Clínico do Cancro do Cólon

17. Da análise do Protocolo Clínico do Cancro do Cólon, cujo teor se dá por integralmente reproduzido, cumpre destacar:

“ [...] 3.1.3.1. *Tratamento adjuvante*

A realização de quimioterapia (QT) adjuvante depende do estadiamento.

Têm indicação para tratamento adjuvante os doentes em estadio III e os doentes em estadio II de alto risco. (...)

3.1.3.3. *“Timing” e duração*

O tratamento adjuvante deve ser iniciado da 3ª a 8ª-10ª semana após a cirurgia (atrasos superiores devem ser considerados individualmente).

A duração prevista de tratamento são 6 meses.”

B. Ordem de Serviço n.º 44/2010, de 26 de outubro

18. A Ordem de Serviço n.º 44/2010, de 26 de outubro, cujo teor se dá por integralmente reproduzido, criou a Unidade de Gestão da Doença Oncológica do CHBM que tem, entre outros, o seguinte objectivo:

“[...] Privilegiar o interesse do doente, a eficácia clínica e a resposta em tempo útil, de todo o processo que envolverá o doente oncológico desde o diagnóstico, à terapêutica e ao posterior seguimento, não esquecendo eventual apoio psicológico.

Os tempos concedidos à UGDO deverão variar em função das necessidades encontradas. O planeamento deverá ser feito com uma periodicidade no mínimo mensal com os Directores de Serviço /UF envolvidos. (...)

Os tempos máximos previstos para a realização das intervenções de diagnóstico e tratamento nos doentes oncológicos que recorram ao Hospital deverão ser:

(...)

4 semanas entre as várias modalidades de tratamento, se aplicável.”

C. Regulamento Interno da Unidade de Gestão da Doença Oncológica

19. Da análise do Regulamento Interno da Unidade de Gestão da Doença Oncológica, cujo teor se dá por integralmente reproduzido, cumpre destacar:

“[...] Artigo 5º - Visão

Assegurar que a prestação de cuidados aos doentes com patologia oncológica que recorram a esta Instituição se vai concretizar de acordo com os mais elevados padrões de qualidade aceites e definidos, nacional e internacionalmente, privilegiando sempre o interesse do doente através da garantia da eficácia clínica e da resposta global em tempo útil.

Artigo 6º - Missão

Garantir que a prática de Oncologia no Centro Hospitalar se rege pelos princípios de compreensividade, globalidade e coordenação, necessários para obter os melhores resultados possíveis, em termos de qualidade técnica e de utilização adequada de recursos e meios humanos, individualizando o seu percurso na Instituição.

Artigo 7º - Valores

A UGDO orienta as suas actividades pelos seguintes princípios:

- *Qualidade – A actividade baseia-se nas boas práticas definidas na literatura disponível e aceite pela Ordem dos Médicos e na experiência dos elementos que a constituem*
- *Responsabilidade – Todos são responsáveis pelo desenvolvimento do trabalho e pelos resultados finais obtidos*
- *Integração – Deve ser garantida uma integração dos cuidados prestados de forma a preservar a sua disponibilidade em tempo clinicamente aceitável e responder às necessidades dos doentes e famílias em todas as fases da doença (...)*
- *Compreensividade – Os doentes devem beneficiar de todos os cuidados de que necessitam sem quebras de continuidade, pelos quais são responsáveis os participantes na UGDO.”*

II.3 Reclamação da utente C. M. e esclarecimentos prestados pelo CHBM

20. Na pendência dos presentes autos, a ERS tomou ainda conhecimento da reclamação elaborada pela utente C.M. relativa igualmente a constrangimentos na disponibilização do resultado de um exame de anatomia patológica que determinou o diagnóstico de patologia do foro oncológico, afirmando nomeadamente que:

“[...] No passado dia 13 de Fevereiro de 2015, fui a uma consulta externa de ginecologia, na qual o médico à procura do resultado da minha citologia se deparou com o resultado de um “suposto” linfoma que me havia sido retirado da coxa direita em Julho de 2014 pela Dra. [A.S.] no Hospital do Montijo, a qual me deu alta hospitalar um mês depois em Agosto de 2014, visto estar tudo bem.

Afinal este suposto linfoma é um tumor maligno cujo resultado saiu em Outubro de 2014 e desde aí ficou esquecido no computador.”

21. Em resposta à referida reclamação, o CHBM veio afirmar que a operação da utente teve lugar no dia 22 de julho de 2014 e a consulta de acompanhamento no dia 20 de agosto de 2014, não estando nesta data “emitido o resultado do exame pela Anatomia Patológica, o qual ocorreu a 28/10/2014. O facto de a médica não ter tido conhecimento do resultado, impossibilitou o encaminhamento mais célere para o IPO.”

22. Em resposta ao pedido de elementos da ERS, o CHBM veio reiterar o anteriormente afirmado na sequência da reclamação da utente C. M., acrescentando ainda que:

“A actual responsável da Unidade de Oncologia e Coordenadora da Unidade Coordenadora da Doença Oncológica, com os restantes membros e em articulação com a informática, desenvolveram um sistema de alerta para identificação e monitorização do doente desde a suspeita diagnóstica/confirmação, timings terapêuticos e seguimento, podendo assim ser garantido o tempo útil do percurso do doente e corrigidos atempadamente eventuais desvios que possam estar a ocorrer.”

II.4 Relatório de apreciação clínica

23. Considerando a necessidade de carrear para os autos uma apreciação clínica da situação em presença, foi solicitado parecer técnico a perito médico da ERS, o

qual elaborou o relatório de apreciação clínica, junto aos autos e que aqui se dá por integralmente reproduzido, e do qual consta essencialmente o seguinte:

“Ausência de controlo do percurso dos doentes ao longo das várias fases de tratamento, uma vez que o Grupo Oncológico, após emissão de parecer técnico relativo ao tratamento dos doentes, deixa de monitorizar o percurso destes.

É evidente que os doentes foram prejudicados no tratamento de doença oncológica de que são portadores, bastando para o efeito a consulta do respetivo protocolo de atuação da Instituição nestas situações; a janela terapêutica foi largamente ultrapassada nas três situações descritas, uma vez que os doentes não foram presentes em reunião de Grupo Oncológico atempadamente.”.

24. O perito conclui o relatório de apreciação clínica com a sugestão de *“criação de um mecanismo de controlo interno na consulta de Grupo Oncológico, de modo a que, respeitando os tempos definidos no próprio Regulamento, sejam agendadas consultas de Grupo para os doentes ao fim do tempo expectável de término dos sucessivos tratamentos, bem como a responsabilização dos Diretores de Serviço na monitorização da evolução do tratamento dos doentes oncológicos.”.*

III. DO DIREITO

III.1. Das atribuições e competências da ERS

25. De acordo com o n.º 1 do artigo 5.º dos Estatutos da ERS, esta tem por missão *“a regulação da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde”.*
26. Ainda, de acordo com o disposto na alínea b) do n.º 2 do artigo 5.º dos seus Estatutos, as atribuições da ERS compreendem a supervisão da atividade e funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, nomeadamente 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”.*
27. Sendo que estão sujeitos à regulação da ERS, nos termos do n.º 2 do artigo 4.º dos seus 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.”;*

28. O que é o caso do prestador identificado nos presentes autos, que detém a qualidade de estabelecimento prestador de cuidados de saúde.
29. No que se refere ao objetivo regulatório previsto na alínea b) do artigo 10.º dos Estatutos da ERS, de assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, a alínea a) do artigo 12.º do mesmo diploma legislativo estabelece ser incumbência da ERS *“assegurar 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”*;
30. Acrescentando a alínea b) do mesmo artigo o dever de *“prevenir e punir as práticas de rejeição e discriminação infundadas de utentes nos serviços e estabelecimentos do 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”*;
31. O que pode fazer mediante o exercício dos seus poderes de supervisão consubstanciado no dever de *“zelar pela aplicação das leis e regulamentos e demais normas aplicáveis às atividades sujeitas à sua regulação, no âmbito das suas atribuições”*, bem como na 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. al. a) e b) do artigo 19.º dos Estatutos da ERS.
32. E, no que concretamente respeita à obrigação de assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, é certo que a violação do direito de acesso, como direito complexo, pode surgir sob diferentes formas, ou ser originada por diferentes causas.
33. Ora, no quadro das competências vindas de enunciar, a avaliação da ERS centra-se na análise da qualidade dos procedimentos empregues pelo prestador e na suscetibilidade dos mesmos constituírem mecanismo de garantia do cumprimento dos direitos e interesses legítimos dos utentes, em especial do direito de acesso aos cuidados de saúde adequados à sua situação clínica e em tempo útil.

III.2. Do enquadramento legal da prestação de cuidados

III.2.1. Do direito de acesso à prestação integrada de cuidados de saúde

34. O direito à proteção da saúde encontra-se consagrado no artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa (CRP), e 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.

35. Por sua vez, a Lei de Bases da Saúde (LBS), aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, em concretização da imposição constitucional contida no referido preceito, estabelece na sua Base XXIV como características do SNS:

“a) Ser universal quanto à população abrangida;

b) Prestar integralmente cuidados globais ou garantir a sua prestação;

c) Ser tendencialmente gratuito para os utentes, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos”.

36. O n.º 4 da Base I da LBS estabelece 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”*.

37. Ora, nos termos do n.º 2 da Base IV da mesma Lei, *“para efetivação do direito à proteção da saúde, o Estado atua através de serviços próprios, celebra acordos com entidades privadas para a prestação de cuidados e apoia e fiscaliza a restante atividade privada na área da saúde”*;

38. O CHBM integra o conjunto das *“instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde”*, isto é, pertence ao SNS, tal como definido pelo n.º 2 da Base XII da LBS, e cujo Estatuto foi aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro;

39. Estando assim subordinado aos princípios constitucionais, às regras e princípios estabelecidos na aludida LBS, no Estatuto do SNS e na Lei de Gestão Hospitalar (Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro).

40. Saliente-se, ademais, que o direito de acesso à prestação de cuidados de saúde deve ser avaliado, pelo menos, numa quádrupla perspetiva: qualitativa, temporal, geográfica e económica.
41. Sendo certo que uma tal configuração do direito de acesso vem, no fundo, concretizar o referido artigo 64.º da CRP, que lhe atribui como características fundamentais a universalidade, generalidade e gratuidade tendencial.
42. Assim, na vertente qualitativa, o acesso deve compreender os cuidados de saúde que, efetivamente, são necessários e adequados à satisfação das concretas necessidades dos utentes, mediante a prestação de serviços consentâneos com o estado da arte e da técnica.
43. E, relativamente à determinação do tipo de cuidados de saúde que devem ser abrangidos pelo SNS, impõe-se a garantia, com maior ou menor grau, de uma prestação integrada de cuidados globais de saúde aos seus beneficiários.
44. Já a vertente temporal surge associada à necessidade de obtenção de cuidados de saúde de forma não discriminatória e em tempo útil. Ou seja, importa garantir que os cuidados de saúde de que o utente necessita são prestados em tempo clinicamente aceitável e tendente à sua recuperação.

III.2.2. Dos direitos e interesses legítimos dos utentes

45. Atendendo à situação de vulnerabilidade que, regra geral, apresentam os utentes dos serviços de saúde que recorrem à prestação de cuidados de saúde, torna-se ainda mais premente a necessidade de os cuidados de saúde serem prestados pelos meios adequados, com prontidão, humanidade, correção técnica e respeito.
46. Sempre e em qualquer situação, toda a pessoa tem o direito a ser respeitada na sua dignidade, sobretudo quando está inferiorizada, fragilizada ou perturbada pela doença.
47. A este respeito, encontra-se reconhecido na alínea c) da Base XIV da LBS, o direito dos utentes a serem “*tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correção técnica, privacidade e respeito*”.
48. Norma que é concretizada no artigo 4.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, alterada pelo Decreto-Lei n.º 44/2017, de 20 de abril, segundo o qual “*o utente dos serviços de saúde tem direito 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).

49. Tendo o utente “*direito à prestação dos cuidados de saúde mais adequados e tecnicamente mais corretos*” (n.º 2).
50. Estipulando ainda que “*os cuidados de saúde devem ser prestados humanamente e com respeito pelo utente*” (n.º 3).
51. Quanto ao direito do utente ser tratado com prontidão, o mesmo encontra-se diretamente relacionado com o respeito pelo tempo do paciente, previsto no ponto 7 da “Carta Europeia dos Direitos dos Utentes”, segundo o qual deve ser garantido o direito do utente a receber o tratamento necessário dentro de um rápido e predeterminado período de tempo, em todas as fases do tratamento.
52. Aliás, o Comité Económico e Social Europeu (CESE), no seu Parecer sobre “Os direitos do paciente”, refere que o “*reconhecimento do tempo dedicado à consulta, à escuta da pessoa e à explicação do diagnóstico e do tratamento, tanto no quadro da medicina praticada fora como dentro dos hospitais, faz parte do respeito das pessoas [sendo que esse] investimento em tempo permite reforçar a aliança terapêutica e ganhar tempo para outros fins [até porque] prestar cuidados também é dedicar tempo*”.
53. Quando o legislador refere que os utentes têm o direito de ser tratados pelos meios adequados e com correção técnica, está a referir-se à utilização, pelos prestadores de cuidados de saúde, dos tratamentos e tecnologias tecnicamente mais corretas e que melhor se adequam à necessidade concreta de cada utente.
54. Ou seja, deve ser reconhecido ao utente o direito a ser diagnosticado e tratado à luz das técnicas mais atualizadas, e cuja efetividade se encontre cientificamente comprovada, tendo sempre como limite os recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis – cfr. n.º 2 da Base I da LBS.
55. Por outro lado, quando, na alínea c) da Base XIV da LBS, se afirma que os utentes devem ser tratados humanamente e com respeito, tal imposição decorre diretamente do dever de os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde atenderem e tratarem os seus utentes em respeito pela dignidade humana, como direito e princípio estruturante da República Portuguesa.

III.3. Dos tempos máximos de resposta garantidos

56. O direito do utente ser tratado com prontidão encontra-se diretamente relacionado com o respeito pelo tempo do paciente, segundo o qual deverá ser garantido o direito do utente a receber o tratamento necessário dentro de um rápido e predeterminado período de tempo em todas as fases do tratamento.
57. Neste contexto, o artigo 25.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, alterada pelo Decreto-Lei n.º 44/2017, de 20 de abril, prevê que *“a Carta dos Direitos de Acesso visa garantir a prestação dos cuidados de saúde pelo SNS e pelas entidades convencionadas em tempo considerado clinicamente aceitável para a condição de saúde de cada utente do SNS”* (n.º 1).
58. E que *“a Carta dos Direitos de Acesso define: a) Os tempos máximos de resposta garantidos; b) O direito do utente à informação sobre esses tempos”* (n.º 2).
59. Ora, a definição dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos para prestações de saúde sem carácter de urgência (TMRG) e a Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS resultam atualmente da Portaria n.º 87/2015, de 23 de março.
60. Assim, nos termos do ponto 3.6 do Anexo I daquele diploma, *“as modalidades de tratamento não cirúrgico da doença oncológica deverão observar os tempos de resposta considerados clinicamente adequados, de acordo com o estado da arte, não ultrapassando o início do tratamento os 45 dias seguidos após a indicação terapêutica, exceto por razões clínicas devidamente fundamentadas”*.
61. De acordo com a Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS, são reconhecidos sobretudo os seguintes direitos:
- “1) À prestação de cuidados em tempo considerado clinicamente aceitável para a sua condição de saúde;*
- 2) Ao registo imediato em sistema de informação do seu pedido de consulta, exame médico ou tratamento e a posterior agendamento da prestação de cuidados de acordo com a prioridade da sua situação;*
- 3) Ao cumprimento dos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) definidos anualmente por portaria do Ministério da Saúde para todo o tipo de prestação de cuidados sem carácter de urgência;*
- 4) A reclamar para a Entidade Reguladora da Saúde caso os TMRG não sejam cumpridos.”*

62. E, em matéria de informação, sobretudo o direito a *“ser informado pela instituição prestadora de cuidados quando esta não tenha capacidade para dar resposta dentro do TMRG aplicável à sua situação clínica e de que lhe é assegurado serviço alternativo de qualidade comparável e no prazo adequado, através da referência para outra entidade do SNS ou para uma entidade do sector privado convencionado”*.

III.4. Análise da situação concreta

63. Analisados os factos apurados no decurso dos presentes autos, constata-se que está em causa a necessidade de garantir que os cuidados de saúde são prestados em tempo clinicamente aceitável.

64. Nas averiguações realizadas, confirmou-se corresponderem à verdade as notícias veiculadas por vários órgãos de comunicação social, no sentido de existirem no CHBM *“três casos de doentes oncológicos que não fizeram tratamentos coadjuvantes por perda da janela terapêutica útil”*.

65. De facto, dos relatórios das consultas externas dos utentes M.O., A.L. e F.P., realizadas em 19 de fevereiro de 2016, consta a indicação *“Decisão Terapêutica: Doente com indicação para quimioterapia que não se realiza por se encontrar fora da janela terapêutica”*.

66. Para efeitos da determinação do tempo clinicamente aceitável para a prestação de cuidados de saúde, o Protocolo Clínico do Cancro do Cólon adotado pelo próprio CHBM estabelece que *“o tratamento adjuvante deve ser iniciado da 3ª a 8ª-10ª semana após a cirurgia (atrasos superiores deve ser considerados individualmente).”*

67. E a Ordem de Serviço n.º 44/2010, de 26 de outubro, também do próprio CHBM, que face à necessidade de *“privilegiar o interesse do doente, a eficácia clínica e a resposta em tempo útil”*, o tempo máximo para uma intervenção nos doentes oncológicos não deve exceder *“4 semanas entre as várias modalidades de tratamento, se aplicável.”*

68. Também o Regulamento Interno da Unidade de Gestão da Doença Oncológica reitera a necessidade de privilegiar *“o interesse do doente através da garantia da eficácia clínica e da resposta global em tempo útil”*, bem como os princípios fundamentais da integração, que define como a *“integração dos cuidados*

prestados de forma a preservar a sua disponibilidade em tempo clinicamente aceitável e responder às necessidades dos doentes e famílias em todas as fases da doença” e da compreensividade, segundo o qual “os doentes devem beneficiar de todos os cuidados de que necessitam sem quebras de continuidade, pelos quais são responsáveis os participantes na UGDO.”

69. Assim resultando que, ao realizar a consulta de decisão terapêutica multidisciplinar, em todos os casos referidos, mais de três meses após a cirurgia, o CHBM não garantiu a implementação dos procedimentos existentes, tendentes à garantia da prestação dos cuidados de saúde subsequentes em tempo útil;
70. O que resulta também da situação da utente C. M. relativa à disponibilização do resultado de um exame de anatomia patológica que determinou o diagnóstico de patologia do foro oncológico.
71. Em que mais uma vez se constata a existência de entropias no direito de acesso à prestação integrada de cuidados de saúde, sobretudo na vertente temporal, tal como enunciado na alínea c) da Base XIV da LBS e no artigo 4.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, como concretização do artigo 64.º da CRP.
72. As situações concretamente apreciadas são tanto mais graves quanto não chegou a existir a indicação terapêutica que determina a aplicação do prazo previsto no ponto 3.6 do Anexo I da Portaria n.º 87/2015, de 23 de março.
73. No entanto, ainda para os efeitos daquela norma, não pode deixar de censurar-se a inobservância dos *“tempos de resposta considerados clinicamente adequados, de acordo com o estado da arte”*, como resulta, desde logo, dos documentos internos enviados pelo CHBM à ERS, nomeadamente, o Protocolo Clínico do Cancro do Cólon, a Ordem de Serviço n.º 44/2010, de 26 de outubro e o Regulamento Interno da Unidade de Gestão da Doença Oncológica.
74. Acresce que para garantir que os cuidados de saúde são prestados em tempo clinicamente aceitável, a Unidade de Gestão da Doença Oncológica tinha já desenvolvido *“sistema de alerta para identificação e monitorização do doente desde a suspeita diagnóstica/confirmação, timings terapêuticos e seguimento, podendo assim ser garantido o tempo útil do percurso do doente e corrigidos atempadamente eventuais desvios que possam estar a ocorrer.”*
75. No mesmo sentido, o relatório de apreciação clínica emitido pelo perito clínico consultado pela ERS concluir pela necessidade de *“criação de um mecanismo de controlo interno na consulta de Grupo Oncológico, de modo a que, respeitando os*

tempos definidos no próprio Regulamento, sejam agendadas consultas de Grupo para os doentes ao fim do tempo expectável de término dos sucessivos tratamentos.”

76. Pelo que importa garantir a efetiva implementação na Unidade de Gestão da Doença Oncológica de um sistema de alerta para identificação e monitorização dos utentes em todas as fases de tratamento.
77. Tudo visto e ponderado considera-se necessária a adoção da atuação regulatória *infra* delineada, tendo por base a garantia de acesso à prestação de cuidados de saúde adequados à situação clínica de cada utente e em tempo clinicamente aceitável.

IV. AUDIÊNCIA DOS INTERESSADOS

78. 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 sido chamados a pronunciar-se, relativamente ao projeto de deliberação da ERS, o Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E. e a reclamante C.M..
79. Por ofício recebido em 18 de maio de 2017, o CHBM afirmou nada ter a opor ao projeto de deliberação, *“reiterando a sua preocupação na permanente melhoria dos cuidados de saúde que presta aos utentes da sua área de residência”* e comprometendo-se a dar *“cumprimento imediato à deliberação final”* da ERS.
80. Deu igualmente cumprimento imediato ao ponto iv) do projeto de deliberação, nos termos do qual deveria *“informar a ERS da situação clínica atualizada dos utentes M.O., A.L., F.P. e C.M., designadamente dos cuidados concretamente prestados e da solução clínica alcançada”*.
81. Assim, informou que *“[...] os doentes em causa não viram a sua situação clínica agravada pela não realização dos tratamentos de quimioterapia adjuvante.*
Com efeito, relativamente à utente M.O. encontrava-se, na última consulta, sem evidência de recidiva tumoral, estando a próxima consulta marcada para junho de 2017.
No tocante ao utente A.L. encontrava-se também em remissão clínica da sua patologia oncológica, tendo a próxima consulta sido agendada para julho de 2017.

O doente F.P. encontrava-se na última consulta também em remissão clínica, tendo marcada a próxima consulta para maio de 2017.

A utente C.M. não é seguida em Oncologia; após obtenção de diagnóstico de doença maligna, foi marcada consulta de cirurgia plástica à qual a doente não compareceu; contudo, é seguida em consulta de outras especialidades, nomeadamente de ginecologia, neste Centro Hospitalar, onde foi observada este ano; deduz-se que a utente seja seguida no IPOFG [...].”.

82. Por mensagem de correio eletrónico de 4 de maio de 2017, a reclamante C.M. solicitou apenas alguns esclarecimentos sobre o conteúdo do projeto de deliberação da ERS.
83. Assim, não resultaram em sede de audiência dos interessados quaisquer factos capazes de infirmar ou alterar o sentido do projeto de deliberação da ERS, que se mantém na íntegra, com exceção do ponto iv) ao qual foi já dado cumprimento.

V. DECISÃO

84. O Conselho de Administração da ERS delibera, nos termos e para os efeitos do preceituado na alínea a) do artigo 24.º e das alíneas a) e b) do artigo 19.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, emitir uma instrução ao Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E. no sentido de:

- (i) Garantir, de forma permanente, efetiva e em tempo útil, o acesso aos cuidados de saúde que se apresentem como necessários e adequados à satisfação das necessidades dos utentes, bem como o respeito dos direitos e interesses legítimos dos utentes, nomeadamente o direito aos cuidados adequados e tecnicamente mais corretos, os quais devem ser prestados humanamente, com prontidão e respeito pelo utente, em conformidade com o estabelecido no artigo 4º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março;
- (ii) Assegurar, de forma permanente e efetiva, a adoção dos comportamentos tendentes ao rigoroso cumprimento de todas as regras estabelecidas no quadro legal relativo aos Tempos Máximos de Resposta Garantidos, bem como nos procedimentos por si adotados, designadamente o Protocolo Clínico do Cancro do Cólon, a Ordem de Serviço n.º 44/2010, de 26 de outubro e o Regulamento Interno da Unidade de Gestão da Doença Oncológica;

- (iii) Garantir a efetiva implementação na Unidade de Gestão da Doença Oncológica de um sistema de alerta para identificação e monitorização dos utentes em todas as fases de tratamento;
- (iv) 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 o efeito.

85. A instrução ora emitida constitui decisão da ERS, sendo que a alínea b) do n.º 1 do artigo 61.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, configura como contraordenação punível, *in casu* com coima de 1000,00 € a 44 891,81 €, “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 14º, 16º, 17º, 19º, 20º, 22º e 23º”.

86. A presente deliberação será levada ao conhecimento da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. e Ordem dos Médicos.

Porto, 22 de junho de 2017.

O Conselho de Administração.