

dor declara que todos os pedidos de cooperação têm de ser transmitidos por via diplomática.

Nos termos do n.º 2 do artigo 87.º do Estatuto de Roma do Tribunal Penal Internacional, a República de El Salvador declara que os pedidos de cooperação, bem como quaisquer documentos que os acompanham, têm de ser redigidos na língua espanhola ou acompanhados de uma tradução para Espanhol.

O Estatuto entrará em vigor para El Salvador a 1 de junho de 2016 em conformidade com o n.º 2 do artigo 126.º desse mesmo Estatuto, segundo o qual:

«Em relação a cada Estado que ratifique, aceite ou aprove o presente Estatuto, ou a ele adira após o depósito do 60.º instrumento de ratificação, de aceitação, de aprovação ou de adesão, o presente Estatuto entrará em vigor no primeiro dia do mês seguinte ao termo de um período de 60 dias após a data do depósito do respetivo instrumento de ratificação, de aceitação, de aprovação ou de adesão.»

A República Portuguesa é Parte no mesmo Estatuto, o qual foi aprovado pela Resolução da Assembleia da República n.º 3/2002 e ratificado pelo Decreto do Presidente da República n.º 2/2002, ambos publicados no *Diário da República*, 1.ª série-A, n.º 15, de 18 de janeiro de 2002.

O instrumento de ratificação foi depositado a 5 de fevereiro de 2002, de acordo com o Aviso n.º 37/2002, publicado no *Diário da República*, 1.ª série-A, n.º 107, de 9 de maio de 2002, estando o Estatuto em vigor para a República Portuguesa desde 1 de julho de 2002, de acordo com o publicado no *Diário da República*, 1.ª série-A, n.º 190, de 3 de outubro de 2005.

Secretaria-Geral, 19 de abril de 2017. — A Secretária-Geral, *Ana Martinho*.

## SAÚDE

### Portaria n.º 153/2017

de 4 de maio

O XXI Governo Constitucional definiu como prioridade dotar o Serviço Nacional de Saúde (SNS) com a capacidade de responder melhor e de forma mais adequada às necessidades em saúde dos cidadãos e, simultaneamente, reduzir as desigualdades, melhorar o acesso ao SNS e reforçar o poder dos cidadãos na gestão do seu percurso na procura de cuidados de saúde.

A Lei n.º 15/2014, de 21 de março, que consolidou a legislação em matéria de direitos e deveres do utente em termos de acesso aos serviços de saúde, foi alterada pelo Decreto-Lei n.º 44/2017, de 20 de abril. Este diploma veio, entre outros aspetos, definir os termos a que deve obedecer a Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Nacional de Saúde e criar o Sistema Integrado de Gestão do Acesso (SIGA SNS).

Ao abrigo do n.º 5 do artigo 27.º-A da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, na sua redação atual, foi publicada a Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril, que regulamentou o SIGA SNS. Este consiste num sistema de acompanhamento, controlo e disponibilização de informação integrada, destinado a permitir um conhecimento transversal e global sobre o acesso à rede de prestação de cuidados de saúde no SNS, e a contribuir para assegurar a continuidade dos cuidados e uma resposta equitativa e atempada aos utentes.

Com o objetivo de melhorar efetivamente o acesso ao SNS e de criar condições para uma gestão ativa, integrada e atempada do percurso dos utentes na procura de cuidados de saúde, importa agora redefinir os tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) de modo a melhorar o acesso atempado aos cuidados de saúde e alargar a sua aplicação às prestações de cuidados de saúde programados.

Assim:

Ao abrigo do disposto no n.º 2 do artigo 1.º e no n.º 2 do artigo 27.º da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, na redação resultante do Decreto-Lei n.º 44/2017, de 20 de abril, manda o Governo, pelo Ministro da Saúde, o seguinte:

#### Artigo 1.º

##### Objeto

A presente portaria define os tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) no Serviço Nacional de Saúde (SNS) para todo o tipo de prestações de saúde sem caráter de urgência e aprova e publica a Carta de Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS.

#### Artigo 2.º

##### Tempos máximos de resposta garantidos

1 — Os TMRG para prestações de saúde sem caráter de urgência são os que constam do anexo I à presente portaria, da qual faz parte integrante.

2 — Sem prejuízo do referido no número anterior, podem, por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde, ser definidos TMRG por patologia.

3 — Os TMRG previstos nos números anteriores são tidos em conta na contratualização com os estabelecimentos do SNS, bem como na revisão ou celebração de novos acordos ou contratos com entidades do setor social ou privado com convenções no âmbito do SNS.

4 — O cumprimento dos TMRG é monitorizado pela Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., e pelas Administrações Regionais de Saúde, I. P., no âmbito do Sistema Integrado de Gestão do Acesso ao SNS (SIGA SNS), definido na Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril, sendo reportada à Direção-Geral da Saúde informação sobre esta matéria

5 — As definições, os conceitos e as notas técnicas constantes do anexo II à presente portaria, da qual faz parte integrante, são aplicáveis pelas instituições envolvidas para efeitos do disposto na presente portaria.

#### Artigo 3.º

##### Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS

É aprovada e publicada a Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS, que constitui o anexo III à presente portaria, da qual faz parte integrante.

#### Artigo 4.º

##### Informação

Os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde do SNS, bem como os estabelecimentos pelo mesmo contratados ao abrigo de acordos e convenções para prestação do mesmo tipo de cuidados, são obrigados a:

a) Disponibilizar em locais de fácil acesso e consulta pelo utente, bem como nos sítios na Internet das instituições e no Portal do SNS, a informação atualizada relativa

aos TMRG por patologia ou grupos de patologias, para os diversos tipos de prestações;

b) Informar o utente, no ato de marcação, sobre o TMRG para prestação dos cuidados de saúde de que necessita;

c) Informar o utente, sempre que haja necessidade de acionar o mecanismo de referenciação entre os estabelecimentos do SNS, sobre o TMRG esperado para os cuidados que lhe serão prestados, nos termos previstos na alínea anterior;

d) Informar o utente, sempre que a capacidade de resposta dos estabelecimentos do SNS não seja adequada e sempre que haja possibilidade de referenciação para outros estabelecimentos do SNS ou para outras entidades com acordos ou convenções para prestação do mesmo tipo de cuidados, nos termos previstos na alínea b);

e) Publicar e divulgar, até 31 de março de cada ano, um relatório circunstanciado sobre o acesso aos cuidados de saúde que prestam, os quais serão auditados, aleatoriamente e anualmente, pela Inspeção-Geral das Atividades em Saúde.

### Artigo 5.º

#### Entrada em vigor

A presente portaria entra em vigor no 1.º dia do mês seguinte ao da sua publicação.

O Ministro da Saúde, *Adalberto Campos Fernandes*, em 2 de maio de 2017.

## ANEXO I

### TMRG no acesso a cuidados de saúde no SNS

Nível de acesso e tipo de cuidados	TMRG
1 — Cuidados de saúde primários:	
1.1 — Cuidados de saúde prestados na unidade funcional do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), 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 na unidade funcional do ACES, a pedido de outras unidades funcionais do ACES, dos serviços hospitalares, do Centro de Contacto do SNS ou das equipas e unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI):	
1.2.1 — Motivo relacionado com doença aguda	Atendimento no próprio dia do pedido.
1.2.2 — Motivo não relacionado com doença aguda	30 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 doença 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 da unidade funcional do ACES	Sem TMRG geral aplicável; dependente da periodicidade definida nos programas nacionais de saúde e ou avaliação do clínico.
1.5 — Consulta no domicílio:	
1.5.1 — A pedido do utente, familiares, cuidadores formais ou informais	24 horas contadas da receção do pedido, se a justificação do pedido for aceite pelo profissional.
1.5.2 — Programadas pelos profissionais da unidade funcional	De acordo com o plano de cuidados previsto.
2 — Primeira consulta de especialidade hospitalar:	
2.1 — Primeira consulta de especialidade hospitalar referenciada pelas unidades funcionais do ACES:	
2.1.1 — De realização «muito prioritária» de acordo com a avaliação em triagem hospitalar.	30 dias seguidos contados do registo do pedido da consulta efetuado pelo médico assistente da unidade funcional do ACES, através do SIGA SNS.
2.1.2 — De realização «prioritária» de acordo com a avaliação em triagem hospitalar.	60 dias seguidos contados do registo do pedido da consulta efetuado pelo médico assistente da unidade funcional do ACES, através do SIGA SNS.
2.1.3 — De realização com prioridade «normal» de acordo com a avaliação em triagem hospitalar (a).	120 dias seguidos contados do registo do pedido da consulta efetuado pelo médico assistente da unidade funcional do ACES, através do SIGA SNS.
2.2 — Primeira consulta em situação de doença oncológica suspeita ou confirmada (NM):	
2.2.1 — Prazo máximo para os profissionais da unidade funcional do ACES efetuar a referenciação hospitalar:	
2.2.1.1 — Urgência diferida (nível 4)	Encaminhamento para urgência ou unidade de atendimento permanente.
2.2.1.2 — Restantes níveis de prioridade	24 horas contadas da receção do pedido.
2.2.2 — Prazo máximo para realização da primeira consulta de especialidade hospitalar:	
2.2.2.1 — Urgência diferida (nível 4)	Imediato.
2.2.2.2 — Muito prioritária (nível 3)	7 dias seguidos contados da receção do pedido de consulta.
2.2.2.3 — Prioritária (nível 2)	15 dias seguidos contados da receção do pedido de consulta
2.2.2.4 — Prioridade 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 da unidade funcional do ACES efetuar a referenciação hospitalar:	
2.3.1.1 — Urgência (nível 3)	Encaminhamento para serviço de urgência.
2.3.1.2 — Restantes níveis de prioridade	24 horas contadas da receção do pedido.

Nível de acesso e tipo de cuidados	TMRG
2.3.2 — Prazo máximo para realização da primeira consulta de especialidade hospitalar de Cardiologia: 2.3.2.1 — Urgência (nível 3) ..... 2.3.2.2 — Doentes prioritários (nível 2) ..... 2.3.2.3 — Doentes eletivos (nível 1) ..... 3 — Avaliação para realização de planos de cuidados de saúde programados: 3.1. Urgência diferida (prioridade 4) ..... 3.2. Muito Prioritário (prioridade 3) ..... 3.3. Prioritário (prioridade 2) ..... 3.4. Normal (prioridade 1) ..... 4 — Realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT): 4.1 — Cateterismo cardíaco ..... 4.2 — Pacemaker cardíaco ..... 4.3 — Exames de Endoscopia Gastroenterológica ..... 4.4 — Exames de Medicina Nuclear ..... 4.5 — Exames de Tomografia Computorizada ..... 4.6 — Ressonâncias Magnéticas ..... 4.7 — Angiografia diagnóstica ..... 4.8 — Tratamentos de Radioterapia ..... 4.9 — Restantes MCDT integrados e em programas de seguimento .....	Imediato. 15 dias seguidos contados da receção do pedido de consulta 30 dias seguidos contados da receção do pedido de consulta  24 horas contadas do 1.º contacto com a instituição 7 dias seguidos contados da 1.ª Consulta da especialidade 30 dias seguidos contados da 1.a Consulta da especialidade 60 dias seguidos contados da 1.a Consulta da especialidade  30 dias seguidos contados da indicação clínica. 30 dias seguidos contados da indicação clínica. 90 dias seguidos contados da indicação clínica. 30 dias seguidos contados da indicação clínica. 90 dias seguidos contados da indicação clínica. 90 dias seguidos contados da indicação clínica. 30 dias seguidos contados da indicação clínica. 15 dias seguidos contados da indicação clínica. A realizar dentro do TMRG definido para a realização do plano de cuidados programados em que se insere a necessidade de realização do MCDT.
5. — Realização procedimentos hospitalares cirúrgicos programados: 5.1 — Procedimentos hospitalares cirúrgicos programados: 5.1.1 — Urgência diferida (nível 4) ..... 5.1.2 — Muito prioritária (nível 3) ..... 5.1.3 — Prioritária (nível 2) ..... 5.1.4 — Prioridade normal (nível 1) (b) ..... 5.2 — Procedimentos hospitalares cirúrgicos programados na doença oncológica: 5.2.1 — Urgência diferida (nível 4) ..... 5.2.2 — Muito prioritário (nível 3) ..... 5.2.3 — Prioritário (nível 2) ..... 5.2.4 — Prioridade normal (nível 1) ..... 5.3 — Procedimentos hospitalares cirúrgicos programados na doença cardíaca: 5.3.1 — Muito prioritário (nível 3) ..... 5.3.2 — Prioritário (nível 2) ..... 5.3.3 — Prioridade normal (nível 1) ..... 6 — Entidades com acordos e contratos de convenção: 6.1 — Consultas, cirurgia, meios complementares de diagnóstico e terapêutica .....	72 horas contadas da indicação cirúrgica. 15 dias seguidos contados da indicação cirúrgica. 60 dias seguidos contados da indicação cirúrgica. 180 dias seguidos contados da indicação clínica.  72 horas contadas do 1.º contacto com a instituição 15 dias seguidos contados da indicação cirúrgica. 45 dias seguidos contados da indicação cirúrgica. 60 dias seguidos contados da indicação cirúrgica.  15 dias seguidos contados da indicação cirúrgica. 45 dias seguidos contados da indicação cirúrgica. 90 dias seguidos contados da indicação cirúrgica.
7 — Entidades com contratos no âmbito da RNCCI: 7.1. — Equipas e unidades de ambulatório e internamento .....	O tempo de resposta que conste no contrato de convenção e nos regulamentos aplicáveis.  O tempo de resposta que conste da regulamentação específica a definir no âmbito da RNCCI.

(a) 150 dias até 31 de dezembro de 2017.

(b) 270 dias até 31 de dezembro de 2017.

## ANEXO II

## Definições, conceitos e notas técnicas

1 — Cuidados de saúde primários — o acesso dos utentes do SNS aos diversos tipos de prestação de cuidados disponibilizados pelas unidades funcionais dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) 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 funcional 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 descritas nos números anteriores, a data do pedido de consulta pelo utente é

sempre registada no sistema informático em uso na unidade de saúde e monitorizado no âmbito do SIGA SNS.

1.2 — Prestação de cuidados a pedido de outras unidades funcionais do ACES, dos serviços hospitalares, do Centro de Contacto do SNS ou das equipas e unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI):

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 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 funcional 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 30 dias úteis.

1.2.3 — 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 e monitorizado no âmbito do SIGA SNS.

1.3 — Necessidades expressas a serem resolvidas de forma indireta — incluem-se neste âmbito os chamados

contactos 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 às setenta e duas horas após entrega do respetivo pedido.

1.3.2 — 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 setenta e duas horas após o respetivo 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.

1.4 — Consulta programada pelos profissionais:

1.4.1 — 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 Direção-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 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.

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 Direção-Geral da Saúde e as boas práticas em vigor no SNS.

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 vinte e quatro 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 e 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 SNS, 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 pelos ACES:

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 unidade funcional do ACES, através do sistema informático que suporta o SIGA SNS, sem prejuízo de

TMRG mais curtos, considerados nas situações de maior prioridade que for atribuída pelo médico triador do hospital de destino. Até 31 de dezembro de 2017 vigora o prazo de 150 dias para estas primeiras consultas.

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

2.2.1 — Os prazos máximos para o médico assistente<sup>(1)</sup> 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 referência 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 — vinte e quatro horas.

2.2.2 — O TMRG para realização de uma primeira consulta de especialidade em hospitais do SNS 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 de 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:

2.3.2.1 — Urgência diferida (nível 3) — imediato (síndrome coronária aguda, insuficiência cardíaca descompensada);

2.3.2.2 — Doentes prioritários (nível 2) — 15 dias seguidos (cardiopatias isquémicas, estenose aórtica, doentes com sintomatologia avançada oriunda de quaisquer patologias — classe CCS ou NYHA III-IV ou equivalente);

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

3 — Avaliação para realização do plano de cuidados programados:

3.1 — Entende-se por período de avaliação para realização do plano de cuidados programados o decorrido entre a 1.ª 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 referência, 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 iden-

tificado, 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 de 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 da 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 e terapêutica — Nos TMRG estão incluídos os tempos de espera para todos e quaisquer MCDT que sejam necessários para estabelecer o diagnóstico e elaborar 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 SNS 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 SNS 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 SNS 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 SNS é de 90 dias contados da indicação clínica.

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

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

4.8 — Tratamento de Radioterapia — o TMRG para a realização destes tratamentos no SNS 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 180 dias após a data da indicação para cirurgia, correspondente à data do respetivo registo no sistema de informação que suporta o SIGA SNS, podendo estes tempos ser encurtados em função do nível de prioridade atribuído à situação

clínica do doente. Até 31 de dezembro de 2017 vigora o prazo de 270 dias contados da indicação para cirurgia.

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 h — 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 basocelular 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-Geral da Saúde, não ultrapassando o início do tratamento os 30 dias seguidos após a indicação terapêutica, exceto por razões clínicas devidamente 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 emitidas pela Direção-Geral da Saúde, não ultrapassando os 30 dias, exceto por razões clínicas fundamentadas.

5.2.8 — Os institutos de oncologia, por não disporem de urgência aberta, devem garantir um serviço de atendimento permanente não programado, que garanta a observação num prazo máximo de 24 h dos utentes referenciados com o nível de prioridades 3 e 4.

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 NYHA 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 ou estenose aórtica

grave, quando existir sintomatologia ligeira e moderada (classe CCS 2 ou NYHA II ou equivalente); outra doença estrutural cardíaca sintomática (classe NYHA III 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 acordos e contratos com entidades convenionados com o SNS:

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

7 — Entidades com contratos no âmbito da RNCCI:

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

(<sup>1</sup>) 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 mas inespecíficas, deverá ser efetuada investigação complementar antes do envio do doente ao Hospital.

#### ANEXO III

##### **Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS**

I — Direitos dos utentes no acesso aos cuidados de saúde — o utente do SNS tem direito:

1) À prestação de cuidados em tempo considerado clinicamente aceitável para a sua condição de saúde;

2) A escolher o prestador de cuidados de saúde, de entre as opções e as regras disponíveis no SNS;

3) A participar na construção e execução do seu plano de cuidados;

4) 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;

5) Ao cumprimento dos TMRG definidos por portaria do membro do Governo responsável pela área da saúde para a prestação de cuidados de saúde;

6) A reclamar para a Entidade Reguladora da Saúde caso os TMRG não sejam cumpridos.

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 de saúde 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 setor convenionado;

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.