

**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/45/2017;

## **I. DO PROCESSO**

### **I.1. Origem do processo**

1. A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) tomou conhecimento, em 27 de setembro de 2016, da exposição subscrita por P. C., referindo constrangimentos no agendamento de tratamentos de Medicina Física e Reabilitação, nomeadamente, por dificuldades na obtenção de credencial junto da USF Famílias de Lourosa.
2. A referida exposição foi inicialmente tratada em sede do processo de reclamação n.º REC/50353/2016, termos em que, para uma análise preliminar da mesma, em 30 de

março de 2017, foi aberto o processo de avaliação registado sob o número AV/026/2017, no qual foram realizadas diversas diligências instrutórias.

3. Após o que, face à necessidade de uma intervenção regulatória acrescida, e ao abrigo das atribuições e competências da ERS, o respetivo Conselho de Administração determinou, por despacho de 2 de agosto de 2017, a abertura do processo de inquérito em curso.

## **I.2 Diligências**

4. 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 relativa ao registo dos prestadores, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia-Espinho, E.P.E., entidade inscrita no SRER da ERS sob o n.º 19965, e USF Famílias, entidade inscrita sob o número 130466;
  - (ii) Notificação de abertura do processo de inquérito ao reclamante em 29 de agosto de 2017;
  - (iii) Notificação de abertura do processo de inquérito e pedidos de elementos ao Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia-Espinho, E.P.E., em 29 de agosto de 2017 e análise da respetiva resposta rececionada em 18 de setembro de 2017;
  - (iv) Notificação de abertura do processo de inquérito e pedidos de elementos à USF Famílias, em 29 de agosto de 2017 e análise da respetiva resposta rececionada em 25 de setembro de 2017;
  - (v) Notificação de abertura do processo de inquérito e pedidos de elementos à ARS Norte, em 29 de agosto de 2017 e análise da respetiva resposta rececionada em 3 de outubro de 2017;
  - (vi) Contacto telefónico junto do reclamante em 5 de abril de 2018 para apuramento da sua situação clínica atualizada (conforme Memorando Telefónico junto aos autos).

## II. DOS FACTOS

### II.1. Da reclamação da utente

5. Da exposição, inicialmente apresentada pelo utente, consta o seguinte:

“[...]”

*a questão é que sofri um acidente, tive que ser assistido no Hospital Santos Silva em Vila Nova de Gaia e fui engessado. Retirei o gesso mais ou menos um mês após e iniciei os tratamentos de fisioterapia no mesmo Hospital de 9-5-16 a 6-7-16. Após este período entregaram-me uma carta para eu entregar ao médico de família (carta em anexo) para serem continuados os tratamentos em clínica convencionada. Fui ao dito USF Lourosa, fui atendido pela Dr.<sup>a</sup> T., que após lhe entregar a carta me disse simplesmente que não passaria qualquer tipo de credencial ou P1, sem saber a razão pela qual o Hospital Santos Silva não continuava a fazer-me os tratamentos, saliento para o facto de a médica não ter pedido sequer para ver o meu pé, que se encontra extremamente inchado impossibilitando-me de calçar sapato.*

*Voltei ao Hospital Santos Silva, pedi para falar com a Dr.<sup>a</sup> F. que foi a Médica que acompanhou o meu processo, expliquei-lhe a situação que ela achou de todo anormal pois disse-me que a Dr.<sup>a</sup> T. deveria ter conhecimento dos procedimentos Hospitalares, mas acedeu em me passar nova carta (carta em anexo) a esclarecer a Médica do Centro de Saúde do Procedimento do Hospital.*

*Desloquei-me mais uma vez ao USF Lourosa e novamente fui atendido pela Dr.<sup>a</sup> T., onde lhe entreguei a carta de acordo com o que esta tinha solicitado, a Dr.<sup>a</sup> leu a carta, olhou para mim, sorriu ironicamente e disse-me que ainda não era desta que me iria passar o P1, pois agora alegou que precisava de saber que tipo de tratamentos seriam necessários. Fiquei boquiaberto com a situação, e não queria acreditar no que me estava a acontecer, fui de imediato ao Hospital pois o meu pé não parava de piorar e falei mais uma vez com a Dr.<sup>a</sup> F., que também não queria acreditar no que estava a ouvir. Disse-me que não passaria mais qualquer tipo de carta até porque teria de ser na consulta de Fisioterapia que eu iria ser avaliado para me ser dado o tipo de tratamento adequado ao meu problema. A Dr.<sup>a</sup> achou tudo isto ridículo e "muito estranho".*

*Ainda tentei uma terceira vez e fui ao USF de Lourosa, desta vez fui atendido pelo Dr.<sup>o</sup> J., apresentei-lhe as cartas que tinha do Hospital, não mencionando as anteriores consultas que tinha tido com a Dr.<sup>a</sup> T., mas ele depois de olhar para o monitor logo perguntou se já não tinha falado com a Dr.<sup>a</sup> T. acerca deste assunto. Respondi-lhe que*

*sim, mas que não podia continuar assim, alguém tinha de resolver o meu problema, era a minha saúde que estava em risco. Pedi para aguardar e saiu da sala, voltou uns minutos após com a mesma resposta, não passaria o P1, a única solução que tinha era agendar uma consulta em Ortopedia no Hospital São Sebastião em Santa Maria da Feira, mas que não sabia qual o tempo de espera para a dita consulta. Tinha já me informado e foi-me dito que esta consulta poderia demorar até 4 meses. O Dr.º J.perguntou se eu queria então avançar com a marcação da consulta, ao qual eu respondi que essa não era solução para o meu problema, ao que ele respondeu que era a única que tinha. Pedi para falar com o Dr. N., que é o meu Médico de Família, sendo que a Dr.ª T.e o Dr.º J.são seus assistentes, e este respondeu-me que tinha acabado de o fazer pelo que eu iria obter a mesma resposta. Perguntou novamente se queria agendar a consulta de Ortopedia e eu disse que não, não poderia estar tanto tempo á espera. Tenho 50 anos, peso 115 Kg o que agrava a minha situação. Peço assim que alguém avalie rapidamente o meu problema, pois a mobilidade é imprescindível no meu trabalho, visto que sou comercial, e estou praticamente sem rendimentos desde o acidente, ou seja desde 8-3-16, e estou sem fazer qualquer tipo de tratamento, tratamentos a que direito, desde 6-7-16.*

*[...]*

6. Numa primeira resposta à ERS, de 20 de outubro de 2016, a USF Lourosa prestou os seguintes esclarecimentos:

*[...]*

- 1. O Sr. P.C. é utente da USF Famílias inscrito na lista de famílias do Dr N.;*
- 2. Procurou a nossa consulta no dia 12/7/2016, sendo portador de carta de alta do Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia-Espinho e solicitando a emissão de credencial para realização de tratamentos daquela especialidade em clínica convencionada local;*
- 3. De acordo com os procedimentos em uso nesta USF e decorrentes das orientações da ARS Norte, o doente foi informado que o seu pedido só poderia ser satisfeito, caso estivesse esgotada a capacidade de resposta dos serviços integrados na rede de cuidados do SNS, expressa em documento e com indicação do plano terapêutico a executar;*
- 4. Dado que o documento de que era portador, carta de alta do Serviço de Medicina Física e Reabilitação do CHVNG-E, era omissivo quer na identificação do problema quer no plano terapêutico proposto, foi proposto a referenciação do doente ao Serviço de*

*MFR do Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, unidade hospitalar de referência para a USF Famílias, onde seria avaliado e elaborado plano terapêutico necessário;*

*5. O doente recusou a referenciação referindo que procuraria novamente o serviço de onde tivera alta para lhe ser fornecida a informação em falta;*

*6. Regressou a esta USF em 15/7/2016 agora com nova carta do médico responsável pelo seu seguimento que solicitava o encaminhamento do doente para uma "clínica convencionada do local de residência" para continuação de tratamentos mas, mais uma vez, sem explicitar o problema em causa e sem propor qualquer tipo de plano terapêutico;*

*7. Assim foi proposto ao doente novamente a referenciação ao Serviço de MFR do CHEDV, que mais uma vez foi recusado;*

*8. Já no dia 12/9/2016 em consulta na USF Famílias voltou a solicitar o seu encaminhamento para uma clínica local de MFR para continuar os seus tratamentos, tendo sido mais uma vez informado de que tal não seria possível dado que não éramos possuidores da informação necessária para tal e mais uma vez foi proposto ao doente a sua referenciação ao hospital local (CHEDV) que mais uma vez recusou;*

*9. Esta situação, muito constrangedora para os nossos profissionais, não só devido ao comportamento muito agressivo do doente, que sendo inaceitável é compreensível, mas sobretudo devido ao comportamento do Serviço de Medicina Física e Reabilitação do CHVNG-E, levanta-nos algumas questões que nos causam alguma perplexidade:*

*a. Segundo os dados da PDS o doente é seguido no CHVNG-E desde 18/3/2016, altura em que fruto de um acidente de trabalho foi socorrido por fractura do tornozelo esquerdo, e seguido em MFR desde 20/4/2016 para a sua recuperação;*

*b. Tem alta (!?) daquele Serviço em 6/7/2016, aparentemente sem que se tenha completado o seu processo de recuperação e necessitando de continuar tratamento...(!?);*

*c. Estranhamente, e tratando-se de um acidente de trabalho, é remetido ao Médico de Família para continuar esse tratamento, e não à entidade responsável pelo acidente;*

*d. Não existe nota de qualquer complicação do tratamento que pudesse ser responsável pelo arrastamento da sua situação e que justifique a continuação do tratamento, nem foi alguma vez solicitada a sua reavaliação pelo Serviço de Ortopedia, responsável pela referenciação à Medicina Física e Reabilitação;*

e. Não é referido nunca nos documentos registados na PDS qualquer plano de intervenção terapêutica referindo objectivos, técnicas ou duração do tratamento a efectuar na clínica convencionada;

f. Nunca foi dada qualquer razão para a interrupção do tratamento em consulta hospitalar ou de qual o benefício a tirar de um tratamento em clínica convencionada;

10. Lamentavelmente, este tipo de situação é por de mais frequente na articulação entre os serviços hospitalares de MFR e as unidades funcionais de CSP que se vêem frequentemente confrontados com **este tipo de situações em que os nossos doentes são encaminhados para as muitas clínicas convencionadas existentes no mercado, em que os serviços prestados normalmente são assegurados pelos mesmos que, nas instituições do SNS, estão quase sempre assoberbados de trabalho e em que os quadros clínicos dos doentes aí tratados "preferem ou beneficiam da continuação do tratamento em clínica convencionada da área..."**

11. Possa esta reclamação contribuir para a resolução definitiva deste problema, até porque a USF Famílias limitou-se a cumprir as normas da ARS Norte a que está sujeita, e procurou sempre ajudar o doente a resolver o seu problema de saúde, quer referenciando-o à consulta de MFR ou mesmo à de Ortopedia caso o doente o pretendesse atendendo à persistência do seu problema; infelizmente tudo recusou já que apenas pretendia continuar o seu tratamento numa "clínica onde fosse melhor atendido.

[...]"

7. Nessa sequência, foi remetido ao Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNG/E), em 27 de abril de 2017, o seguinte pedido de elementos:

"[...]

1. Se pronunciem sobre o conteúdo da referida exposição e forneçam esclarecimentos adicionais que entendam relevantes sobre a situação do utente;

2. Indicação dos motivos para, em todas as cartas emitidas pelo V/ Centro Hospitalar e apresentadas pelo utente, as mesmas carecerem da identificação do problema e do plano terapêutico proposto, conforme alegou a USF de Lourosa;

3. Envio de cópia de todas as cartas emitidas ao utente acima referidas;

4. Se pronunciem e justifiquem, detalhadamente, o facto de, segundo a USF de Lourosa, as cartas emitidas pelo V/ Centro Hospitalar ao utente indicarem a necessidade de continuação de tratamentos em prestador convencionado, e não em unidade hospitalar integrada na rede do SNS;

5. *Informem ponto de situação atual, nomeadamente, se o utente já teve acesso aos tratamentos necessários, em que data e em que prestador;*
6. *Quaisquer outros esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes para a análise do caso concreto.*
- [...].
8. Por resposta rececionada em 15 de maio de 2017, o CHVNG/E prestou os seguintes esclarecimentos:
- “[...]
- Na impossibilidade deste Centro Hospitalar garantir a toda a população que serve a totalidade dos tratamentos de fisioterapia, situação que muitas vezes corresponde aos anseios dos utentes que gastam em transportes para a Unidade I do CHVNG/E quantias muito consideráveis, foi decidido que este Centro Hospitalar garantiria o tratamento dos utentes na fase inicial, sendo a continuação através da Medicina Geral e Familiar, que receberiam com toda a informação clínica necessária como aconteceu com o Sr. P.de acordo com os documentos que seguem anexados.*
- Com raras exceções, esta decisão de bom senso tem sido bem recebida o que permite que os doentes iniciem tratamento neste serviço com precocidade, já que a lista de espera seria muito superior e inaceitável se todos os doentes completassem a totalidade dos tratamentos necessários no serviço, que não tem nem nunca teve grande capacidade de resposta para população que o Centro Hospitalar tem que servir, e que foi recentemente agravada pela inexistência das “áreas hospitalares”.*
- [...].
9. Em anexo, o prestador juntou dois relatórios médicos de consulta emitidos ao utente para entrega no centro de saúde.
10. Do primeiro, de 17 de julho de 2016, consta o seguinte:
- “[...]
- O utente acima identificado foi observado pela primeira vez na CE de M. F. Reabilitação no CHVNGaia/Espinho a 20-4-16 [...].*
- Realizou programa de reabilitação de 9-5-16 a 6-7-16.*
- Dada a impossibilidade deste Centro Hospitalar assegurar a continuidade do tratamento a todos os doentes, agradecia orientação para continuação do tratamento em clínica convencionada na área de residência.*

[...].”

11. No segundo, de 8 de agosto de 2016, lê-se o que seguidamente se transcreve:

“[...]

*O doente acima identificado foi observado na Consulta de Medicina Física e de Reabilitação deste Hospital, no dia 20-4-16.*

*Tem realizado tratamento no Serviço de Medicina Física e de Reabilitação deste CHVNGaia/Espinho com alguma melhoria, mas ainda beneficia com a continuação do tratamento fisiátrico, pelo que agradeço orientação para clínica convencionada na área de residência.*

12. Já na pendência dos autos do presente processo de inquérito, foi remetido, em 29 de agosto de 2017, um pedido de elementos do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho:

“[...]

- 1. Indicação dos motivos para, em todas as cartas emitidas pelo V/ Centro Hospitalar e apresentadas pelo utente, as mesmas carecerem da identificação do problema e do plano terapêutico proposto, conforme alegou a USF de Lourosa;*
- 2. Envio de cópia de todas as cartas emitidas ao utente acima referidas;*
- 3. Se pronunciem e justifiquem, detalhadamente, o facto de, segundo a USF de Lourosa, as cartas emitidas pelo V/ Centro Hospitalar ao utente indicarem a necessidade de continuação de tratamentos num concreto prestador convencionado, e não em unidade hospitalar integrada na rede do SNS;*
- 4. Informem, no caso concreto do utente, qual ou quais o(s) prestador(es) convencionado(s) indicado(s) nas cartas emitidas pelo V/ Centro Hospitalar;*
- 5. Informem ponto de situação atual do utente, nomeadamente, se o mesmo já teve acesso aos tratamentos necessários, em que data e em que prestador.*

[...].”

13. Por resposta rececionada em 18 de setembro de 2018, o CHVNGE prestou as seguintes informações:

“[...]

*Ponto 1 e 3 - Relativamente ao pedido para indicar os motivos pelos quais as cartas emitidas pelo CHVNGE carecem da identificação do problema e do plano terapêutico*

*proposto, cumpre-nos esclarecer que nas "cartas emitidas" é referido o diagnóstico e o plano terapêutico proposto.*

*- O doente P. foi observado no SU do CHVNGE no dia 11/3/2016 por fratura do maléolo peroneal do tornozelo esquerdo, tratada por imobilização com bota gessada durante 5 semanas.*

*- Decorridas 5 semanas, o doente foi observado na consulta de ortopedia em 12/4/2016, cujo controlo radiográfico evidenciava fratura em consolidação, não referia queixas não tinha dor no foco, tolerava carga e apresentava discreta rigidez da articulação tibiotársica esquerda. Tendo tido alta da consulta de Ortopedia nessa data. cfr. registos clínicos disponíveis informaticamente acessíveis na rede do SNS - S-Clínico. (Doe. n.º 1)*

*- Foi solicitada, pela Consulta de Ortopedia, a colaboração do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação.*

*- Aquando da consulta de Medicina Física e de Reabilitação, no dia 20/04/2016, o doente apresentava-se a fazer marcha com 1 canadiana, com edema do tornozelo e pé esquerdo e défice articular do tornozelo esquerdo, pelo que foram prescritos e efetuados tratamentos de fisioterapia neste Centro Hospitalar (Doc. n.º 1).*

*- Como tinha a indicação para a realização de tratamentos subsequentes de fisioterapia foi enviada toda a informação clínica ao Exmo. Colega de Medicina Geral e Familiar, considerada necessária para tratamento.*

*- Informação, essa, que o colega da USF poderia aceder informaticamente, bem como a todos os exames realizados, desde a entrada do utente no Serviço de Urgência até à consulta.*

*Ponto 2 - Reenvia-se cópia das cartas emitidas ao utente (Doe. n.º 2 e 3);*

*Ponto 4 - Conforme é possível constatar nos relatórios anexos (cartas emitidas do CHVNGE), estão relatados os problemas e os planos terapêuticos efetuados, sugerindo ao Exmo. Colega Medicina Geral e Familiar da USF, que o doente poderia continuar tratamentos no âmbito da fisioterapia em clinica convencionada da área do domicílio, ficando a escolha da entidade prestadora dos tratamentos de fisioterapia ao critério do colega e do doente.*

*- Podendo, eventualmente, ser enviado para uma unidade hospitalar integrada da rede do SNS, caso o colega e o doente entendessem ser essa a melhor opção.*

*- Nos referidos relatórios o CHVNGE não indicou qualquer prestador (es) convencionado (s), deixando essa escolha ao critério do doente e do colega da USF.*

- Aliás, o CHVNGE agiu de acordo com orientações emanadas pela ARS Norte, conforme se alcança através do ofício numerado sob o Doe. n.º 4.

*Ponto 5 - Relativamente ao ponto de situação atual, nomeadamente, se o utente já teve acesso aos tratamentos necessários, em que data e em que prestador, o CHVNGE desconhece qual foi encaminhamento posterior desta situação clínica e da decisão tomada, na medida em que o Colega da USF não contactou o nosso Serviço de Medicina Física e de Reabilitação, nem efetuou nenhum outro pedido de colaboração para o doente. Deste modo pretendemos ver esclarecidas as questões suscitadas, ficando este CHVNGE disponível para qualquer outro esclarecimento adicional pretendido.*

[...].

14. Também em 29 de agosto de 2017 foi remetido um pedido de elementos à USF Famílias de Lourosa com as seguintes questões:

“[...]

- 1. Informem ponto de situação atual do utente, nomeadamente, se o mesmo já teve acesso aos tratamentos necessários, em que data e em que prestador.*
- 2. Concretização sobre qual o prestador convencionado concreto para a qual era solicitada a emissão de credencial e indicação de demais casos semelhantes de eventual “reencaminhamento”;*
- 3. Cópia das diretrizes da ARS Norte seguidas pela USF e referidas no vosso ofício remetido à ERS;*
- 4. Indicação das medidas adotadas pela USF Famílias no sentido de se articular com o CHVNGE em ordem à resolução desta e outras situações semelhantes;*
- 5. Quaisquer outros esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes para a análise do caso concreto.*

[...].

15. Em resposta de 25 de setembro de 2017, a USF Famílias informou a ERS do seguinte:

“[...]

- 1. O Sr. P., já não faz parte da lista de utentes da USF Famílias desde 21/11/2016, data em que se inscreveu na lista de utentes da UCSP da Afurada, em Vila Nova de Gaia, pertencente ao ACES de Gaia.*
- 2. A última consulta realizada na USF Famílias data de 12/9/2016, onde solicitava a emissão de credencial/prescrição de tratamentos de Medicina Física e Reabilitação a*

*realizar em clínica convencionada para recuperação de traumatismo da perna esquerda ocorrido em Março daquele ano e tratado até à data no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia-Espinho.*

*3. Uma vez que não era portador de carta ou nota de alta com a informação clínica necessária e imprescindível que permitisse a avaliação da sua situação, foi-lhe proposto a sua referência à Consulta Externa de Medicina Física e Reabilitação do Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga/CHEDV (unidade hospitalar de referência para a USF Famílias) de forma a avaliar a sua situação clínica e ser elaborado um plano terapêutico adequado ao seu caso; em alternativa foi-lhe solicitado que trouxesse relatório clínico do CHVNG-E com aqueles elementos.*

*4. A situação em apreço configura um problema de articulação entre serviços e sobretudo entre níveis de cuidados, que se pode considerar crónico e recorrente e com o qual a USF família se vem debatendo há anos; e há anos que a USF Famílias, dentro do ACES a que pertence, vem insistindo, nas reuniões de serviço, em exposições ao seu Conselho Clínico e da Saúde e nos contactos com o Gabinete do Cidadão pelos esclarecimentos prestados a reclamações entradas, que sejam estabelecidas regras claras e precisas na articulação entre os Cuidados de Saúde Primários e os Cuidados Hospitalares bem como o recurso às unidades prestadoras de cuidados convencionados com o SNS.*

*5. Na realidade, a inexistência de um protocolo de articulação entre instituições que estabeleça essas regras e que comprometa ambas as partes, a exemplo do que parece existir entre o CHVNG-E e os ACES da sua área de influência, remete o doente para uma avaliação clínica e respectiva decisão, consubstanciada num acto médico, da responsabilidade do seu Médico de Família, que para respeitar os princípios da arte médica, deve ser fundamentada no melhor conhecimento do processo clínico e contar com a melhor colaboração das especialidades hospitalares na elaboração dos planos terapêuticos; ou seja, não basta escrever na nota de alta que o 'doente deve continuar os tratamentos em clínica convencionada da sua área de residência...' (para isso bastaria ao médico hospitalar emitir a respectiva credencial de tratamentos em vez de a solicitar a outro médico totalmente alheio ao acto médico que a originou) mas justificar clinicamente a necessidade da sua continuação e planificação (tipo de tratamentos, sua duração e resultados esperados ou reavaliação).*

*6. A USF Famílias desde a sua constituição em 2006, tem tido sempre uma postura de defesa intransigente da qualidade dos actos prestados aos seus utentes, pugnando por uma Medicina de qualidade e eficiente; temos a preocupação de prestar os melhores*

*cuidados possíveis aos nossos utentes, lutando por diagnósticos atempados e correctos, intervenções cuidadas e eficazes, evitando a iatrogenia e a prescrição inadequada, lutando por uma Medicina Geral e Familiar de grande qualidade, de grande exigência com as especialidades hospitalares a quem frequentemente recorremos e pedimos ajuda, mas sobretudo estando ao lado dos nossos utentes e agindo como provedores das suas necessidades; por isso temos recusado sermos ‘o médico da caixa’ a quem frequentemente os serviços hospitalares remetem os seus doentes para transcrição de tratamentos e realização de exames; e recusamo-lo porque defendemos os nossos utentes e exigimos para eles o seu tratamento com dignidade e respeito pela sua condição de doentes.*

*7. A inexistência de directrizes, protocolos ou normas de orientação clínicas, nacionais (DGS), regionais (ARS Norte) ou locais (ACES Entre Douro e Vouga I / Feira – Arouca) deixam ao Médico de Família a responsabilidade de decidir bem cada caso clínico que se lhe apresente de acordo com a melhor prática médica e segundo o melhor interesse do seu doente; no entanto, e porque esta situação infelizmente se arrasta há anos, a USF Famílias tem seguido as recomendações do Conselho Directivo da ARS Norte, através do seu Vice-Presidente à época, Dr R. C., que em data que não tenho presente, remeteu, por correio electrónico, ofícios/documentos dirigido aos responsáveis do ACES e suas Unidades Funcionais com orientações sobre o encaminhamento de doentes com necessidade de tratamentos de MFR após alta hospitalar; esse documento, de que não possuo cópia, mas poderá ser obtido junto da ARS Norte, definia as condições para o Médico de Família, em exercício nas unidades dela dependentes, dar continuidade a tratamentos da responsabilidade da Medicina Física e Reabilitação em clínicas particulares convencionadas com o SNS: o doente deveria ser portador de nota de alta hospitalar, onde era expressa a incapacidade do Serviço assegurar o tratamento em tempo oportuno e conter o plano terapêutico adequado ao doente e à patologia de que era portador.*

*8. Gostaria de salientar duas questões que para nós são fundamentais:*

*a) Nunca foi recusado ao doente qualquer tratamento ou acesso a tratamentos por parte da USF Famílias; dado que a nota de alta do doente, elaborada pelo Serviço de Medicina Física e Reabilitação do CHVNG-E, era omissa em dados clínicos fundamentais que pudessem apoiar a decisão clínica, foi proposto ao doente a sua referência à consulta externa do CHEDV para avaliação e eventual tratamento, que este recusou; em alternativa, foi-lhe solicitado relatório clínico com o plano terapêutico proposto, elaborado pelo médico hospitalar responsável pelo seu acompanhamento, de forma a completar o seu processo clínico e permitir os seu encaminhamento; dado que*

não tivemos mais qualquer contacto com o referido doente, não sabemos se esse pedido terá sido satisfeito.

b) As cópias dos documentos emitidos pelo CHVNG-A/Serviço de Medicina Física e Reabilitação, são o exemplo perfeito das razões de queixa que expressamos ao longo da nossa resposta: refere a existência um quadro clínico (fractura do maléolo externo do tornozelo esquerdo e seu tratamento com bota gessada) e o tratamento efectuado no hospital (programa de reabilitação de 9/5 a 6/7/2016) e a incapacidade aparente de dar continuidade ao tratamento; no entanto é omitida na nota de alta qualquer referência à evolução do quadro clínico (não é normal que aquele tipo de lesão não esteja recuperada ao fim de 6 meses mais a mais com programa de reabilitação de pelo menos 2 meses), é omitida qualquer sequela ou complicação de tratamento que pudesse justificar a continuação do tratamento, é omitida qualquer informação sobre o **objectivo do tratamento** (consolidação da fractura, recuperação funcional de ligamentos e tendões atingidos, reabilitação muscular por atrofia de não uso, etc.) e finalmente não é dado qualquer **plano terapêutico a observar** (que tratamentos, durante quanto tempo e para quando a reavaliação); pede-se ao Médico de Família que abdique da sua função e seja um mero transcritor de uma decisão de outros profissional, ignorando por completo a legislação vigente que o impede (Despacho nº 10430/2011 de 18/8/2011 do SES).

Espero ter esclarecido a situação em apreço e de que alguma forma possa contribuir para uma rápida resolução problema: se os serviços hospitalares de MFR não têm capacidade de resposta para todos os seus doentes, porque não os referenciam diretamente às clínicas convencionadas e promovem a sua reavaliação em tempo oportuno? Porque se obriga o doente a procurar outra instituição e um médico de outra especialidade para prover a necessidade de um tratamento específico como é a MFR, para o qual não tem condições para avaliar da sua necessidade e/ou eficácia? Porquê, nessas situações, a relutância em informar adequadamente o Médico de Família, a quem é solicitado que intervenha num processo terapêutico da responsabilidade de outro médico?

[...].

16. Finalmente, também em 29 de agosto de 2017, foi remetido um pedido de elementos à Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.:

[...]

1. Se pronunciem sobre o conteúdo da referida exposição e forneçam esclarecimentos adicionais que entendam relevantes;

2. *Informem se já tinham conhecimento da presente situação e outras semelhantes e, em caso afirmativo, quais as medidas adotadas em resposta às mesmas;*
3. *Quais as concretas orientações/diretrizes transmitidas aos prestadores de cuidados de saúde em matérias como aquela (eventual encaminhamento para prestadores convencionados) em análise nos presentes autos;*
4. *Quaisquer outros esclarecimentos complementares julgados necessários e relevantes para a análise do caso concreto.*

[...].

17. Em 3 de outubro de 2017, a ERS tomou conhecimento dos esclarecimentos prestados pela ARS Norte:

“[...]

1. *O utente em apreço terá sofrido um acidente de trabalho em março de 2016, do qual resultou fratura do tornozelo esquerdo, da qual foi tratado no CHVNG-Espinho;*
2. *Foi seguido em Medicina Física e Reabilitação (MFR) do referido Centro Hospitalar, entre abril e julho do mesmo ano, quando teve alta do serviço e foi orientado para continuação de tratamento em entidade convencionada na área de residência;*
3. *As orientações remetidas por esta ARS aos ACES e do conhecimento dos hospitais da região, referem que no processo da alta hospitalar, do internamento ou da consulta externa, de Medicina Física e Reabilitação ou outra Especialidade, compete ao Médico Hospitalar no momento da alta:*
  - *Efetuar a prescrição terapêutica, farmacológica ou não;*
  - *Prestar ao Médico de Família a informação de retorno que lhe permita acompanhar no ambulatório a situação;*
4. *É da responsabilidade dos Médicos de Família a continuidade dos cuidados de acordo com o plano terapêutico estabelecido;*

*A publicação da Portaria N.º 252/2016, de 19 de setembro, tem como objetivo redesenhar a estrutura de oferta de cuidados de Reabilitação no SNS a qual assume atualmente, diferentes modelos de resposta assistencial, com destaque para:*

*> Serviços de Medicina Física e de Reabilitação - responsáveis pela prestação de cuidados mais diferenciados, prestados nos centros especializados de reabilitação, nos serviços de internamento e ambulatório hospitalar e em entidades convencionadas com o SNS;*

> *Serviços com respostas de Reabilitação - responsáveis por oferecer respostas de Reabilitação fora do âmbito dos Serviços de MFR, podendo encontrar-se em Centros de Reabilitação (com várias designações possíveis), em unidades e equipas da RNCCI e em alguns ACES.*

*Do exposto, conclui-se que:*

*- o utente em apreço sofreu um acidente de trabalho pelo que deveria ter resposta de cuidados de saúde no âmbito do seguro;*

*- foram emitidas orientações relativamente à referenciação na área da MFR, nomeadamente no que se refere à aplicação do despacho 10430/2011 e referenciação para centros especializados de reabilitação;*

*Assim, e porque no SNS, os hospitais são unidades onde serão assistidas, essencialmente em fase aguda, as situações potencialmente mais incapacitantes, a referenciação para o setor privado convencionado não será irregular desde que não seja posto em causa o aproveitamento da capacidade instalada do setor público nem prejudicada a acessibilidade do cidadão.*

*[...]*

### **III. DO DIREITO**

#### **III.1. Das atribuições e competências da ERS**

18. 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.*”

19. De acordo com o disposto no 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 no que respeita:*

*[...]*

*b) 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;*

*c) À legalidade e transparência das relações económicas entre os diversos operadores, entidades financiadoras e utentes.”.*

20. 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”.*

21. Consequentemente, o Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia Espinho, E.P.E. e o Agrupamento de Centro de Saúde Entre Douro e Vouga 1 – USF Famílias, são entidades prestadoras de cuidados de saúde registadas no SRER da ERS sob os n.ºs 19965 e 130466, respetivamente.
22. 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, 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”.*
23. Podendo fazê-lo 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.
24. E, no que concretamente respeita à obrigação de assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, se é certo que a violação do direito de acesso, como direito complexo, pode surgir sob diferentes formas, ou ser originada por diferentes causas, é igualmente certo que uma das suas violações mais graves e últimas se consubstancia na rejeição infundada de pacientes.
25. É também competência da ERS, *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 (cfr. alínea b) do artigo 12.º dos Estatutos da ERS).*

26. Sendo estabelecido na alínea b) do n.º 2 do artigo 61.º dos Estatutos da ERS, que “*Constitui contraordenação, punível com coima de 1000 EUR a 3740,98 EUR ou de 1500 EUR a 44 891,81 EUR, consoante o infrator seja pessoa singular ou coletiva:*

[...]

*b) A violação das regras relativas ao acesso aos cuidados de saúde:*

*i) A violação da igualdade e universalidade no acesso ao SNS, prevista na alínea a) do artigo 12.º;*

*ii) A violação de regras estabelecidas em lei ou regulamentação e que visem garantir e conformar o acesso dos utentes aos cuidados de saúde, bem como práticas de rejeição ou discriminação infundadas, em estabelecimentos públicos, publicamente financiados, ou contratados para a prestação de cuidados no âmbito de sistemas e subsistemas públicos de saúde ou equiparados, nos termos do disposto nas alíneas a) e b) do artigo 12.º.*

27. Já quanto ao objetivo regulatório de zelar pela prestação de cuidados de saúde de qualidade, previsto na alínea d) do artigo 10.º, incumbe à ERS, entre outras, a garantia do direito dos utentes à prestação de cuidados de saúde qualidade, conforme estatuído na alínea c) do artigo 14.º dos Estatutos da ERS.

### **III.2. Do direito de acesso dos utentes à prestação de cuidados de saúde em tempo clinicamente aceitável**

28. O direito à proteção da saúde, consagrado no artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa (CRP), tem por escopo garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, o qual é assegurado, entre outras obrigações impostas constitucionalmente, através da criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito.

29. 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 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”;

30. Bem como 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;*

*d) Garantir a equidade no acesso dos utentes, com o objectivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados; [...]”.*

31. Por outro lado, e em concretização de tal garantia de acesso ao SNS, é reconhecido aos utentes dos serviços de saúde um conjunto vasto de direitos, onde se inclui o direito a que os cuidados de saúde sejam prestados em observância e estrito cumprimento dos parâmetros mínimos de qualidade legalmente previstos, quer no plano das instalações, quer no que diz respeito aos recursos técnicos e humanos utilizados.

32. A este respeito, encontra-se reconhecido na LBS, mais concretamente na alínea c) da Base XIV, o direito dos utentes a serem “*tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correção técnica, privacidade e respeito*”.

33. Norma essa que é desenvolvida e concretizada no artigo 4.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março<sup>1</sup>, 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);

34. Tendo o utente, bem assim, “[...] *direito à prestação dos cuidados de saúde mais adequados e tecnicamente mais corretos*” (n.º 2);

35. Estipulando-se, ainda, que “*Os cuidados de saúde devem ser prestados humanamente e com respeito pelo utente*” (n.º 3).

36. Especificamente quanto ao direito do utente ser tratado com prontidão, está em causa a comumente designada “*vertente temporal*” do direito de acesso, que surge

---

<sup>1</sup> A Lei n.º 15/2014, de 21 de março, foi entretanto alterada pelo Decreto-Lei n.º 44/2017, de 20 de abril, que criou o Sistema Integrado de Gestão do Acesso (SIGA).

associada à necessidade de obtenção de cuidados de saúde em tempo razoável, por referência à condição de saúde de cada utente.

37. Com vista a assegurar tal direito, no n.º 1 do artigo 25.º da Lei n.º 15/2014, o legislador institui como objetivo da *Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS* “[...] garantir a prestação de cuidados de saúde pelo SNS e pelas entidades convencionadas em tempo considerado clinicamente aceitável para a condição de saúde de cada utente do SNS”, devendo, para o efeito, definir os tempos máximos de resposta garantidos (doravante TMRG), bem como assegurar o direito dos utentes à informação sobre esses tempos (cfr. n.º 2 do mesmo artigo).
38. Nesse seguimento, o legislador faz ainda impender sobre o membro do Governo responsável pela área da saúde o dever de estabelecer, por portaria, os TMRG para as prestações sem caráter de urgência, nomeadamente:
- a) No âmbito dos cuidados de saúde primários, incluindo os cuidados domiciliários;
  - b) Nos cuidados de saúde hospitalares, no que respeita a consultas externas hospitalares e cirurgia programada;
  - c) Nos MCDT. – Cfr. n.º 1 do artigo 26.º da Lei n.º 15/2014;
39. Ora, até ao dia 1 de junho de 2017 – e, portanto, à data dos factos em causa nestes autos –, os artigos 25.º a 27.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, eram regulamentados pela Portaria n.º 87/2015, de 23 de março, que, porém, em relação aos MCDT, só estipulava TMRG para alguns exames de cardiologia (cfr. ponto 2.3. do Anexo I da Portaria n.º 87/2015).
40. Todavia, essa ausência de regulamentação não significava que não fosse necessário assegurar a realização de outros tipos de exames pelo SNS, e pelas entidades convencionadas, em tempo clinicamente aceitável.
41. Pelo contrário, o direito dos utentes do SNS acederem à prestação de cuidados em tempo razoável face ao respetivo estado de saúde constava já expressamente da alínea 1) do § I da *Carta dos Direitos de Acesso*, publicada no Anexo II da Portaria n.º 87/2015.
42. A este propósito, e com vista à densificação dos critérios necessários à concretização de tal prerrogativa, já em 2014 a ERS havia emitido uma recomendação do Ministro da Saúde nos seguintes termos:
- “O Conselho Diretivo da ERS delibera, sob a égide dos artigos 33.º e 42.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio, recomendar ao Ministério da Saúde que adote as medidas consideradas necessárias e adequadas à estipulação de tempos

*máximos de resposta garantidos no que se refere ao acesso a Meios Complementares de Diagnóstico e Tratamento, tendo em conta referenciais temporais de orientação clínica, definidos ou a definir, de forma a garantir que os prestadores de cuidados de saúde que passem a ficar abrangidos pela obrigação de cumprimento de tais tempos, permanentemente acautelem aos utentes a prestação de cuidados de saúde, in casu Meios Complementares de Diagnóstico e Tratamento, mediante a sua capacidade instalada ou com recurso a entidades externas, em tempo considerado clinicamente aceitável para a condição de saúde de cada utente.”<sup>2</sup>*

43. Sucede que, no dia 1 de junho de 2017, no seguimento da aprovação do Decreto-Lei n.º 44/2017, de 20 de abril (que concretizou a primeira alteração à Lei n.º 15/2014, de 21 de março), e da Portaria n.º 147/2017, de 27 de Abril (que regulamentou o novo Sistema Integrado de Gestão do Acesso (SIGA)), entrou finalmente em vigor uma Portaria que fixou TMRG para um leque de cuidados de saúde mais vasto do que o anterior.
44. Com efeito, conforme consta do respetivo preâmbulo, a Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio<sup>3</sup>, veio redefinir os TMRG, de modo a melhorar o acesso atempado aos cuidados de saúde e alargar a sua aplicação às prestações de cuidados de saúde programados, incluindo os MCDT.

### **III.3. Do Despacho do Secretário de Estado da Saúde n.º 10430/2011<sup>4</sup> e do Despacho do Ministro da Saúde n.º 3796-A/2017<sup>5</sup>**

45. O Despacho do Secretário de Estado da Saúde n.º 10430/2011 assume no seu preâmbulo que deve ser assegurada uma utilização mais racional e eficiente dos recursos disponíveis no sistema de saúde, mas sempre sem prejuízo da garantia do acesso efetivo dos cidadãos aos cuidados de saúde necessários, com elevada qualidade.

---

<sup>2</sup> Vide Recomendação da ERS n.º 2/2014, publicada em 4 de agosto de 2014, na respetiva página eletrónica, em [https://www.ers.pt/pages/65?news\\_id=958](https://www.ers.pt/pages/65?news_id=958).

<sup>3</sup> A Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio, revogou, mesmo que tacitamente, a Portaria n.º 87/2015, de 23 de março.

<sup>4</sup> O Despacho do Secretário de Estado da Saúde n.º 10430/2011 foi publicado na 2.ª Série do Diário da República n.º 158, de 18 de agosto de 2011.

<sup>5</sup> O Despacho do Ministro da Saúde n.º 3796-A/2017 foi publicado na 2.ª Série do Diário da República n.º 87, de 5 de maio de 2017.

46. Encontrando-se ainda estabelecido, no preâmbulo do referido despacho, que, em conformidade com o disposto na LBS e na regulamentação do regime de celebração das convenções, o recurso aos serviços prestados através de convenção não pode colocar em causa o racional aproveitamento e rentabilização da capacidade instalada no setor público, pelo que *“é exigível que as instituições hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS), atendendo à sua capacidade instalada, física e de recursos humanos, otimizem a sua capacidade disponível em [MCDT], contribuindo, desta forma, para a rentabilização da instituição e para satisfação da procura”*;
47. Assim, o despacho em apreço determinou a obrigação das instituições do SNS realizarem internamente, com os recursos técnicos e humanos disponíveis, os MCDT necessários à satisfação da procura.
48. O predito despacho considera essencial delinear um *“conjunto de procedimentos necessários à introdução de ajustamentos no modelo atual de prescrição de MCDT”*.
49. Nesse sentido, é ali determinado que as instituições hospitalares integrantes do SNS devem, em suma, assegurar a realização dos MCDT aos seus utentes, por regra, através da sua capacidade instalada ou, em segunda linha, com recurso à subcontratação de entidades externas do setor público, do setor privado ou social.
50. Além disso, devem os mesmos prestadores promover a devida articulação com unidades de cuidados primários no sentido de *“possibilitar a realização de MCDT aos utentes do SNS, com o aproveitamento da sua capacidade instalada”* (cfr. § 5 do Despacho em análise).
51. A internalização dos MCDT é também um dos objetivos do recente projeto SIGA SNS, no âmbito do qual se fomenta a promoção e gestão partilhada de recursos no contexto do SNS, tendo em vista maximizar a utilização da capacidade instalada, fomentar a competitividade e rentabilizar os equipamentos e os recursos humanos existentes, circunscrevendo a subcontratação a entidades externas aos casos em que a capacidade instalada estiver efetivamente esgotada, com respeito pelos princípios da transparência, igualdade e concorrência (cfr. alínea h) do artigo 3.º da Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril).
52. Aliás, no contexto da implementação do SIGA SNS, foi aprovado o Despacho do Ministro da Saúde n.º 3796-A/2017, que, em relação aos TMRG, estatui que *“As instituições que ainda não cumpram integralmente os TMRG no acesso às consultas, cirurgias e MCDT devem articular com outras instituições do SNS no sentido de reunirem condições para responder com eficácia e de forma atempada a estas prestações de saúde”*.

53. No entanto, cumpre frisar que a centralização/internalização de cuidados de saúde no SNS não pode colocar em causa o acesso, a qualidade e a eficiência dos mesmos.
54. Com efeito, da internalização dos cuidados de saúde não pode resultar uma desvantagem para os utentes, como seja a sujeição a maiores tempos de espera para aceder a uma consulta, a uma cirurgia ou a um exame.
55. Tendo a ERS concluído, já por diversas vezes, por exemplo, que, quando constate possuir capacidade instalada para efetuar os exames prescritos, a entidade pública integrada no SNS deve utilizar os seus recursos técnicos e humanos disponíveis – nos termos do disposto no Despacho do Secretário de Estado da Saúde n.º 10430/2011, e agora também do Despacho do Ministro da Saúde n.º 3796-A/2017 –, evitando, assim, a utilização de requisições de prescrição para as entidades com convenção com as Administrações Regionais de Saúde.
56. Porém, *a contrario*, naquelas situações em que não tenha capacidade para responder em tempo útil, o prestador apenas respeitará o direito de acesso se assegurar a realização dos MCDT aos seus utentes, em segunda linha, *“pelo recurso à subcontratação de entidades externas especializadas do sector público, tendo como referência a tabela de preços do SNS, ou do sector privado e social, tendo como referência a tabela de preços do sector convencionado”* (cfr. o estabelecido no § 4 do Despacho Secretário de Estado da Saúde n.º 10430/2011)<sup>6</sup>.

#### IV. Análise da situação concreta

57. Dos factos apurados no decurso do presente processo de avaliação resulta a existência de diversos constrangimentos no acesso do utente aos cuidados de saúde de MFR de que necessitava.
58. Quanto ao ponto de situação atual do utente, o CHNVG-E informou desconhecer *“(…) o encaminhamento posterior da situação clínica e da decisão, na medida em que o Colega da USF não contactou o nosso Serviço de Medicina Física e de Reabilitação, nem efetuou nenhum outro pedido de colaboração para o doente”*.
59. Por sua vez, a USF Famílias informou também a ERS de que o utente já não faz parte da sua lista de utentes desde 21 de novembro de 2016, *“(…) data em que se inscreveu*

---

<sup>6</sup> Vide, também a este propósito, a Recomendação da ERS n.º 2/2014, de 4 de agosto, publicada em [https://www.ers.pt/pages/65?news\\_id=958](https://www.ers.pt/pages/65?news_id=958).

*na lista de utentes da UCSP da Afurada, em Vila Nova de Gaia”, pertencente ao ACES de Gaia”, datando a última consulta de 12 de setembro de 2016.*

60. Contactado o utente, apurou-se que este efetivamente se encontra inscrito, presentemente, na UCSP Afurada – cfr. Memorando Telefónico junto aos autos.
61. Mais foi possível apurar que o utente não recebeu qualquer acompanhamento ou tratamento adicional (MCDT de MFR) por parte do CHVNGE ou da USF Famílias desde os factos que espoletaram a sua reclamação.
62. Assim, e só após se ter mudado para a UCSP Afurada, o utente teve acesso a consulta, através da qual foi encaminhado para tratamento em prestador convencionado.
63. Todavia, informou o utente, o facto de ter estado sem receber acompanhamento durante um extenso período de tempo agravou muito significativamente a sua situação, encontrando-se, neste momento, a aguardar por consulta no CHVNGE (agendada para dia 11 de junho de 2018), para inscrição em cirurgia.

Vejamos.

64. Das diligências instrutórias levadas a cabo, ficou patente a existência de constrangimentos na articulação entre os cuidados hospitalares e os cuidados primários, *in casu*, entre o CHVNGE e USF Famílias (integrada no ACES Entre Douro e Vouga I – Feira/Arouca),
65. Tendo o utente, e independentemente das circunstâncias que se analisarão *infra*, sido “empurrado” de um prestador para o outro sem que a sua situação tenha sido efetivamente resolvida.
66. Por duas vezes, em 8 de junho e em 13 de julho de 2016, o CHVNGE remeteu à USF carta/relatórios relativas à situação do utente em que se limita a dizer o seguinte:

“[...]

*O doente acima identificado foi observado na Consulta de Medicina Física e de Reabilitação deste Hospital, no dia 20-4-16 na sequência de 3 maléolo externo tornozelo esquerdo a 8-3-16 – bota gessada que retirou a 12-4-16.*

*Tem realizado tratamento no Serviço de Medicina Física e de Reabilitação deste CHVNGaia/Espinho com alguma melhoria, mas ainda beneficia com a continuação do tratamento fisiatrico, pelo que agradeço orientação para clínica convencionada na área de residência.*

[...]”.

67. Mais fazendo referência, no Relatório de 13 de julho de 2016, à “[...] impossibilidade deste Centro Hospitalar assegurar a continuidade do tratamento a todos os doentes [...]”.

68. Tem razão, por isso, a USF Famílias quando alega que os relatórios do CHVNGE se mostram insuficientes, porquanto:

*“[...] é omitida na nota de alta qualquer referência à evolução do quadro clínico (não é normal que aquele tipo de lesão não esteja recuperada ao fim de 6 meses mais a mais com programa de reabilitação de pelo menos 2 meses), é omitida qualquer sequela ou complicação de tratamento que pudesse justificar a continuação do tratamento, é omitida qualquer informação sobre o objectivo do tratamento (consolidação da fractura, recuperação funcional de ligamentos e tendões atingidos, reabilitação muscular por atrofia de não uso, etc.) e finalmente não é dado qualquer plano terapêutico a observar (que tratamentos, durante quanto tempo e para quando a reavaliação) [...]”.*

69. No mesmo sentido, a ARS Norte informou que este tipo de situações já era do seu conhecimento e que, inclusivamente, se encontravam já por si definidas orientações gerais, a saber:

*“[...]”*

*As orientações remetidas por esta ARS aos ACES e do conhecimento dos hospitais da região, referem que no processo da alta hospitalar, do internamento ou da consulta externa, de Medicina Física e Reabilitação ou outra Especialidade, compete ao Médico Hospitalar no momento da alta:*

*- Efetuar a prescrição terapêutica, farmacológica ou não;*

*- Prestar ao Médico de Família a informação de retorno que lhe permita acompanhar no ambulatório a situação;*

*4. É da responsabilidade dos Médicos de Família a continuidade dos cuidados de acordo com o plano terapêutico estabelecido;*

*“[...]”.*

70. Ora, foram estas informações, em especial a elaboração do plano terapêutico, que o CHVNGE não providenciou à USF.

71. Neste ponto, portanto, é de censurar a conduta do CHVNGE, que, além de não detalhar clinicamente os aspetos acima referidos, não alterou tal conduta mesmo após a primeira recusa por parte da USF.

72. Para o que poderia, desde logo, entrar em contacto direto com a USF e averiguar o modo de ultrapassar a questão.
73. Acresce o conteúdo da carta remetida, em 28 de julho de 2017, pela ARS Norte ao ACES Grande Porto VII Gaia:
- “[...] Tendo em consideração a incapacidade de resposta por parte do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE (CHVNG/E) em realizar a totalidade dos tratamentos de MFR a todos os doentes, e, tendo em conta, o acordado em 2016 com os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) da sua área de influência, de que o CHVNG/E garantiria os tratamentos na fase inicial, numa média de 15 sessões por doente, e que a continuidade destes seria assegurada por intervenção dos respetivos Médicos de Família, sendo o utente portador de um relatório emitido pelo CHVNG/E, com toda a informação clínica necessária ao seu acompanhamento, não obstante aquele Centro Hospitalar estar a envidar esforços no sentido de colmatar as insuficiências evidenciadas, solicita-se a promoção de reuniões periódicas de articulação entre esse ACES e o CHVNG/E, cuja necessidade já foi suscitada ao nível da Contratualização, dando conta da evolução da situação a esta Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.”.*
74. Ficando por saber, pois, se o ACES e o CHVNGE promoveram já as devidas reuniões periódicas solicitadas pela ARS Norte de forma a, concertadamente, ultrapassarem os obstáculos verificados.
75. Sem prejuízo do que ficou dito, revela-se inaceitável que ambos os prestadores não se tenham articulado directamente, após o impasse verificado, para, de forma diligente e proactiva, chegarem a um entendimento e, assim, resolverem, com celeridade, a situação do utente.
76. A USF informou que, perante a insuficiência dos relatórios, foi solicitado ao utente que trouxesse relatório clínico do CHVNG-E com os elementos em falta, o que, como referido, não sucedeu.
77. Em alternativa, a USF propôs ao utente, em ambas as ocasiões, a sua referenciação à Consulta Externa de Medicina Física e Reabilitação do Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga (unidade hospitalar de referência para a USF Famílias), de forma a avaliar a sua situação clínica e a proceder à elaboração de um plano terapêutico adequado ao seu caso.
78. Hipótese que o utente, à data, recusou.
79. Conforme a USF Famílias referiu:

[...] a USF Famílias tem seguido as recomendações do Conselho Directivo da ARS Norte, através do seu Vice-Presidente à época, Dr Rui Cernadas, que em data que não tenho presente, remeteu, por correio electrónico, ofícios/documentos dirigido aos responsáveis do ACES e suas Unidades Funcionais com orientações sobre o encaminhamento de doentes com necessidade de tratamentos de MFR após alta hospitalar; esse documento, de que não possuo cópia, mas poderá ser obtido junto da ARS Norte, definia as condições para o Médico de Família, em exercício nas unidades dela dependentes, dar continuidade a tratamentos da responsabilidade da Medicina Física e Reabilitação em clínicas particulares convencionadas com o SNS: o doente deveria ser portador de nota de alta hospitalar, onde era expressa a incapacidade do Serviço assegurar o tratamento em tempo oportuno e conter o plano terapêutico adequado ao doente e à patologia de que era portador.

[...].

80. Por sua vez, a ARS Norte corroborou nos seguintes termos:

[...] - foram emitidas orientações relativamente à referência na área da MFR, nomeadamente no que se refere à aplicação do Despacho 10430/2011 e referência para centros especializados de reabilitação;

Assim, e porque no SNS, os hospitais são unidades onde serão assistidas, essencialmente em fase aguda, as situações potencialmente mais incapacitantes, a referência para o setor privado convencionado não será irregular desde que não seja posto em causa o aproveitamento da capacidade instalada do setor público nem prejudicada a acessibilidade do cidadão.

[...].

81. Conforme se lê no Despacho n.º 10430/2011:

“Em conformidade com o disposto na Lei de Bases da Saúde e a regulamentação do regime de celebração das convenções (Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de Abril), o recurso aos serviços prestados através de convenção não pode colocar em causa o racional aproveitamento e rentabilização da capacidade instalada no sector público.

Consequentemente, é exigível que as instituições hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS), atendendo à sua capacidade instalada, física e de recursos humanos, optimizem a sua capacidade disponível em meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT), contribuindo, desta forma, para a rentabilização da instituição e para satisfação da procura.

*Por outro lado, sendo os cuidados de saúde primários o pilar central do Sistema de Saúde mostra-se necessário reforçar este nível de cuidados por forma a evitar o recurso a outros níveis mais dispendiosos e, simultaneamente, promover a criação de condições que possibilitem uma melhor gestão e a articulação efectiva entre instituições”.*

82. O Despacho n.º 10430/2011 promove, como se constata, uma lógica de internalização dos cuidados prestados pelo SNS, apenas se devendo recorrer aos prestadores convencionados quando verificada o esgotamento da capacidade instalada do SNS para responder às necessidades.
83. Reforçando a lógica de “internalização” dos serviços do SNS, o Despacho n.º 3796-4/2017, veio dispor o seguinte:
- “[...] esta melhoria da organização interna das várias instituições do SNS deve ser articulada com o reforço da cooperação e da articulação entre estas, procurando assim aumentar a produtividade global do SNS e rentabilizar a capacidade instalada disponível nas instituições públicas, nomeadamente nas áreas das consultas externas hospitalares, das cirurgias, dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) e dos equipamentos médicos. [...]”.*
84. Pelo que, por princípio, andou bem a USF Famílias ao propor a referenciação do utente para consulta de MFR noutra entidade do SNS.
85. Todavia, note-se, tal “internalização” apenas deverá subsistir desde que salvaguardados os direitos e interesses dos utentes, desde logo, a garantia do acesso destes a cuidados de saúde de qualidade em tempo adequado.
86. Na sua reclamação, o utente afirma que, aquando da proposta de referenciação para o Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga (Hospital São Sebastião, Santa Maria da Feira), lhe foi transmitido que poderia ter de aguardar “até 4 meses” pela consulta,
87. Facto que não foi confirmado pela USF Famílias.
88. À data, a Portaria n.º 87/2015, de 23 de março, então em vigor, não definia TMRG para MCDT.
89. O que só veio a concretizar-se na Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio, atualmente em vigor, a qual define, no que respeita aos “*Restantes MCDT integrados e em programas de seguimento*” (tipologia definida subsidiariamente em relação aos outros MCDT concretamente previstos, e na qual se incluem os de MFR),
90. Que estes devem ser realizados “*dentro do TMRG definido para a realização de cuidados programados em que se insere a necessidade de realização de MCDT*”.

91. Formulação genérica, portanto, e só apreciável casuisticamente, tendo presente as circunstâncias e a situação clínica do utente e sua evolução.
92. Em qualquer caso, reitere-se, tanto o CHVNGE como a USF Famílias estão obrigados a aplicar conjugadamente o Despacho n.º 10430/2011 e o Despacho n.º 3796-A/2017 e, nessa medida, devem, como regra, assegurar a realização dos MCDT – entre os quais, os MCDT adstritos a MFR – através da sua capacidade instalada ou do recurso a outros estabelecimentos hospitalares do SNS,
93. Talqualmente, conforme já referido, fez a USF Famílias ao propor a referenciação do utente para o Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga.
94. Apenas nos casos em que o recurso à capacidade do SNS se não mostrar suficiente para satisfazer as necessidades da procura – e considerando que o direito de acesso dos utentes à prestação de cuidados de saúde dentro do TMRG aplicável não pode ser coartado devido à falta de recursos –, é que as entidades do SNS devem recorrer diretamente à subcontratação de entidades externas.
95. Sem prejuízo do que ficou dito, a questão *supra* não oblitera, porém, o que verdadeiramente falhou no caso *sub judice*,
96. A saber, a falta de articulação e diálogo entre cuidados hospitalares e cuidados primários, ou seja, entre o CHVNGE e a USF Famílias.
97. Realidade abertamente reconhecida pela USF em causa nos esclarecimentos prestados à ERS.
98. Com prejuízos óbvios para o utente, que se viu “perdido” neste vaivém burocrático e, pior, vendo a sua situação clínica agravar-se acentuadamente, conforme informou a ERS (cfr. Memorando Telefónico junto aos autos).
99. E isso não obstante existirem orientações gerais estabelecidas pela ARS Norte nesta matéria, conhecidas tanto pela USF como pelo CHVNGE.
100. Orientações que, reitere-se, não foram seguidas pelo CHVNGE.
101. Também não andou bem, no entanto, a USF Famílias ao limitar-se a recusar os pedidos de encaminhamento para prestadores convencionados emitidos pelo CHVNGE.
102. Pois que poderia e deveria, de modo a agilizar proactivamente a situação do utente, ter entrado em contacto direto com o CHVNGE para esclarecimento da situação, conforme, de resto, é reconhecido pela própria USF, quando afirma que “[...] *A situação em apreço configura um problema de articulação entre serviços e sobretudo*

*entre níveis de cuidados, que se pode considerar crónico e recorrente e com o qual a USF família se vem debatendo há anos [...]*”.

103. Ou seja, em termos de articulação e comunicação, ambos os prestadores falharam flagrantemente, com óbvios prejuízos – insista-se – para o utente.
104. Noutro plano de análise, dos esclarecimentos posteriores aduzidos quer pela USF Famílias, quer pelo CHVNGE, foi possível confirmar que, nos relatórios remetidos por este último ao médico de família, efetivamente se recomendava orientação do utente para clínicas convencionadas na área de residência do utente.
105. Não indicando o CHVNGE, porém, qualquer prestador convencionado em concreto.
106. Pelo que fica afastada a hipótese de um encaminhamento, por parte do CHVNG/E, de utentes de MFR para prestadores convencionados concretos.
107. O que, como é sabido, contrariaria abertamente a lógica de funcionamento do SNS, nomeadamente, a circunstância de o recurso a prestadores convencionados, por parte de entidades hospitalares do SNS, só dever ser acionado perante o esgotamento de capacidade de resposta dos prestadores integrados na rede do SNS,
108. Sendo que, em tal hipótese, imperaria sempre a liberdade de escolha do utente, a quem competiria escolher de entre a listagem de prestadores convencionados para o efeito.
109. Por tudo o que se vem de expor, considera-se necessária a adoção da atuação regulatória *infra* delineada, ao abrigo das atribuições e competências legalmente atribuídas à ERS, por forma a assegurar, de forma permanente, efetiva e em tempo útil, o acesso dos utentes aos cuidados de saúde que se apresentem como necessários e adequados à satisfação das suas necessidades, e em especial o respeito pelas regras estabelecidas para acesso aos cuidados de MFR, o respeito do quadro legal relativo aos Tempos Máximos de Resposta Garantidos e ainda a garantia de uma efetiva articulação entre os cuidados primários e os cuidados hospitalares.

## **V. AUDIÊNCIA DOS INTERESSADOS**

110. A presente deliberação foi precedida de audiência escrita dos interessados, nos termos e para os efeitos do disposto no artigo 122.º do Código do Procedimento Administrativo, aplicável *ex vi* artigo 24.º dos Estatutos da ERS, tendo, para o efeito, sido chamados a pronunciar-se, relativamente ao projeto de deliberação da ERS, a USF Famílias, o ACES Entre Douro e Vouga 1 e o Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia | Espinho, E.P.E..

111. Decorrido o prazo concedido, apenas foi rececionada a pronúncia do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia | Espinho, E.P.E..

112. Da mesma consta o que abaixo se reproduz:

“[...]

*Este Centro Hospitalar no decurso de todo e qualquer procedimento adotado por si, visa cumprir o previsto no Despacho n.º 10430/2011 e no Despacho n.º 3796-A/2017, no sentido de racionalizar o aproveitamento e rentabilizar a capacidade instalada do SNS para a realização de MCDT, referenciando apenas os casos para os quais se encontra esgotada a capacidade para a execução dos mesmos, o que se veio a verificar no caso em apreço, pois desse modo o utente poderia continuar os tratamentos no âmbito da fisioterapia, de forma mais célere, em clinica convencionada da área do domicílio.*

*O encaminhamento do utente procurava assegurar o rigoroso e cabal cumprimento de todas as regras estabelecidas no que se refere aos Tempos Máximos de Resposta Garantidos, legalmente previstos na Portaria n.º 153/2017, de 04 de maio, disponibilizando para tal toda informação clara e cabal sobre a situação clínica e o plano terapêutico adequado ao médico assistente do seu Centro de Saúde.*

*O CHVNGE procura envidar todos os esforços no sentido de colmatar as insuficiências evidenciadas, promovendo para tal reuniões periódicas de articulação com o ACES da sua área de influência ao nível da contratualização.*

[...]”.

113. Face à pronúncia, cumpre analisar os elementos invocados na mesma, aferindo da suscetibilidade dos mesmos infirmarem a deliberação delineada.

114. Faça-se desde já notar que os argumentos apresentados na pronúncia foram devidamente considerados e ponderados pela ERS,

115. Ainda que dos mesmos não tenha resultado uma alteração no sentido da decisão que a ERS ora entende emitir.

116. Os argumentos aduzidos não põem em causa o quadro factual e legal apresentado pela ERS no seu projeto de deliberação, não contrariando ou esclarecendo, na substância, as matérias aí tratadas.

117. Antes se limitando a afirmar o cumprimento dos normativos legais em vigor, não fazendo prova da adoção de quais alterações e procedimentos no sentido de dar cumprimento ao projeto de deliberação da ERS.

118. Deste modo, justifica-se a manutenção, na íntegra, o projeto de deliberação da ERS e respetiva intervenção regulatória.

## VI. DECISÃO

119. 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 Vila Nova de Gaia Espinho, E.P.E., no sentido de este dever:

- (i) Garantir que todo e qualquer procedimento por si adotado seja apto a cumprir o previsto no Despacho n.º 10430/2011 e no Despacho n.º 3796-A/2017, no sentido de racionalizar o aproveitamento e rentabilizar a capacidade instalada do SNS para a realização de MCDT, referenciando, por regra, os utentes para entidades integrantes do SNS e limitando a subcontratação a entidades externas aos casos em que a capacidade das entidades do SNS se mostrar esgotada;
- (ii) Adotar todos os comportamentos que assegurem o rigoroso e cabal cumprimento de todas as regras estabelecidas no quadro legal aplicável aos Tempos Máximos de Resposta Garantidos, legalmente previstos na Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio, em especial, os relativos a MCDT, previstos no ponto 4 do Anexo I à referida Portaria;
- (iii) Articular e comunicar diligentemente, através da implementação de procedimentos escritos, com as unidades integrantes dos ACES, no sentido de resolver as situações dos utentes de Medicina Física e de Reabilitação (ou de outra especialidade cujo volume de MCDT o justifique) que, por incapacidade interna de resposta, devam ser encaminhados para tratamentos noutras entidades, primariamente do SNS;
- (iv) Sempre que enviar utentes para unidades do ACES para continuação de MCDT, fornecer informação clara e cabal sobre a situação clínica do utente e propor plano terapêutico adequado, conforme orientações gerais estabelecidas pela Administração Regional de Saúde do Norte;
- (v) Dar cumprimento imediato à presente instrução, comunicando à ERS, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis contados da presente deliberação, os procedimentos adotados para o efeito.

120. O Conselho de Administração da ERS delibera, bem assim, 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 Agrupamento de Centro de Saúde Entre Douro e Vouga 1, com especial incidência no USF Famílias, no sentido de este dever:

- (i) Articular e comunicar diligentemente, através da implementação de procedimentos escritos, com as unidades hospitalares no sentido de resolver as situações dos utentes de Medicina Física e de Reabilitação (ou de outra especialidade cujo volume de MCDT o justifique) que, por incapacidade interna de resposta das referidas unidades, devam ser encaminhados para tratamentos noutras entidades – primariamente do SNS –, de forma a garantir o efetivo e tempestivo acesso aos cuidados de saúde de que necessitem;
- (ii) Dar cumprimento imediato à presente instrução, comunicando à ERS, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis contados da presente deliberação, os procedimentos adotados para o efeito.

121. As instruções ora emitidas constituem decisões da ERS, sendo que a alínea b) do n.º 1 do artigo 61.º dos Estatutos da ERS, aprovados em anexo ao 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 14.º, 16.º, 17.º, 19.º, 20.º, 22.º, 23.º”.

122. A presente deliberação deverá ser levada ao conhecimento da Administração Regional de Saúde do Norte.

Porto, 17 de maio de 2018.

O Conselho de Administração.