



RELATÓRIO DE ACESSO A
CUIDADOS DE SAÚDE

2010

ÍNDICE

1. Introdução.....	3
2. Identificação do Hospital Visconde de Salreu	3
3. Caracterização geral do Hospital Visconde de Salreu.....	3
4. Sistemas de Informação.....	4
4.1. Aplicações informáticas nos sectores que envolvem a prestação de cuidados.....	4
4.2. Outras aplicações informáticas.....	4
5. Outros aspectos de regulação, organização e controlo internos com reflexo no acesso a cuidados de saúde	5
6. Implementação da Carta dos Direitos de Acesso	6
7. Análise global de Tempos Máximos de Resposta Garantidos no SNS.....	8
8. Análise específica de Tempos Máximos de Resposta Garantidos do Hospital Visconde de Salreu	9
8.1. Consulta externa	9
8.1.1. Comparação da produção do ano de 2009 e ano de 2008.....	9
8.1.2. Primeiras consultas de especialidade – Programa “Consulta a Tempo e Horas”	10
8.2. Actividade Cirúrgica	11
8.2.1. Comparação da produção do ano de 2009 e ano de 2008.....	11
8.2.2. Tempo de espera por nível de prioridade	11
9. Conclusão	12
Portaria n.º 1529/2008 de 26 de Dezembro	13

1. Introdução

Conforme o disposto na alínea f) do artigo 4.º da Lei n.º 41/2007, de 24 de Agosto, o Hospital Visconde de Salreu, enquanto entidade prestadora de cuidados de saúde, deve publicar e divulgar, até 31 de Março de cada ano, um relatório circunstanciado sobre o acesso aos cuidados que presta, o qual será auditado, aleatória e anualmente, pela Inspeção-Geral das Actividades da Saúde.

O relatório agora elaborado contempla a informação global do Hospital respeitante ao ano de 2010 nos capítulos que lhe são aplicáveis, e conforme modelo previamente difundido pelo Gabinete do Sr. Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, ainda em 2009, para efeitos de normalização de conteúdos e de realce dos aspectos fulcrais e relevantes para o próprio relatório e para a informação que se pretende difundir.

2. Identificação do Hospital Visconde de Salreu

Os dados identificativos do Hospital Visconde de Salreu são os que a seguir se transcrevem.

Designação	
Localização da sede	Rua da Agra 3864 - 756 Estarreja
Telefone	234810000
e-mail	geral@hvsalreu.min-saude.pt
Fax	234841076
site	www.hvsalreu.eu

3. Caracterização geral do Hospital Visconde de Salreu

A caracterização geral do Hospital, no que diz respeito à sua estrutura organizativa, encontra-se espelhada no quadro seguinte.

Órgãos Administração, de Direcção, de Apoio Técnico e de Consulta		
Órgãos	Constituição / Nomeação	Refª e/ou Observações
Direcção / Administração	Nomeação	Conselho de Administração
Fiscalização	Constituição	Inspeção Geral das Actividades em Saúde
Participação/Consulta	Em constituição	Conselho Consultivo
Apoio Técnico no domínio do acesso aos cuidados de saúde		UH Gestão de Inscritos Cirurgia; UH Consulta a Tempo e Horas; UI Acesso a Cuidados de Saúde
Outras Comissões de apoio à gestão	Constituição	Comissão de Ética Comissão de Catástrofe Comissão de Feridas Comissão de Humanização dos Serviços Comissão de Farmácia e Terapêutica Comissão de Qualidade Comissão de Segurança Comissão de Controlo de Infecção Comissão de Formação
Gabinete do Utente	Constituição	Serviço Social
Telefone		2348100000
e-mail		gu@hvsalreu.min-saude.pt

4. Sistemas de Informação

4.1. Aplicações informáticas nos sectores que envolvem a prestação de cuidados

O Hospital Visconde de Salreu já implementou a maioria das aplicações informáticas relacionadas com a prestação de cuidados assistenciais, á excepção do SAPE que ainda se encontra em fase de testes e cuja consolidação se encontra prevista para 2011 e extensível a todo o Hospital e em todas as suas linhas assistenciais.

Aplicações Informáticas	
1. SONHO	x
2. SINUS	n.a.
3. SAM	x
4. SAPE	x
5. CTH	x
6. SIGIC	x
7. SIES - Sistema de Informação dos Equipamentos de Saúde	x
8. SICA	x

4.2. Outras aplicações informáticas

As aplicações informáticas que o Hospital Visconde de Salreu dispõe para actividades administrativas não relacionadas com a prestação de cuidados são aquelas que se

encontram disponibilizadas pelos organismos próprios do Ministério da Saúde para este efeito.

Outras Aplicações Informáticas	
1. Sistema de Gestão Integrado do Circuito do Medicamento	x
2. Sistema de Informação Descentralizado de Contabilidade	x
3. Recursos Humanos e Vencimentos	x
4. Sim Cidadão	x

5. *Outros aspectos de regulação, organização e controlo internos com reflexo no acesso a cuidados de saúde*

No âmbito de um sistema de melhoria contínua implementado no Hospital Visconde de Salreu, a maioria dos regulamentos em vigor encontram-se em fase de adaptação a novos contextos e nova legislação, bem como de revisão de respectivos conteúdos.

DOCUMENTOS DE ORIENTAÇÃO	S	N	Refª e/ou Observações
1.1 O Regulamento Interno (global) da instituição identifica as estruturas responsáveis pelo acesso a cuidados de saúde?	x		Aguarda aprovação de Secretário de Estado da Saúde
1.2. Os Planos e Relatórios de Actividades incluem pontos relacionados com a matéria do acesso?	x		
1.3. Os Planos e Relatórios apresentam avaliação da capacidade instalada/rentabilização dos recursos materiais e humanos disponíveis, designadamente ao nível das consultas e outras áreas de cuidados dos centros de saúde, consultas externas, MCDT, Bloco Operatório (qd. aplicável)?	x		
1.4. Enumeração de Regulamentos/Manuais de Procedimentos de Sectores/Serviços fundamentais e/ou com afinidade temática com o acesso	x		
1. Regulamento da Comissão de Infecção	x		Em revisão
2. Regulamento da Comissão de Formação	x		Em revisão
3. Plano de Emergência Externo	x		Aguarda aprovação INEM e ARS Centro, IP
4. Conselho Coordenador de Avaliação	x		Aprovado
5. Manual de Armazém	x		Aprovado
6. Manual de cobrança de taxas moderadoras	x		Aguarda aprovação CA
7. Regulamento Rede Social	x		Aprovado
8. Regulamento de utilização de veículos	x		Aprovado
9. Manual de procedimentos para a equipa de gestão de altas	x		Aprovado
10. Plano de contingência assistencial	x		Aprovado
11. Plano de prevenção de riscos de corrupção e infracções conexas	x		Aprovado

6. Implementação da Carta dos Direitos de Acesso

A legislação relativa à carta dos Direitos de Acesso é ainda muito recente e encontra-se a ser transposta progressivamente para o normal funcionamento do Hospital Visconde de Salreu. Tal facto não deve fazer supor, contudo, que os direitos dos utentes relativos ao acesso a cuidados de saúde prestados por este Hospital não estejam a ser salvaguardados, mas antes que não existe, ainda, a completa planificação e respectivas evidências de actividades desenvolvidas.

De facto, os tempos de resposta para marcação de uma consulta externa de especialidade ou de uma cirurgia convencional ou de ambulatório têm sido sempre diminutos no Hospital Visconde de Salreu e respeitados por norma os tempos máximos de resposta garantidos. O processo de evidência para o reduzido tempo de lista de espera encontra-se sistematizado através da publicação mensal no sítio oficial do Hospital Visconde de Salreu, quer para realização de cirurgia, quer para realização de consulta externa, em número de doentes em espera e em dias máximos de espera e que respeita ao utente mais antigo nestas mesmas listas de espera.

Medidas implementadas	Sim	Não	Refª e/ou Observações
1.1 Existe estrutura multidisciplinar interna tendo em vista a implementação da carta dos direitos de acesso? Indicar os serviços envolvidos e constituição		x	
1.2 No caso afirmativo, existe suporte de regulação de procedimentos para o efeito? Indicar a data de deliberação do CA e Normativo Interno de publicação			
1.3 Estão definidos pela própria instituição, ou de acordo com a(s) instância(s) de contratualização, indicadores de resultados na componente do acesso e de produção? Apresentar em anexo os indicadores definidos	x		Contratualização com a ARS Centro
1.4 Em caso afirmativo, os indicadores têm em conta os Tempos de Resposta Garantidos fixados pela instituição e integrados nos seus planos de actividades e de desempenho?		x	Não há necessidade de monitorização Os TMR são permanentemente assegurados
1.5 Os indicadores de resultados direccionados ao acesso são utilizados a todos os níveis da instituição (verticais e horizontais)? Especificar		x	
1.6 A instituição utiliza estes indicadores para efectuar relatórios periódicos de situação (para além do relatório anual previsto na Lei n.º 41/2007, de 24 de Agosto)?	x		
1.7 Existem planos especiais de monitorização e correcção de desvios e/ou incumprimento de objectivos?		x	
1.8 Verificam-se, com regularidade, processos de revisão crítica da relevância e actualidade dos indicadores utilizados e respectiva comunicação às entidades e organismos competentes?	x		
1.9 Estão definidos procedimentos de controlo para minimizar o risco de erros, insuficiência, inadequação e eventual desvirtuação de informação (que constitui fonte ou está associada aos indicadores de resultados)?		x	
1.10 Foram fixados, nos termos da lei, os Tempos de Resposta Garantidos?		x	
1.11 Quais os Tempos de Resposta Garantidos que foram estabelecidos nas diferentes áreas de prestação de cuidados? (apresentar em mapa anexo)			
1.12 Os Tempos de Resposta Garantidos fixados constam dos Planos e Relatórios de Actividades?		x	
1.13 Os Tempos de Resposta Garantidos foram integrados no Contratos-programa/Plano de Desempenho?		x	Apenas para 2011
1.14 Está afixada, em locais de fácil acesso e consulta, informação actualizada relativa ao Tempos de Resposta Garantidos para os diversos tipos de prestações e por patologia ou grupos de patologias? Especificar	x		em www.hvsalreu.eu
1.15 Esta disponível, no sítio da internet, informação actualizada das áreas de actividade/serviços disponíveis e a capacidade instalada e, mais concretamente, os respectivos Tempos de Resposta Garantidos, nas diversas modalidades de prestação de cuidados de Saúde?	x		
1.16 Existe comprovativo, mediante registo ou impresso próprio, da prestação de informação aos utentes no acto de pedido ou marcação de consulta, tratamento ou exame, sobre os Tempos de Resposta Garantidos para prestação dos cuidados de que necessita? Indicar.		x	
1.17 Em caso de referência para outra unidade de saúde, estão definidos procedimentos para informar os utentes sobre o tempo máximo de resposta garantido para lhe serem prestados os respectivos cuidados no estabelecimento de referência? Indicar.		x	
1.18 O relatório anual sobre o acesso foi divulgado e publicado em suporte autónomo ou consta do Relatório de Actividades e/ou do Plano de desempenho?	x		
1.19 As reclamações e/ou sugestões relativas ao acesso são objecto de tratamento próprio, independentemente da sua génese/proveniência (Gabinete do Utente, Entidade Reguladora da Saúde, etc.)?	x		
Apresentar quadro-resumo discriminando tipo de reclamação, origem, objecto, consequências (anexo)			em ponto próprio do presente relatório
1.20 As sugestões e reclamações ou outras formas de participação dos utentes/cidadãos na melhoria do acesso são integradas na avaliação e medidas de correcção?	x		
1.21 A Entidade Reguladora da Saúde promoveu diligências, intervenções ou outras medidas junto da instituição, em resultado de reclamações relativas ao acesso a cuidados de saúde?		x	
1.22 Foram constituídos/abertos processos sancionatórios em resultado de reclamação e/ou mero incumprimento da Lei? Quantificar e caracterizar		x	
1.23 O Relatório sobre o Acesso foi objecto de auditoria pela Inspeção-Geral das Actividades em Saúde?		x	
1.24 As reclamações, sugestões e comentários foram comunicados a Direcção Geral da Saúde, no âmbito do projecto "SIM Cidadão"? (anexar um mapa com resumo do tratamento das reclamações)	x		

7. Análise global de Tempos Máximos de Resposta Garantidos no SNS

Relativamente à análise que se pretende efectuar à garantia dos tempos máximos de resposta, deve-se acrescentar o seguinte:

- Constata-se o cumprimento dos tempos máximos de resposta pela análise que se faz mensalmente às listas de espera do hospital, quer para consulta, quer para cirurgia e que, oportunamente, são publicadas de forma mensal na página electrónica do hospital;
- Atendendo à reduzida diferenciação do Hospital Visconde de Salreu, não são recepcionadas referências para consulta externa com diagnósticos prioritários pelo que não se coloca a questão dos níveis de referência;
- A prioridade deste Hospital continua a ser a captação de um número superior de utentes para justificar os serviços clínicos actualmente existentes, sendo que este processo ainda se torna viável já que as listas de espera são muito reduzidas, quer em número de utentes, quer em tempo de espera.

Tempos máximos de resposta garantidos (TMRG), Tempos de resposta garantidos (TRG) da entidade e tempos de resposta (TR) da entidade em 2009			
(Lei nº 41/2007 de 28 de Agosto e Portaria nº1529/2008, de 26 de Dezembro)			
Consulta Externa	TMRG	TGR do HVS em 2010	
Primeira consulta de especialidade hospitalar referenciada pelos centros de saúde	30 (trinta) dias a partir do registo do		
De realização "muito prioritária" de acordo com a avaliação em triagem hospitalar	pedido da consulta no sistema informático CTH pelo médico assistente do centro de saúde		n.a.
De realização "prioritária" de acordo com a avaliação em triagem hospitalar	60 (sessenta) dias a partir do registo do pedido da consulta no sistema informático CTH pelo médico assistente do centro de saúde		n.a.
De realização com prioridade "normal" de acordo com a avaliação em triagem hospitalar	150 (cento e cinquenta) dias a partir do registo do pedido da consulta no sistema informático CTH pelo médico assistente do centro de saúde		x
Meios Complementares de Diagnóstico e de Terapêutica	TMRG	TGR do HVS	TR do HVS em 2010
Cateterismo cardíaco	30 (trinta) dias após a indicação clínica		n.a.
Pacemaker cardíaco	30 (trinta) dias após a indicação clínica		n.a.
Cirurgia programada			
Prioridade "de nível 4" de acordo com a avaliação da especialidade hospitalar	72 (setenta e duas) horas após a indicação clínica		n.a.
Prioridade "de nível 3" de acordo com a avaliação da especialidade hospitalar	15 (quinze) dias após a indicação clínica		n.a.
Prioridade "de nível 2" de acordo com a avaliação da especialidade hospitalar	60 (sessenta) dias após a indicação clínica		
Prioridade "de nível 1" de acordo com a avaliação da especialidade hospitalar	270 (duzentos e setenta) dias após a indicação clínica		

8. Análise específica de Tempos Máximos de Resposta Garantidos do Hospital Visconde de Salreu

8.1. Consulta externa

8.1.1. Comparação da produção do ano de 2010 e ano de 2009

Conforme se pode constatar pelo quadro seguinte é generalizado o crescimento assistencial, em regime de consulta externa, do Hospital Visconde de Salreu.

Aliás, o ano de 2010 regista o máximo histórico deste Hospital no que diz respeito à realização de consultas externas atingindo um patamar muito elevado e de difícil superação sem a abertura de novas especialidades.

ESPECIALIDADE	Consultas Realizadas					
	Primeiras consultas	Primeiras consultas	Varição	Total consultas	Total consultas	Varição
	2010	2009	2010-2009 (%)	2010	2009	2010-2009 (%)
Anestesiologia	395	325	21,54%	407	329	23,71%
Cirurgia Geral	1.203	1.164	3,35%	4.048	4.167	-2,86%
Dietética	37	52	-28,85%	209	495	-57,78%
Dor	76	0	0,00%	215	0	0,00%
Fisiatria	293	281	4,27%	840	650	29,23%
Ginecologia	184	162	13,58%	485	403	20,35%
Hipertensão Arterial	19	14	35,71%	177	186	-4,84%
Imuno-Alergologia	117	60	95,00%	256	137	86,86%
Medicina Interna	171	136	25,74%	1.035	709	45,98%
Medicina do Trabalho	25	1	2400,00%	308	101	204,95%
Medicina Curativa	32	49	-34,69%	98	280	-65,00%
Oftalmologia	293	398	-26,38%	979	896	9,26%
Ortopedia	1.122	1.087	3,22%	2.489	2.632	-5,43%
Otorrinolaringologia	328	255	28,63%	829	592	40,03%
Patologia Clínica	37	21	76,19%	415	355	16,90%
Pediatria	50	32	56,25%	248	287	-13,59%
Pneumologia	47	69	-31,88%	261	260	0,38%

À semelhança de 2009 continuam a assistir-se a taxas de crescimento interessantes nalgumas especialidades do Hospital, muito embora se constata que a maioria das mesmas já começa a alcançar níveis de maturidade que não se compadecem com taxas de crescimento elevadas típicas de fases de arranque.

- Anestesiologia, 23,71%;
- Fisiatria, 29,23%;
- Ginecologia, 20,35%;
- Medicina Interna, 45,98%;
- Otorrinolaringologia, 40,03%;
- Pneumologia, 89%.

No que diz respeito à acessibilidade dos doentes a primeiras consultas refira-se, apenas, que o único caso que foi digno de análise ao longo de 2010 se refere à especialidade de

Pneumologia que não teve capacidade de resposta para manter a capacidade de resposta de realização de primeiras consultas.

Para este panorama não é alheio facto da especialidade de Pneumologia ter duas características importantes:

- Ser uma especialidade muito recente no HVS pelo que o ano de 2009 serviu para captação de novos utentes, anteriormente referenciados para outras instituições hospitalares;
- Atender, maioritariamente, casos crónicos pelo que o processo de atribuição de alta clínica é moroso e impede a possibilidade de aceitação de novos doentes por falta de capacidade de agenda para tal.

Existem, ainda, outras especialidades que registaram valores negativos no que diz respeito à evolução da taxa de acessibilidade a consulta externa, nomeadamente, Dietética e Medicina do Trabalho e que se deveu ao facto das respectivas responsáveis pela sua execução se terem encontrado ausentes por motivos clínicos dos respectivos serviços durante parte de 2010.

Por último, a taxa de acessibilidade de Oftalmologia também se reduziu já que se assiste a uma redução significativa da procura de cirurgia de catarata, pelo que este valor não representa um alargamento do tempo de resposta como se poderia depreender à partida.

8.1.2. Primeiras consultas de especialidade – Programa “Consulta a Tempo e Horas”

A informação recebida da Unidade Central da Consulta a Tempo e Horas para efeitos da elaboração do presente relatório evidencia o quão incipiente continua a ser o processo de referenciação de utentes para consulta externa e para as especialidades existentes no Hospital Visconde de Salreu e já mencionado no relatório relativo ao ano de 2009.

Especialidade	Pedidos a aguardar consulta. Tempo previsto até à data da consulta em pedidos agendados.			Consultas Realizadas em 2010 até à realização da consulta por nível de prioridade				Tempo Realizadas Fora TMRG
	N.º Pedidos agendados	Tempo médio (dias)	Tempo máximo (dias)	N.º Consultas Realizadas	“Muito prioritárias” Realizadas até 30 dias	“Prioritárias” Realizadas entre 31 e 60	“Normal” Realizadas entre 60-150	
Anestesiologia	0	0	0	11	1	5	3	2
Cirurgia Geral	18	94,1	122,2	615	1	38	281	295
Endocrinologia - Nutrição	0	0	0	10	0	0	0	10
Hematologia Clínica	0	0	0	3	0	0	3	0
Imunologia	0	0	0	20	0	0	18	2
Fisiatria	0	0	0	2	0	0	0	2
Medicina Interna	0	0	0	46	0	1	36	9
Oftalmologia	1	137,1	137,1	117	1	35	52	29
Ortopedia	20	29,8	69,9	666	0	0	396	270
Otorrinolaringologia	1	37,9	37,9	133	0	0	115	18
Pediatria	1	57	57	18	0	0	13	5

Contudo, e já em 2010, todas as especialidades existentes em regime de consulta externa neste Hospital se tornaram aptas a receber as referências por via informática, pelo que é previsível que os rácios se expandam quantitativamente e progressivamente em 2011 e melhorando este indicador de performance.

8.2. Actividade Cirúrgica

8.2.1. Comparação da produção do ano de 2010 e ano de 2009

A actividade cirúrgica do Hospital Visconde de Salreu apresenta duas evoluções bem distintas, consoante o tipo de intervenção que é realizada:

- Reforço da actividade cirúrgica de Ginecologia a que não é alheio o facto da periodicidade da mesma ter passado a semanal, em vez de quinzenal como em 2009, e com um período de tempo mais alargado que tem permitido a intervenção cirúrgica a, pelo menos, mais um doente por turno;
- Intervenção convencional e em ambulatório na especialidade de Cirurgia Geral em visível crescimento e que não é alheio o facto de se ter adicionado um período operatório a esta especialidade para combater a sua lista de espera;
- Intervenção ambulatoria na especialidade de Oftalmologia que já começa a evidenciar a decrescente procura fruto da especialização deste serviço na cirurgia da catarata e que começa a ver esgotada a sua procura;
- Mencione-se, ainda, o esforço que as especialidades cirúrgicas de Ortopedia, Cirurgia Geral e Ginecologia têm registado no sentido de alterar as suas práticas cirúrgicas no sentido do reforço da cirurgia de ambulatório com reflexos ao nível do conforto dos utentes e da reorganização dos processos internos do Hospital.

Especialidade	Produção Cirurgias Programadas			Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC)			Mediana do Tempo de Espera		
	Nº cirurgias programadas 2010	Nº cirurgias programadas 2009	Varição 2009 – 2008 (%)	Nº entradas em LIC 2010	Nº entradas em LIC 2009	Varição LIC 2010 – 2009 (%)	2010	2009	Varição 2010 – 2009 (%)
Cirurgia Geral	646	600	7,67%		47				0,9
Ginecologia	75	45	66,67%		1				0,3
Oftalmologia	302	558	-45,88%		22				0,6
Ortopedia	133	203	-34,48%		9				0,3

8.2.2. Tempo de espera por nível de prioridade

Os procedimentos de referência cirúrgica estabelecidos no Hospital Visconde de Salreu encontram-se perfeitamente definidos, pelo que:

- Não existem situações de intervenções cirúrgicas programadas com realização posterior a sessenta dias face ao momento da sua programação, salvo em casos excepcionais em que o utente adie *sine die* a intervenção por motivos que lhe sejam imputáveis;
- Fruto da sua reduzida diferenciação clínica, são realizadas poucas cirurgias de níveis de prioridade elevada já que os respectivos utentes, em particular de patologia oncológica, são devidamente encaminhados para instituições hospitalares mais especializadas.

Cirurgias programadas realizadas no ano 2010						
Especialidade	Tempo até à realização da cirurgia após indicação clínica, por nível de prioridade					
	Total cirurgias programadas realizadas 2010	Cirurgias com prioridade "de nível 4" realizadas até 72 horas	Cirurgias com prioridade "de nível 3" realizadas até 15 dias	Cirurgias com prioridade "de nível 2" realizadas até 60 dias	Cirurgias com prioridade "de nível 1" até 270 dias	Cirurgias realizadas fora do TMRG (>270 dias)
Cirurgia Geral	646	0	5	56	585	0
Ginecologia	75	0	0	19	56	0
Oftalmologia	302	0	1	13	288	0
Ortopedia	133	0	5	7	121	0

9. Conclusão

Para além da necessária apresentação de resultados de garantia de acesso dos utentes ao Hospital Visconde de Salreu importa, efectivamente, apresentar as lacunas deste sistema no próprio Hospital e apresentá-las como ponto de melhoria a implementar já em 2010, a saber:

- Obtenção de uma melhor e mais fidedigna informação dos serviços centrais do programa CTH já que os valores recepcionados não coincidem com a actividade desenvolvida pelo HVS e inviabiliza a análise dos mesmos e a produção deste mesmo relatório;
- Criar uma orgânica interna própria que permita evidenciar a execução e alcance dos objectivos previstos na Carta dos Direitos de Acesso;
- Integrar formalmente os indicadores dos Tempos de Resposta Garantidos no processo de planificação de actividades, mesmo sabendo que os mesmos não se encontram risco neste Hospital;
- Melhorar a informação disponível em www.hvsalreu.eu relativamente à capacidade instalada e às actividades desenvolvidas.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Portaria n.º 1529/2008 de 26 de Dezembro

O Programa do XII Governo Constitucional propugna a requalificação do Serviço Nacional de Saúde, definindo que «o sistema deve ser reorganizado a todos os níveis, colocando a centralidade no cidadão». O acesso aos cuidados de saúde, nas suas diversas componentes, está no centro dessas preocupações e constitui prioridade da acção do Governo e das reformas que têm vindo a ser implementadas.

Entretanto, foi aprovada a Lei n.º 41/2007, de 24 de Agosto, que define os termos a que deve obedecer a redacção e publicação da Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Através dela pretende -se garantir a prestação dos cuidados pelo SNS e pelas entidades convencionadas num tempo considerado aceitável para a condição de saúde de cada utente e assegurar o direito dos utentes à informação sobre o tempo de acesso.

Aquele diploma determina que, anualmente, seja publicada uma portaria em que se definem os tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) para todo o tipo de prestações de cuidados de saúde sem carácter de urgência, designadamente ambulatorio dos centros de saúde, cuidados domiciliários, consultas externas hospitalares, meios complementares de diagnóstico e terapêutica e cirurgia programada.

Nos termos da lei, os TMRG serão progressivamente discriminados por patologia ou grupos de patologia. Posteriormente, cada estabelecimento de saúde fixará os seus tempos de resposta garantidos (TRG) por tipo de prestação, dentro dos limites estabelecidos a nível nacional.

Os estabelecimentos do SNS e do sector convencionado, incluindo os sectores privado e social, ficam ainda obrigados a prestar aos utentes informação actualizada sobre os TMRG aplicáveis ao nível nacional e sobre os TRG que se verificam na própria instituição.

2.º A presente anexação só produz efeitos relativamente a terceiros com a instalação da respectiva sinalização.

A fixação de TMRG só é credível se existirem instrumentos adequados de monitorização do seu cumprimento.

A qualidade da informação sobre os TMRG requer o funcionamento pleno de sistemas de informação robustos e que garantam a qualidade da informação disponibilizada.

Estão reunidas condições a nível do SNS para estabelecer TMRG para o acesso a consultas e a cuidados domiciliários dos centros de saúde, a consultas externas hospitalares, a cirurgia programada e a determinados meios complementares de diagnóstico e terapêutica no âmbito da cardiologia.

Em complemento da discriminação por tipo de prestação de cuidados referida, inicia -se a discriminação dos TMRG por grupos de patologia, contemplando -se, desde já, a doença oncológica.

A definição dos TMRG não prejudica, como é óbvio, o cumprimento de tempos de resposta mais rigorosos que venham a ser estabelecidos em algumas áreas e programas de saúde de âmbito nacional, à semelhança do que foi já estabelecido através da Portaria n.º 1306/2008, de 11 de Novembro, e do despacho n.º 35/2008, do Secretário de Estado da Saúde, de 25 de Julho, relativos ao Programa de Intervenção em Oftalmologia.

A presente portaria tem em conta o estabelecido nas Portarias n.os 45/2008, de 15 de Janeiro (Regulamento do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia), e 615/2008, de 11 de Julho (Regulamento do Sistema Integrado de Referência e de Gestão do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar nas Instituições do Serviço Nacional de Saúde).

Para a definição dos TMRG foram ouvidas as diversas estruturas e entidades competentes na matéria, designadamente:

Administração Central do Sistema de Saúde, I. P.; Direcção -Geral da Saúde; Administrações Regionais de Saúde, I. P.; Missão para os Cuidados de Saúde Primários; Inspeção -Geral das Actividades em Saúde; Entidade Reguladora da Saúde; Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas; Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares; Coordenação do Sistema de Gestão de Inscritos para Cirurgia, e Coordenação do Projecto Consulta a Tempo e Horas.

Assim:

Nos termos do que foi exposto e ao abrigo do n.º 1 do artigo 3.º da Lei n.º 41/2007, de 24 de Agosto, manda o Governo, pelo Secretário de Estado da Saúde, o seguinte:

Artigo 1.º

Tempos máximos de resposta garantidos

1 — Fixam -se, a nível nacional, os tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) para o acesso a cuidados de saúde para os vários tipos de prestações sem carácter de urgência e que constam do anexo n.º 1 deste diploma.

2 — Os TMRG definidos na presente portaria devem ser tidos em conta nos planos de desempenho e na contratualização para 2009 dos estabelecimentos do SNS bem como na revisão ou estabelecimento de novos contratos com entidades convencionadas.

3 — O cumprimento dos TMRG fixados é alvo de monitorização pela Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., e pelas Administrações Regionais de Saúde, I. P., no âmbito do processo de acompanhamento da execução dos planos de desempenho, em articulação com a Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares e com a Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas, nas respectivas áreas, e pela Direcção -Geral da Saúde.

Artigo 2.º

Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Nacional de Saúde

É publicada a Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Nacional de Saúde e que constitui o anexo n.º 2.

Artigo 3.º

Entrada em vigor

A presente portaria produz efeitos a partir de 1 de Janeiro de 2009.

O Secretário de Estado da Saúde, *Manuel Francisco Pizarro de Sampaio e Castro*, em 16 de Dezembro de 2008.

ANEXO N.º 1

Tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) no acesso a cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde

Nível de acesso e tipo de cuidados TMRG

1 — Cuidados de saúde primários:

1.1 — Cuidados prestados no centro de saúde a pedido do utente:

1.1.1 — Motivo relacionado com doença aguda.

Atendimento no dia do pedido.

1.1.2 — Motivo não relacionado com doença aguda.

15 dias úteis a partir da data do pedido.

1.2 — Necessidades expressas a serem resolvidas de forma indirecta:

1.2.1 — Renovação de medicação em caso de doença crónica.

Setenta e duas horas após a entrega do pedido.

1.2.2 — Relatórios, cartas de referenciação, orientações e outros documentos escritos (na sequência de consulta médica ou de enfermagem).

Setenta e duas horas após a entrega do pedido.

1.3 — Consultas programadas pelos profissionais.

Sem TMRG geral aplicável; dependente da periodicidade definida nos programas nacionais de saúde e ou avaliação do clínico.

1.4 — Consulta no domicílio a pedido do utente.

Vinte e quatro horas se a justificação do pedido for aceite pelo profissional.

2 — Hospitais do SNS:

2.1 — Primeira consulta de especialidade hospitalar referenciada pelos centros de saúde:

2.1.1 — De realização «muito prioritária» de acordo com a avaliação em triagem hospitalar.

30 dias seguidos a partir do registo do pedido da consulta no sistema informático da consulta a tempo e horas (CTH) pelo médico assistente do centro de saúde.

2.1.2 — De realização «prioritária» de acordo com a avaliação em triagem hospitalar.

60 dias seguidos a partir do registo do pedido da consulta no sistema informático CTH pelo médico assistente do centro de saúde.

2.1.3 — De realização com prioridade «normal» de acordo com a avaliação em triagem hospitalar.

150 dias seguidos a partir do registo do pedido da consulta no sistema informático CTH pelo médico assistente do centro de saúde.

2.2 — Primeira consulta em situação de doença oncológica suspeita ou confirmada.

Variável em função do nível de prioridade — v. n.º 3.3 das notas técnicas.

2.3 — Meios complementares de diagnóstico e terapêutica em doenças cardiovasculares:

2.3.1 — Cateterismo cardíaco

30 dias seguidos após a indicação clínica.

Nível de acesso e tipo de cuidados TMRG

2.3.2 — *Pacemaker* cardíaco

30 dias seguidos após a indicação clínica.

2.4 — Cirurgia programada:

2.4.1 — Prioridade «de nível 4» de acordo com a avaliação da especialidade hospitalar. Setenta e duas horas após a indicação cirúrgica.

2.4.2 — Prioridade «de nível 3» de acordo com a avaliação da especialidade hospitalar. 15 dias seguidos após a indicação cirúrgica.

2.4.3 — Prioridade «de nível 2» de acordo com a avaliação da especialidade hospitalar. 60 dias seguidos após a indicação cirúrgica.

2.4.4 — Prioridade «de nível 1» de acordo com a avaliação da especialidade hospitalar. 270 dias seguidos após a indicação clínica.

2.5 — Cirurgia programa na doença oncológica.

Variável em função do nível de prioridade — v. n.os 3.4 e 3.5 das notas técnicas.

3 — Entidades convencionadas:

3.1 — Consultas, cirurgia, meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

O tempo de resposta que conste no contrato de convenção.

Notas técnicas

1 — Cuidados de saúde primários — o acesso dos utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS) aos diversos tipos de prestação de cuidados disponibilizados pelas unidades de saúde dos cuidados de saúde primários é diferenciado consoante se trate de responder a necessidades expressas ou a necessidades não expressas pelos utentes.

1.1 — Prestação de cuidados de iniciativa dos utentes:

1.1.1 — Motivo relacionado com doença aguda — o atendimento deve ser facultado pela unidade de saúde no próprio dia do pedido. Este atendimento não programado, consoante o tipo de cuidado em questão, deve ser realizado pelo médico ou pelo enfermeiro de família do doente ou, em caso de manifesta impossibilidade, por outro daqueles profissionais de saúde em regime de inter substituição.

1.1.2 — Motivo não relacionado com doença aguda — deve ser marcada uma consulta programada com realização dentro de um prazo máximo de 15 dias úteis.

1.1.3 — Em qualquer das situações descritas nos números anteriores, a data do pedido de consulta pelo utente é sempre registada no sistema informático em uso na unidade de saúde.

1.2 — Necessidades expressas a serem resolvidas de forma indirecta — incluem -se neste âmbito os chamados contactos indirectos de que são exemplo a renovação de medicação crónica e a emissão de documentos que não necessitam da presença do cidadão e que habitualmente são enquadradas em horário específico. Os tempos máximos de resposta a garantir dependem de cada situação particular:

1.2.1 — Pedido de renovação de medicação crónica solicitada pelo utente, habitualmente vigiado em consulta na unidade de saúde — deverá ser contemplado, no limite, até às setenta e duas horas após entrega do respectivo pedido.

1.2.2 — Produção de relatórios, cartas de referência e ou elaboração de orientações escritas ou por telefone (a pedido do utente) — estes procedimentos deverão estar concluídos, no limite, até às quarenta e oito horas após o respectivo pedido e ou decisão de referência desde que tenham lugar na sequência de consulta médica e ou de enfermagem recente e concretizada no âmbito da unidade de saúde em questão.

1.3 — Consulta programada pelos profissionais:

1.3.1 — Consulta dirigida a grupos populacionais vulneráveis e ou a grupos de risco — este tipo de consulta é programado pelos profissionais da unidade de saúde (médicos e ou enfermeiros) e tem em conta as normas e orientações técnicas da Direcção -Geral da Saúde que estão indicadas para cada um dos programas nacionais de saúde.

A data da consulta deve observar o cronograma específico que é preconizado e atender à situação clínica concreta do cidadão a quem se destina. Incluem -se neste grupo as consultas de planeamento familiar, saúde materna, saúde infantil e juvenil, vigilância e controlo de doenças crónicas, como a diabetes e a hipertensão.

1.3.2 — Consulta para acompanhamento de doentes crónicos ou seguimento de situações de doença aguda

(convalescença ou outra situação) no âmbito da medicina geral e familiar — este tipo de consultas é programado pelo profissional de saúde, após avaliação do caso clínico em questão.

1.4 — Consulta no domicílio do doente:

1.4.1 — Consulta solicitada pelo utente — trata -se de consulta a pedido do cidadão inscrito e residente na área de influência da unidade de saúde. A justificação do pedido é sujeita a avaliação pelo profissional. Caso seja aceite, a visita domiciliária deverá observar um TMRG de vinte e quatro horas após a sua formulação.

1.4.2 — Consulta programada pelo profissional — trata-se de uma consulta programada pelo profissional da unidade de saúde a doentes portadores de situações clínicas (crónicas ou agudas) já por ele conhecidas e geridas e que necessitam de acompanhamento. O respectivo agendamento é efectuado tendo em conta a gravidade da situação clínica e em comum acordo com os destinatários directos deste tipo de cuidados e os seus familiares ou cuidadores.

2 — Hospitais do SNS:

2.1 — Primeira consulta de especialidade hospitalar:

2.1.1 — O TMRG para uma primeira consulta de especialidade em hospitais do SNS, a partir da referenciação pelas instituições da rede de cuidados de saúde primários, é fixado em 150 dias seguidos contados a partir do registo do pedido pelo médico assistente do centro de saúde no sistema informático da consulta a tempo e horas (CTH), sem prejuízo de TMRG mais curtos, considerada a prioridade atribuída à situação pelo médico triador do hospital de destino, conforme o n.º 5.2 do Regulamento do Sistema CTH, publicado através da Portaria n.º 15/2008, de 11 de Julho.

2.1.2 — A situação específica da consulta em caso de doença oncológica é considerada nos n.os 2 a 3.5.

2.2 — Cirurgia programada:

2.2.1 — O TMRG é fixado em 270 dias após a data da indicação para cirurgia, correspondente à data do respectivo registo no Sistema de Gestão de Inscritos para Cirurgia, conforme o seu Regulamento, publicado pela Portaria n.º 45/2008, de 15 de Janeiro.

2.2.2 — De acordo com o n.º 74 do referido Regulamento, o TMRG estabelecido no número anterior é encurtado em função do nível de prioridade atribuído à situação clínica do doente.

2.2.3 — Exceptua -se do limite fixado no n.º 2.2.1 a cirurgia da doença oncológica, considerando -se o estabelecido nos n.os 3.6 e 3.7.

2.3 — Meios complementares de diagnóstico e terapêutica:

2.3.1 — Cateterismo cardíaco — o TMRG para a realização de cateterismo cardíaco nos centros de referência de intervenção cardiológica do SNS é de 30 dias após a data da indicação clínica.

As técnicas de cateterismo cardíaco incluem colocação de cateter(es), registo de pressões intracardíacas e intravasculares, obtenção de amostras de sangue para determinação dos gases no sangue e ou curvas de diluição de corante/outras para determinação de débitos cardíacos, com ou sem colocação de electrocateter, avaliação final e relatório, cateterismo do coração direito (acto isolado), cateterismo esquerdo com aortografia, cateterismo esquerdo com coronariografia selectiva, visualização de *bypass* aortocoronário

(adicional a procedimento que inclua coronariografia), cateterismo esquerdo com ventriculografia, cateterismo esquerdo com ventriculografia e coronariografia selectiva, cateterismo do coração esquerdo associado a coronariografia selectiva, ventriculografia esquerda selectiva e aortografia, cateterismo do coração direito associado a cateterismo do coração esquerdo, coronariografia selectiva e ventriculografia selectiva, cateterismo do coração direito associado a cateterismo do coração esquerdo, coronariografia selectiva e ventriculografia esquerda selectiva e aortografia, cateterismo direito com angiografia selectiva do seio coronário.

2.3.2 — *Pacemaker* cardíaco — o TMRG é fixado em 30 dias após a sua indicação clínica.

São abrangidos neste número os seguintes actos médicos:

Implantação de *pacemaker* permanente de câmara única com eléctrodo transvenoso, implantação de *pacemaker* permanente de dupla câmara com eléctrodos transvenosos, implantação de *pacemaker* permanente biventricular, com eléctrodos transvenosos, implantação de eléctrodo cardíaco transvenoso ou cateter *pacemaker* temporário (acto isolado) e substituição de gerador *pacemaker* permanente.

3 — Doença oncológica — para efeitos da presente portaria, consideram-se quatro níveis de prioridade na área da oncologia:

Nível 4 — doentes com doença oncológica conhecida ou suspeita em que há risco de vida.

Exemplos: obstrução das vias aéreas; síndrome da veia cava superior; hemorragia; síndrome de compressão medular; síndrome metabólico grave (insuficiência renal); síndrome de obstrução digestiva (obstrução pré -pilórica; oclusão intestinal); tumor cerebral com alteração progressiva do estado de consciência;

Nível 3 — neoplasias agressivas; situações com progressão rápida, sem risco de vida imediato, mas podendo evoluir a curto prazo para essa fase.

Exemplos: tumores malignos da cabeça e pescoço (excepto pele), tumores pediátricos, leucemias agudas, linfomas agressivos;

Nível 2 — neoplasias sem características enquadráveis em nenhuma das restantes categorias, correspondendo à maioria das neoplasias;

Nível 1 — neoplasias indolentes.

Exemplos: carcinoma baso-celular da pele; carcinoma da próstata de «baixo risco», carcinoma da tiróide de «baixo risco», doenças linfoproliferativas crónicas.

3.1 — Prazos máximos para o médico do centro de saúde encaminhar para um centro de referência (CR) situações de doença oncológica suspeita ou confirmada, anexando a informação clínica relevante que estiver disponível:

Prioridade «de nível 4» — imediato, para o serviço de urgência hospitalar ou serviço de atendimento não programado hospitalar;

Restantes níveis de prioridade — vinte e quatro horas.

3.2 — Na sequência do estabelecido no número anterior, a investigação complementar que o caso necessite não pode atrasar o processo de referenciação, devendo o doente ser encaminhado para o CR se houver manifestações típicas de neoplasia, ainda que sem exames complementares. No caso de manifestações sugestivas mas inespecíficas, deverá ser efectuada investigação complementar antes do envio do doente ao CR.

3.3 — Prazos máximos para realização da primeira consulta de especialidade hospitalar no CR:

Prioridade «de nível 4» — não aplicável (o doente é admitido pelo serviço de urgência);

Prioridade «de nível 3» — 7 dias seguidos;

Prioridade «de nível 2» — 15 dias seguidos;

Prioridade «de nível 1» — 30 dias seguidos.

3.4 — Prazos máximos para realização da cirurgia por doença oncológica, contados a partir da data da respectiva

indicação cirúrgica:

Prioridade «de nível 4» — setenta e duas horas;

Prioridade «de nível 3» — 15 dias seguidos;

Prioridade «de nível 2» — 45 dias seguidos;

Prioridade «de nível 1» — 60 dias seguidos.

3.5 — Exceptua-se do número anterior o caso das cirurgias para correcção morfológica em resultado de cirurgia oncológica anterior, em que a intervenção cirúrgica poderá realizar-se até 270 dias.

3.6 — 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, excepto por razões clínicas devidamente fundamentadas.

3.7 — Nas modalidades de tratamento combinadas, o intervalo entre as terapêuticas instituídas deve obedecer aos tempos considerados clinicamente adequados, de acordo com o estado da arte, não ultrapassando os 30 dias, excepto por razões clínicas devidamente fundamentadas.

3.8 — Os institutos de oncologia, por não disporem de urgência aberta, devem garantir um serviço de atendimento permanente não programado, que garanta a observação atempada de todos os utentes referenciados com o nível de prioridades 3 e 4.

ANEXO N.º 2

Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Nacional de Saúde, ao abrigo da Lei n.º 41/2007, de 24 de Agosto

I — Direitos dos utentes no acesso aos cuidados de saúde — o utente do Serviço Nacional de Saúde (SNS) tem direito:

- 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, podendo ainda, no caso de se tratar de um estabelecimento do SNS, reclamar através do Sistema Sim -Cidadão.

II — Direitos dos utentes à informação — o utente do SNS tem direito a:

- 1) Ser informado em cada momento sobre a sua posição relativa na lista de inscritos para os cuidados de saúde que aguarda;
- 2) Ser informado, através da afixação em locais de fácil acesso e consulta, pela Internet ou outros meios, sobre os tempos máximos de resposta garantidos a nível nacional e sobre os tempos de resposta garantidos de cada instituição prestadora de cuidados de saúde;
- 3) 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 referenciação para outra entidade do SNS ou para uma entidade do sector privado convencionado;
- 4) Conhecer o relatório circunstanciado sobre o acesso aos cuidados de saúde, que todos os estabelecimentos do SNS estão obrigados a publicar e divulgar até 31 de Março de cada ano.