Secretaria Regional da Saúde e Segurança Social

Portaria n.º 93/2024 de 11 de novembro de 2024

A redução de listas de espera cirúrgicas, de consultas e de meios complementares de diagnóstico e terapêutica para tempos de espera clinicamente aceitáveis é uma das medidas inseridas no Programa do XIV Governo Regional para promover a universalidade e acessibilidade de todos os cidadãos aos cuidados de saúde.

De acordo com a Lei n.º 15/2014, de 21 de março, o membro do governo com competência em matéria de saúde estabelece, por portaria, os tempos máximos de resposta garantidos (doravante TMRG), para todo o tipo de prestações de saúde sem caráter de urgência, nomeadamente ambulatório dos centros de saúde, cuidados domiciliários, consultas externas hospitalares, meios complementares de diagnóstico e terapêutica e cirurgia programada.

Pela mesma portaria é aprovada a Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Regional de Saúde (doravante SRS), a qual contém, entre outros, o direito do utente à informação sobre os TMRG, sendo divulgada no portal do Governo Regional e obrigatoriamente afixada em locais de fácil acesso e visibilidade em todos os estabelecimentos do SRS ou convenionados.

A definição dos TMRG não prejudica o cumprimento de tempos de resposta mais rigorosos que venham a ser estabelecidos em algumas áreas e programas de saúde de âmbito regional, nomeadamente na área da oncológica.

Finalmente, para a definição dos TMRG foram ouvidas as estruturas e entidades competentes na matéria, designadamente, a Direção Regional da Saúde e as Unidades de Saúde Públicas do Serviço Regional de Saúde.

Assim, ao abrigo do disposto na alínea *d*) do n.º 1 do artigo 90º do Estatuto Político-Administrativo da Região Autónoma dos Açores e no n.º 2 do artigo 1.º e nos artigos 25.º e 27.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, manda o Governo Regional, pela Secretária Regional da Saúde e Segurança Social, o seguinte:

1 – A presente portaria fixa os TMRG no acesso a cuidados de saúde para os vários tipos de prestações e que constam do anexo I deste diploma, do qual faz parte integrante.

2 – O cumprimento dos TMRG fixados é alvo de monitorização pela Direção Regional da Saúde, no âmbito do processo de acompanhamento da execução dos contratos-programa com as Unidades de Saúde Públicas do SRS.

3 – O serviço da Secretaria Regional da Saúde e Segurança Social com competência em planeamento e estatística deve publicar no portal do Governo Regional, no sítio da Secretaria Regional, informação atualizada sobre os TMRG nas diversas modalidades de prestação de cuidados, por cada unidade de saúde da Região.

4 – A presente portaria aprova também as definições, conceitos e notas técnicas no âmbito dos TMRG, e que constitui o anexo II ao presente diploma, do qual faz parte integrante.

5 – A presente portaria aprova ainda a Carta dos Direitos e Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Regional de Saúde e que constitui o anexo III ao presente diploma, do qual faz parte integrante.

6 – É revogada a Portaria n.º 166/2015, de 31 de dezembro.

7 – A presente portaria produz efeitos a 1 de novembro de 2024.

Secretaria Regional da Saúde e Segurança Social.

Assinada a 8 de novembro de 2024.

A Secretária Regional da Saúde e Segurança Social, *Mónica Reis Simões Seidi*.

ANEXO I

TMRG no acesso a cuidados de saúde no Serviço Regional de Saúde

Nível de acesso e tipo de cuidados	TMRG
1 - Cuidados de saúde primários:	
1.1 - Cuidados de saúde prestados nas Unidades de Saúde de Ilha, a pedido do utente, familiares, cuidadores formais ou informais:	
1.1.1 - Motivo relacionado com doença aguda	Atendimento no próprio dia do pedido
1.1.2 - Motivo não relacionado com doença aguda	15 dias úteis contados da receção do pedido
1.2 - Cuidados de saúde prestados nas Unidades de Saúde de Ilha, a pedido de outras unidades de saúde de ilha, dos serviços hospitalares, da Linha Saúde Açores ou das equipas e unidades da Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados (RRCCI):	
1.2.1 - Motivo relacionado com doença aguda	Atendimento no próprio dia do pedido
1.2.2 - Motivo não relacionado com doença aguda	15 dias úteis contados da receção do pedido
1.3 - Necessidades expressas a serem resolvidas de forma indireta:	
1.3.1 - Renovação de medicação em caso de doenças crónica	72 horas contadas da receção do pedido
1.3.2 - Relatórios, cartas de referenciação, orientações e outros documentos escritos (na sequência de consulta médica ou de enfermagem)	72 horas contadas da receção do pedido
1.4 - Consultas programadas pelos profissionais de saúde das Unidades de Saúde de Ilha	Sem TMRG geral aplicável; dependente da periodicidade definida nos programas regionais de saúde e ou avaliação do clínico
1.5 - Consulta no domicílio:	
1.5.1 - A pedido do utente, familiares, cuidadores formais ou informais ...	72 horas contadas da receção do pedido, se a justificação do pedido for aceite pelo profissional.
1.5.2 - Programadas pelos profissionais do centro de saúde	De acordo com o plano de cuidados previsto

Nível de acesso e tipo de cuidados	TMRG
<p>2 - Primeira consulta de especialidade hospitalar</p>	
<p>2.1 - Primeira consulta de especialidade hospitalar referenciada pelas Unidades de Saúde de Ilha:</p>	
<p>2.1.1 - De realização "Muito Prioritária" de acordo com a avaliação em triagem hospitalar</p>	<p>30 dias seguidos contados do registo do pedido da consulta efetuado pelo médico da USI, através aplicação informática de suporte</p>
<p>2.1.2 - De realização "Prioritária" de acordo com a avaliação em triagem hospitalar</p>	<p>60 dias seguidos contados do registo do pedido da consulta efetuado pelo médico da USI, através aplicação informática de suporte</p>
<p>2.1.3 - De realização com prioridade "Normal" de acordo com a avaliação em triagem hospitalar</p>	<p>150 dias seguidos contados do registo do pedido da consulta efetuado pelo médico da USI, através aplicação informática de suporte</p>
<p>2.2 - Primeira consulta em situação de doença oncológica suspeita ou confirmada:</p>	
<p>2.2.1 - Prazo máximo para os profissionais das USI efetuarem a referência hospitalar</p>	
<p>2.2.1.1 - Urgência diferida (nível 4)</p>	<p>Encaminhamento para a urgência hospitalar ou unidade básica de urgência</p>
<p>2.2.1.2 - Restantes níveis de prioridade</p>	<p>24 horas contadas da receção do pedido</p>
<p>2.2.2 - Prazo máximo para realização da primeira consulta de especialidade hospitalar:</p>	
<p>2.2.2.1 - Urgência diferida (nível 4)</p>	<p>Imediato</p>
<p>2.2.2.2 - Muito prioritária (nível 3)</p>	<p>7 dias seguidos contados da receção do pedido de consulta</p>

Nível de acesso e tipo de cuidados	TMRG
2.2.2.3 - Prioritária (nível 2)	15 dias seguidos contados da receção do pedido de consulta
2.2.2.4 - Normal (nível 1)	30 dias seguidos contados da receção do pedido de consulta
2.3 - Primeira consulta em situação de doença cardíaca suspeita ou confirmada.	
2.3.1 - Prazo máximo para os profissionais das USI efetuarem a referenciação hospitalar:	
2.3.1.1 - Urgência (nível 3)	Encaminhamento para o serviço de urgência
2.3.1.2 - Restantes nível de prioridade	24 horas contadas da receção do pedido
2.3.2 - Prazo máximo para a realização da primeira consulta de especialidade hospitalar de Cardiologia:	
2.3.2.1 - Urgência (nível 3)	Imediato
2.3.2.2 - Doentes prioritários (nível 2)	15 dias seguidos contados da receção do pedido de consulta
2.3.2.3 - Doentes eletivos (nível 1)	30 dias seguidos contados da receção do pedido de consulta
3 - Avaliação para realização de planos de cuidados de saúde programados:	
3.1 - Urgência diferida (nível 4)	24 horas contadas do 1.º contato com a instituição
3.2 - Muito prioritário (nível 3)	7 dias seguidos contados da 1.ª Consulta de especialidade
3.3 - Prioritária (nível 2)	30 dias seguidos contados da 1.ª Consulta de especialidade
3.4 – Prioridade Normal (nível 1)	60 dias seguidos contados da 1.ª Consulta de especialidade

Nível de acesso e tipo de cuidados	TMRG
4 - Realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT):	
4.1 - Cateterismo cardíaco	30 dias seguidos contados da indicação clínica
4.2 - Pacemaker cardíaco	30 dias seguidos contados da indicação clínica
4.3 - Exames de Endoscopia Gastroenterológica	90 dias seguidos contados da indicação clínica
4.4 - Exames de Medicina Nuclear	30 dias seguidos contados da indicação clínica
4.5 - Exames de Tomografia Computorizada	90 dias seguidos contados da indicação clínica
4.6 - Ressonâncias Magnéticas	90 dias seguidos contados da indicação clínica
4.7 - Angiografia diagnosticada	30 dias seguidos contados da indicação clínica
4.8 - Tratamentos de Radioterapia	15 dias seguidos contados da indicação clínica
4.9 - Restantes MCDT integrados e em programas de seguimento	A realizar dentro dos TMRG definido para a realização do plano de cuidados programados em que se insere a necessidade de realização do MCDT
5 - Realização de procedimentos hospitalares cirúrgicos programados:	
5.1 - Procedimentos hospitalares cirúrgicos programados:	
5.1.1 - Urgência diferida (nível 4)	3 dias seguidos da indicação cirúrgica
5.1.2 - Muito prioritária (nível 3)	15 dias seguidos da indicação cirúrgica
5.1.3 - Prioritária (nível 2)	60 dias seguidos da indicação cirúrgica
5.1.4 - Prioridade Normal (nível 1)	270 dias seguidos da indicação cirúrgica

Nível de acesso e tipo de cuidados	TMRG
5.2 - Procedimentos hospitalares cirúrgicos programados na doença oncológica:	
5.2.1 - Urgência diferida (nível 4)	72 horas contadas do 1.º contato com a instituição
5.2.2 - Muito prioritário (nível 3)	15 dias seguidos da indicação cirúrgica
5.2.3 - Prioritário (nível 2)	45 dias seguidos da indicação cirúrgica
5.2.4 - Prioridade Normal (nível 1)	60 dias seguidos da indicação cirúrgica
5.3 - Procedimentos hospitalares cirúrgicos programados na doença cardíaca:	
5.3.1 - Muito prioritário (nível 3)	15 dias seguidos da indicação cirúrgica
5.3.2 - Prioritário (nível 2)	45 dias seguidos da indicação cirúrgica
5.3.3 - Prioridade Normal (nível 1)	90 dias seguidos da indicação cirúrgica
6 - Entidades com acordos e contratos de convenção:	
6.1 - Consultas, cirurgia, meios complementares de diagnóstico e terapêutica	O tempo de resposta que conste no contrato de convenção e nos regulamentos aplicáveis
7 - Entidades com contratos no âmbito da RRCCI:	
7.1 - Equipas e unidades de ambulatório e internamento	O tempo de resposta que conste da regulamentação específica a definir no âmbito da RRCCI

ANEXO II

Definições, conceitos e notas técnicas

1 - Cuidados de saúde primários – o acesso dos utentes do SRS aos diversos tipos de prestação de cuidados disponibilizados pelas unidades de saúde de ilha (USI) é diferenciado consoante se trate de responder a necessidades expressas ou não expressas, assim como se trate de resposta a motivos relacionados com a doença aguda ou não.

1.1 - Prestação de cuidados de saúde por iniciativa dos utentes, familiares, cuidadores formais ou informais:

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 utente ou, em caso de manifesta impossibilidade, por outro profissional de saúde da unidade de saúde em regime de intersubstituição.

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 acima 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 – Prestação de cuidados a pedido dos serviços hospitalares, da Linha Saúde Açores ou das equipas e unidades da Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados (RRCI):

1.2.1 – 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 cuidados em questão, deve ser realizado pelo médico ou enfermeiro de família do utente ou, em caso de manifesta impossibilidade, por outro profissional de saúde da unidade de saúde em regime de intersubstituição.

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

1.3 – Necessidades expressas a serem resolvidas de forma indireta – incluem-se neste âmbito os chamados contatos indiretos 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:

1.3.1 – Pedido de renovação de medicação crónica solicitada pelo utente, habitualmente vigiado em consulta na unidade de saúde – deverá ser contemplado, no limite, até 72 horas após a entrega do respetivo pedido.

1.3.2 – Produção de relatórios, cartas de referenciação e ou elaboração de orientações escritas ou por telefone (a pedido do utente) – estes procedimentos deverão estar concluídos, no limite, até 5 dias após o respetivo pedido e ou decisão de referenciação desde que tenham lugar na sequência de consulta médica e ou de outros profissionais de saúde recente e concretizada no âmbito da unidade de saúde em questão.

1.4 – Consulta programada pelos profissionais de saúde:

1.4.1 – Consulta dirigida a grupos populacionais vulneráveis e ou grupos de risco – este tipo de consulta é programado pelos profissionais de saúde da unidade de saúde e tem em conta as normas e orientações técnicas da DRS que estão indicadas para cada um dos programas regionais de saúde. A data da consulta deve observar o cronograma específico que é preconizado e atender à situação clínica concreta do utente 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 arterial.

1.4.2 – 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, considerando as eventuais Normas publicadas pela DRS e as boas práticas em vigor no SRS.

1.5 – Consulta no domicílio do doente:

1.5.1 – Consulta solicitada pelo utente, familiares, cuidadores formais ou informais: Trata-se de consulta a pedido do cidadão inscrito e residente na área de influência da unidade de saúde, ou dos seus representantes. A justificação do pedido é sujeita a avaliação pelo profissional. Caso seja aceite, a visita domiciliária deverá observar um TMRG de 72 horas após a sua formulação.

1.5.2 – 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 ou geridas e que necessitam de acompanhamento. O respetivo agendamento é efetuado de acordo com o plano de cuidados estabelecido em função das boas práticas em vigor no SRS, tendo em conta

a gravidade da situação clínica e em comum acordo com os destinatários diretos deste tipo de cuidados e os seus familiares ou cuidadores.

2 – Primeira consulta de especialidade hospitalar

2.1 – Primeira consulta de especialidade hospitalar referenciada pelas unidades de saúde de ilha:

2.1.1 – O TMRG para realização desta primeira consulta é fixado em 120 dias seguidos contados a partir do registo do pedido da consulta efetuado pelo médico assistente da USI, através do sistema informático, sem prejuízo de TMRG mais curtos, considerados nas situações de maior prioridade que for atribuída pelo médico triador do hospital de destino.

2.2 – Primeira consulta em situação de doença oncológica suspeita ou confirmada (NM):

2.2.1 – Os prazos máximos para o médico assistente¹ encaminhar o utente para um hospital habilitado ao tratamento da situação concreta de doença oncológica suspeita ou confirmada, tendo em conta os interesses do utente e as redes de referenciação existentes, anexando a informação clínica relevante que estiver disponível, são os seguintes:

2.2.1.1 – Prioridade “de nível 4” – imediato, para o serviço de urgência hospitalar ou serviço de atendimento não programado hospitalar;

2.2.1.2 – Restantes níveis de prioridade – 24 horas.

2.2.2 – O TMRG para realização de uma primeira consulta de especialidade em hospitais do SRS nas situações de doença oncológica suspeita ou confirmada obedece aos seguintes níveis de prioridade:

2.2.2.1 – Prioridade “de nível 4” – não aplicável (admissão pelo serviço de urgência ou atendimento permanente);

2.2.2.2 – Prioridade “de nível 3” – 7 dias seguidos;

2.2.2.3 – Prioridade “de nível 2” – 15 dias seguidos;

2.2.2.4 – Prioridade “de nível 1” – 30 dias seguidos.

2.3 – Primeira consulta em situação de doença cardíaca suspeita ou confirmada:

¹ No âmbito deste texto entende-se por médico assistente todo aquele que observando o doente identificou a necessidade da referenciação para outro nível de cuidados ou outra especialidade. A investigação complementar que o caso necessite não pode atrasar o processo de referenciação, devendo o doente ser encaminhado para o Hospital se houver manifestações típicas de neoplasia, ainda que sem exames complementares. No caso de manifestações sugestivas mais específicas, deverá ser efetuada investigação complementar antes do envio do doente ao Hospital.

2.3.1 – Urgência diferida (nível 3) – imediato (síndrome coronária aguda, insuficiência cardíaca descompensada);

2.3.2 – Doentes prioritários (nível 2) – 15 dias seguidos (cardiopatia isquémica, estenose aórtica, doentes com sintomatologia avançada oriunda de quaisquer patologias – classe CCS ou NYHA III-IV ou equivalente);

2.3.3 – Doentes eletivos (nível 1) – 30 dias seguidos (outras patologias com potencial indicação cirúrgica).

3 – Avaliação para realização de plano de cuidados programados:

3.1 – Entende-se por período de avaliação para realização de plano de cuidados programados o decorrido entre a 1ª consulta hospitalar e a elaboração do plano de cuidados mais adequado à situação clínica do utente ou, em alternativa, à emissão da alta do episódio hospitalar.

3.2 – O período de avaliação destina-se a permitir estabelecer um diagnóstico, ainda que provisório, e a determinar a necessidade de estabelecer um plano de cuidados a prosseguir na instituição, ou referenciar o doente de novo para outro nível de cuidados ou para outra especialidade, devendo nesta situação registar alta da consulta. No caso dos episódios em que não exista necessidade de prosseguir a prestação de cuidados hospitalares, findo o período de análise, o médico regista alta no processo clínico e entrega ao doente um documento que resuma o episódio hospitalar (nota de alta da consulta).

3.3 – O TMRG para o período de avaliação depende da prioridade estabelecida pelo médico triador ou pelo médico que efetua a referenciação, podendo ser de 60 dias seguidos no caso da prioridade normal, ou inferior para níveis de prioridade mais elevados.

3.4 – Os tempos referidos no número anterior são contabilizados a partir da admissão à primeira consulta da especialidade hospitalar, face ao problema de saúde identificado, até ao registo com informação e consentimento expresso do utente para realização do plano de cuidados ou da alta da consulta, com o registo, no Sistema de Informação do hospital, do sumário do episódio e a entrega da nota da alta da consulta, ao utente.

3.5 – Para as primeiras consultas de Cardiologia para as situações de doença cardíaca suspeita ou confirmada, define-se que o tempo de diagnóstico completo e de apresentação de proposta terapêutica é de 15 dias seguidos após a indicação clínica para os doentes prioritários (nível 2) e de 45 dias seguidos após a indicação clínica para os doentes eletivos (nível 1), incluindo-se nestes tempos a realização dos MCDT que

sejam necessários para estabelecer o diagnóstico, elaborar a proposta terapêutica e a apresentação à cirurgia ou à intervenção cardiológica.

4 – Meios complementares de diagnóstico ou terapêutica – Nos TMRG estão incluídos os tempos de espera para todos e quaisquer MCDT que sejam necessários para estabelecer o diagnóstico e elaborara a proposta terapêutica, destacando-se:

4.1 – Cateterismo cardíaco – o TMRG para a realização de cateterismo cardíaco nos centros de referência de intervenção cardiológica do SRS é de 30 dias contados da indicação clínica.

4.2 – Pacemaker cardíaco – o TMRG é fixado em 30 dias contados da indicação clínica.

4.3 – Exame de Endoscopia Gastroenterológica – o TMRG para a realização destes exames no SRS é de 90 dias contados da indicação clínica. São abrangidos neste número os seguintes serviços de endoscopia: colonoscopia esquerda; colonoscopia total; colonoscopia total com ileoscopia; endoscopia digestiva alta.

4.4 – Exame de Medicina Nuclear – o TMRG para a realização destes exames no SRS é de 30 dias contados da indicação clínica. São abrangidos neste número os seguintes exames: cintigrafia óssea, densitometria óssea bifotónica, cintigrafia renal com DMSA, renograma angiografia de radionuclídeos de equilíbrio; cintigrafia miocárdica de perfusão em esforço/stress farmacológico; cintigrafia miocárdica de perfusão em repouso.

4.5 – Exame de Tomografia Computorizada – o TMRG para a realização destes exames no SRS é de 90 dias contados da indicação clínica.

4.6 – Exame de Ressonância Magnética – o TMRG para a realização destes exames no SRS é de 90 dias contados da indicação clínica.

4.7 – Exames de angiografia diagnóstica – o TMRG para a realização destes exames no SRS é de 30 dias contados da indicação clínica.

4.8 – Tratamento de Radioterapia – o TMRG para a realização destes tratamentos no SRS é de 15 dias contados da indicação clínica.

4.9 – Os restantes MCDT que não foram referidos nos números anteriores têm de ser efetuados dentro dos TMRG que se encontram definidos para a realização do plano de cuidados programados em que se insere a necessidade de realização do MCDT.

5 – Procedimentos hospitalares cirúrgicos programados:

5.1 – Para a generalidade dos procedimentos hospitalares cirúrgicos programados, o TMRG é fixado em 270 dias após a data da indicação para cirurgia, correspondente à

data do respetivo registo no sistema de informação que suporta o SIGICA, podendo estes tempos ser encurtados em função do nível de prioridade atribuído à situação clínica do doente.

5.2 - Para os procedimentos hospitalares cirúrgicos programados na doença oncológica consideram-se quatro níveis de prioridade, a contar do estabelecimento da indicação cirúrgica formalizada no registo da proposta:

5.2.1 – Prioridade “de nível 4” – 72 horas – considera 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); peritonite; tumor cerebral com alteração progressiva do estado de consciência.

5.2.2 – Prioridade “de nível 3” – 15 dias seguidos – considera neoplasias agressivas [tumores malignos da cabeça e pescoço (exceto pele), tumores pediátricos, leucemias agudas, linfomas agressivos, por exemplo]: situações com progressão rápida, sem risco de vida imediato, mas podendo evoluir a curto prazo para essa fase.

5.2.3 – Prioridade “de nível 2” – 45 dias seguidos – considera neoplasias sem características enquadráveis em nenhuma das restantes categorias, correspondendo à maioria das neoplasias.

5.2.4 – Prioridade “de nível 1” – 60 dias seguidos – neoplasias indolentes. Exemplos: carcinoma baso-celular da pele; carcinoma da próstata de “baixo risco”, carcinoma da tireoide de “baixo risco”, doenças linfoproliferativas crónicas.

5.2.5 – Para o efeito desta portaria não se consideram cirurgias para correção morfológica em resultado de cirurgia ou acidente anterior, ou ainda dismorfia congénita ou adquirida, em que a intervenção cirúrgica poderá realizar-se até 270 dias.

5.2.6 – As modalidades de prestação de cuidados não cirúrgicos da doença oncológica deverão observar os tempos de resposta considerados clinicamente adequados, de acordo com as orientações e normas emitidas pela Direção Regional da Saúde, não ultrapassando o início do tratamento os 30 dias seguidos após a indicação terapêutica, exceto por razões clínicas fundamentadas.

5.2.7 – Nas modalidades combinadas de prestação de cuidados de saúde, o intervalo entre as terapêuticas instituídas deve obedecer aos tempos considerados clinicamente adequados, de acordo com as orientações e normas da emitidas pela

Direção Regional de Saúde, não ultrapassando os 30 dias, exceto por razões clinicamente fundamentadas.

5.3 – Procedimentos hospitalares programados na doença cardíaca: consideram-se três níveis de prioridade, a contar do estabelecimento da indicação cirúrgica formalizada no registo da proposta e aceitação da cirurgia:

5.3.1 – Muito prioritário (nível 3) – 15 dias seguidos – sintomatologia grave (classe CCS ou NTHA III-IV ou equivalente) ou com anatomia coronária de alto risco (estenose significativa do tronco comum ou equivalente), doença de três vasos com estenose significativa próxima da descendente anterior ou disfunção ventricular;

5.3.2 – Prioritário (nível 2) – 45 dias seguidos – nos casos de doença isquémica sintomática (CCS 2 ou NYHA II) e doença de 3 vasos ou do tronco comum com estenose aórtica grave, quando existir sintomatologia ligeira e moderada (classe CCS 2 ou NYHA II ou equivalente), disfunção ventricular ou hipertensão pulmonar significativa;

5.3.3 – Prioridade normal (nível 1) – 90 dias seguidos – sintomatologia ligeira ou ausente (classe NYHA I-II ou equivalente).

6 – Entidades com acordo e contratos com entidades convencionadas com o SRS:

6.1 – O TMRG para as consultas, cirurgias e MCDT realizados em entidades do setor social, cooperativo ou provado que forem realizadas ao abrigo de acordos ou contratos de convenção são os que se encontram nestes definidos, assim como os regulamentos aplicáveis.

7 – Entidades com contratos no âmbito da RRCCI:

7.1 – O TMRG que deve ser cumprido pelas equipas e unidades da RRCCI, é determinado em regulamentação específica conjunta a definir pelos membros do Governo responsáveis pelas áreas da Saúde e do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social.

ANEXO III

Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SRS

Artigo 1.º

Direitos dos utentes no acesso aos cuidados de saúde

1 – Os utentes do SRS têm direito:

- a) À prestação de cuidados em tempo considerado clinicamente aceitável para a sua condição de saúde;
- b) A participarem na construção e execução do seu plano de cuidados;
- c) Ao registo 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;
- d) Ao cumprimento dos TMRG definidos por portaria do membro do Governo responsável pela área da saúde para a prestação de cuidados de saúde;
- e) A reclamarem para a Entidade Gestora do Doentes em Espera caso os TMRG não sejam cumpridos.

2 – Os utentes do SRS têm ainda direito a:

- a) Serem informados em cada momento sobre a sua posição relativa na lista de inscritos para os cuidados de saúde que aguarda;
- b) Serem informados, através da afixação em locais de fácil acesso e consulta, pela Internet ou outros meios, sobre os TMRG a nível regional e sobre os tempos de resposta garantidos de cada instituição prestadora de cuidados de saúde;
- c) Serem informados pela instituição prestadora de cuidados de saúde, quando esta não tenha capacidade para dar resposta dentro dos 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 SRS ou para uma entidade do setor convencionado;
- d) Conhecerem o relatório circunstanciado sobre o acesso aos cuidados de saúde, que todos os estabelecimentos do SRS estão obrigados a publicar e divulgar até 31 de março de cada ano.