

**DELIBERAÇÃO DO CONSELHO DIRETIVO DA
ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE**

(VERSÃO NÃO CONFIDENCIAL)

Considerando as atribuições da Entidade Reguladora da Saúde conferidas pelo artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio;

Considerando os objetivos da atividade reguladora da Entidade Reguladora da Saúde estabelecidos no artigo 33.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio;

Considerando os poderes de supervisão da Entidade Reguladora da Saúde estabelecidos no artigo 42.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio;

Visto o processo registado sob o n.º ERS/089/13_A;

I. DO PROCESSO

I.1. Origem do processo e delimitação do âmbito processual

1. No dia 11 de novembro de 2013, a Entidade Reguladora da Saúde (doravante ERS) tomou conhecimento de uma reportagem veiculada na comunicação social, intitulada “Desviados”¹, onde era relatado um conjunto de factos, que, em suma, se reconduzem:

(i) ao alegado direcionamento explícito de utentes da Extensão de Saúde de Cristelo² para estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde do setor privado, através da atuação dos respetivos profissionais médicos, que, alegadamente, assentaria na criação artificial de listas de espera no centro de saúde, com a conseqüente deslocação dos utentes para os respetivos

¹ Pela TVI.

² Centro de Saúde Paredes/Rebordosa – Unidade Rebordosa, do ACES Tâmega II Vale do Sousa Sul.

consultórios privados, alguns alegadamente situados a 100 ou 300 metros das instalações da referida extensão de saúde;

(ii) ao alegado direcionamento explícito de utentes da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E. (ULSM), para o setor privado, onde *in fine* foram alegadamente realizadas cirurgias com custos suportados pelos utentes sujeitos a tal direcionamento, a que acrescia o alegado desempenho por profissional médico de funções no setor privado no horário adstrito ao serviço de urgência da mesma ULSM, e com ausência do mesmo³.

2. Nessa sequência, deliberou o Conselho Diretivo da ERS, por despacho de 13 de novembro de 2013, a abertura de um processo de inquérito, sob o registo n.º ERS/089/13, para aferição da sustentabilidade da factualidade tal como noticiada;
3. Mais tendo determinado o subsequente alargamento do seu âmbito, no sentido de a intervenção regulatória incidir sobre todas as unidades de cuidados de saúde primários, do território de Portugal continental;
4. Tendo-se assim determinado a promoção de diligências instrutórias transversalmente dirigidas às demais unidades de cuidados de saúde primários.

I.2. Metodologia de análise

5. A intervenção da ERS foi assim desencadeada com uma dupla perspetiva, a primeira direcionada ao apuramento dos factos relativos aos concretos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde referenciados na reportagem *supra*;
6. O que implicou:
 - a) o envio de pedidos de informação à Administração Regional de Saúde do Norte, E.P.E. (ARSN) e à Inspeção Geral das Atividades em Saúde (IGAS);e
 - b) a realização de uma ação de fiscalização, às unidades de cuidados de saúde primários em causa direcionada à verificação *in loco* dos factos reportados;

³ Atenta a diferente índole das questões subjacentes ao funcionamento de ambos os modelos de prestação de cuidados de saúde (por um lado cuidados de saúde primários e, por outro, cuidados de saúde hospitalares), optou-se pelo tratamento autonomizado das questões, pelo que aquelas relacionadas com o funcionamento da ULSM serão objeto de análise e tratamento em distinta atuação/decisão regulatória. Dito de outra forma, na presente análise apenas se analisam as questões relacionadas com os cuidados de saúde primários.

7. A que acresceu, como referido, uma verificação transversal dos procedimentos administrativos instituídos nos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde primários do SNS, no quadro da implementação do disposto na Lei n.º 41/2007, de 24 de agosto e da Portaria n.º 1529/2008, de 26 de dezembro;
8. Porquanto o alegado desvio de utentes do setor público para o privado não somente é uma questão essencial e central em termos de defesa do direito de acesso, como se pode verificar em qualquer parte do território nacional.
9. Por conseguinte, entendeu-se ser pertinente apurar, nos cuidados de saúde primários, da existência de direcionamento para o setor privado e, paralelamente, da existência de falhas e/ou constrangimentos procedimentais que induzam ou potenciem esse direcionamento, enquanto limitação ao direito de acesso dos utentes;
10. O qual se encontra necessariamente conformado pelo quadro normativo *supra* enunciado.

I.2.1. Realização de ações de fiscalização a uma amostra de prestadores de cuidados de saúde primários

11. Tendo por base uma amostra de estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde primários do território de Portugal continental, realizou-se:
 - (i) a verificação *in loco*, com particular incidência nos procedimentos implementados para registo e agendamento do pedido de consulta por iniciativa do utente (tendo-se utilizado a *checklist* constante no anexo I da presente deliberação e junta aos autos);
 - (ii) uma auscultação dos utentes presentes nos locais aquando das ações inspetivas, visando apurar as suas opiniões e relatos de eventuais dificuldades no que respeita à marcação de consulta por motivo relacionado com doença aguda ou por motivo não relacionado com doença aguda (com e sem médico de família atribuído), bem como o (eventual) recurso a prestadores privados na decorrência de tais eventuais dificuldades de acesso (tendo-se utilizado o formulário de inquirição constante no anexo II da presente deliberação e junto aos autos).
12. A escolha das unidades a fiscalizar resultou do cruzamento da seguinte informação:

- (i) centros de saúde noticiados no decurso do ano de 2013, quer em artigos de jornais, quer objeto de reclamação registada no Sistema de Gestão de Reclamações (SGREC) da ERS, em matéria de dificuldades de acesso aos cuidados de saúde;
 - (ii) localização em concelhos com rácios mais baixos de médicos de medicina geral e familiar, por unidade de cuidados de saúde primários e os associados aos rácios por população idosa;
 - (iii) informação da Direção-Geral da Saúde, atinente ao volume de reclamações de cada prestador e de acordo com os parâmetros de atraso de marcação de consulta e respetiva recusa⁴.
13. Nessa sequência, entre os dias 26 de novembro e 4 de dezembro de 2013, foram realizadas 26 (vinte e seis) ações de fiscalização, distribuídas pelas cinco Administrações Regionais de Saúde (doravante ARS), aos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde primários melhor identificados na tabela *infra*;
14. Incluindo-se nas mesmas as ações de fiscalização às UCSP de Cristelo e Paredes.
15. As ações de fiscalização realizaram-se com a chegada dos Técnicos da ERS em momento anterior à abertura ao público das instalações das unidades de cuidados de saúde primários, por regra antecipando a chegada face ao horário de abertura em cerca de 1 hora, por forma a poder aquilatar-se da existência, ou não, de utentes que se encontrassem já em tal momento a aguardar por vez de atendimento, bem como para se assistir e compreender a realidade do atendimento e triagem dos utentes no momento das suas chegadas e pedidos de consulta.

⁴ Conforme informação publicitada pela DGS no âmbito do funcionamento do sistema Sim-Cidadão.

Tabela 1 – Estabelecimentos prestadores de cuidados primários fiscalizados por ARS

ARS	ACES/ULS	Unidade
Norte	ACES Douro II – Douro Sul	UCSP Sernancelhe
	ACES Tâmega III – Vale do Sousa Norte	CS Felgueiras
	ACES Cávado II – Gerês/Cabreira	CS Vila Verde
	ACES Terras de Basto	USF Fafe Sentinela
	ACES Alto Tâmega e Barroso	CS Ribeira de Pena
	ACES Grande Porto III - Maia Valongo	CS Valongo/Ermesinde
	ACES Tâmega II - Vale do Sousa Sul	UCSP Cristelo UCSP Paredes
Centro	ACES Baixo Vouga	CS Estarreja
	ACES Pinhal Interior Sul (ULS Castelo Branco)	CS Oleiros
	ACES Dão-Lafões	UCSP Penalva do Castelo USF Viseu Cidade – ES Bodiosa
	ACES Pinhal Interior Norte	CS Oliveira do Hospital
	ACES Pinhal Litoral	CS Marinha Grande
LVT	ACES Lisboa Central	USF Oriente
	ACES Almada-Seixal	UCSP Costa da Caparica
	ACES Estuário do Tejo	CS Alhandra
	ACES Oeste Sul	CS Lourinhã
	ACES Lezíria	CS Salvaterra de Magos
Alentejo	ACES Central	USF Remo/Mourão CS Alandroal
	ACES Alentejo Litoral (ULS Litoral Alentejano)	CS Grândola - ES Grândola 1 CS Odemira
	ACES Algarve II - Barlavento	UCSP Silves I – S. Marcos da Serra CS Aljezur
Algarve	ACES Algarve III - Sotavento	USF Guadiana – Castro Marim

Fonte: Elaboração Própria

16. O mapa seguinte permite visualizar geograficamente os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde fiscalizados.

Figura 1 – Distribuição geográfica dos estabelecimentos fiscalizados



Fonte: Elaboração Própria

I.2.2. Envio de inquérito aos ACES e às ULS

17. Para além das fiscalizações efetuadas, entre 28 de novembro e em 2 de dezembro de 2013 foram notificados todos os Agrupamento de Centros de Saúde (doravante ACES) e Unidades Locais de Saúde (doravante ULS) do território continental, com vista à prestação de informação, mediante o preenchimento do inquérito constante do anexo III desta deliberação, junto aos autos.
18. Concretamente, foi solicitado a cada um dos ACES e ULS, que providenciasse pela “[...] *descrição circunstanciada dos procedimento(s) interno(s) observado(s)*

*na(s) unidades funcionais que integram esses ACES ou ULS, para o registo e posterior agendamento dos cuidados solicitados a pedido do utente*⁵.

19. A resposta ao inquérito abrangia, genericamente, todas as unidades funcionais integrantes dos ACES e ULS, devendo contudo cada um deles individualizar as unidades funcionais onde fossem seguidos procedimentos diferenciados dos demais, com indicação das unidades em causa e dos procedimentos concretamente observados.
20. Findo o prazo concedido, observou-se, em várias respostas às questões realizadas, que alguns ACES e ULS optaram por mais do que uma hipótese de resposta, pelo que a análise foi realizada tendo em conta a multiplicidade das respostas apresentadas.
21. Esta situação acontece, por os inquiridos, tendo de ter em consideração os variados procedimentos existentes em todas as unidades de cuidados primários que integram o ACES ou a ULS, tal como solicitado, apresentarem diferentes respostas para a mesma situação;
22. Ou seja, quanto a determinadas questões inseridas no inquérito, verificaram-se várias respostas, dentro do mesmo ACES ou ULS, relativas às diversas unidades funcionais no mesmo integradas (ou seja, e exemplificativamente, por USF ou UCSP);
23. Sendo certo que, analisadas as respostas foi possível averiguar que nem todos os prestadores individualizaram de forma justificada as unidades funcionais onde fossem seguidos procedimentos diferenciados dos demais, tão somente listando os procedimentos seguidos em cada uma das unidades.
24. Daqui resultam, desde logo, preocupações sobre a forma e robustez com que os ACES e ULS implementam e/ou monitorizam os seus procedimentos internos relacionados com a garantia do direito de acesso aos cuidados de saúde.

II. ENQUADRAMENTO

II.1. Das competências e atribuições da ERS

25. A ERS tem por objeto a supervisão e a regulação da atividade e funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, constituindo seu propósito regulatório, entre outras atribuições, “assegurar o direito de acesso

⁵ Cfr. ofícios remetidos aos ACES e às ULS, juntos aos autos.

universal e equitativo aos serviços públicos de saúde ou publicamente financiados”, “*prevenir e punir as práticas de rejeição discriminatória ou infundada de pacientes nos estabelecimentos públicos de saúde ou publicamente financiados.*” – cfr. o n.º 2 do artigo 3.º e a alínea b) do artigo 33.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio, bem como as alíneas a) e b) do mesmo diploma.

26. Sendo que estão sujeitos à regulação da ERS, todos os estabelecimentos prestadores de cuidados primários integrados em cada um dos ACES e ULS melhor identificadas nos presentes autos e localizados no território continental, enquanto “[...] *estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, do sector público [...] independentemente da sua natureza jurídica [...]*” – cfr. artigo 8.º do mesmo Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio;

27. Podendo a ERS assegurar tais incumbências mediante o exercício dos seus poderes de supervisão – consubstanciado, designadamente, “*no dever de velar pela aplicação das leis e regulamentos e demais normas aplicáveis às atividades sujeitas à sua regulação*” – e ainda mediante a *emissão de ordens e instruções, bem como recomendações ou advertências individuais, sempre que tal seja necessário* – cfr. alíneas a) e b) do artigo 42.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio.

28. Mas à ERS foram igualmente cometidas funções sancionatórias, designadamente quando sejam violadas as citadas regras de acesso aos cuidados de saúde;

29. Com efeito, o Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio, veio, então, tipificar como ilícito contraordenacional comportamentos que consubstanciem uma violação das regras relativas ao acesso aos cuidados de saúde, designada mas não limitadamente quando os mesmos representem uma violação da igualdade e universalidade no acesso ao SNS⁶.

30. Estabelecendo, a propósito, que:

“Constitui contra-ordenação, punível com coima de € 1000 a € 3740,98 ou de € 1500 a € 44 891,81, consoante o infractor seja pessoa singular ou colectiva:

[...]

b) A violação das regras relativas ao acesso aos cuidados de saúde, incluindo a violação da igualdade e universalidade no acesso ao SNS e a indução

⁶ Cfr. as já mencionadas alíneas a) e b) do artigo 35.º e a alínea b) do n.º 2 do artigo 51.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio.

artificial da procura de cuidados de saúde [...] - alínea b) do n.º 2 do artigo 51.º do diploma vindo de referir.

II.2. Do direito à proteção da saúde e dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG)

31. O direito à proteção da saúde, consagrado no artigo 64.º da CRP, tem por escopo garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, o qual deve ser assegurado através de um SNS universal, geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito;

32. A Lei de Bases da Saúde⁷, estabelece como características do SNS:

“a) Ser universal quanto à população abrangida;

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

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

33. O acesso aos cuidados de saúde deve ser avaliado, pelo menos, numa quádrupla perspetiva, a saber, económica, temporal, qualitativa e geográfica.

34. Em concretização da vertente temporal do direito de acesso que surge associada à necessidade de obtenção de cuidados de saúde de forma não discriminatória e em tempo útil;

35. Ora, resulta claro que o permanente cumprimento das características de universalidade e generalidade do SNS implica a existência de regras que garantam, por um lado, a obtenção por um qualquer utente, junto do SNS, dos cuidados globais (primários, diferenciados, continuados ou até paliativos) de saúde que efetivamente necessite e, por outro, que os mesmos cuidados sejam prestados dentro do tempo medicamente aceitável e tendente à sua recuperação;

36. Para tanto, os prestadores de cuidados de saúde devem prestar todos os cuidados de saúde, a cada um dos utentes que a si se dirigem, dentro do tempo considerado útil e necessário ao efetivo cumprimento de tal desiderato constitucional.

37. A Lei n.º 41/2007, de 24 de agosto⁸, aprovou “[...] os termos a que deve obedecer a redacção e publicação pelo Ministério da Saúde da Carta dos Direitos de Acesso

⁷ Aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de agosto.

⁸ A este respeito cumpre referir que em 21 de março de 2014 foi publicada a Lei n.º 15/2014, a qual procede à revogação, entre outras, da Lei n.º 41/2007, de 24 de agosto.

aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde [...]” (cfr. artigo 1.º), com o objectivo de “[...] *garantir a prestação dos cuidados de saúde pelo Serviço Nacional de Saúde e pelas entidades convencionadas em tempo considerado clinicamente aceitável para a condição de saúde de cada utente [...]*” (cfr. n.º 1 do artigo 2.º);

38. Na esteira daquele diploma surgiu a Portaria n.º 615/2008, de 11 de julho, entretanto revogada e substituída pela Portaria n.º 95/2013, de 4 de março, que aprovou o Regulamento do Sistema Integrado de Referenciação e de Gestão do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar nas Instituições do SNS, designado por Consulta a Tempo e Horas (CTH), estabelecendo as primeiras regras específicas e efetivas sobre os TMRG e consagrando regras de organização e procedimentos, a serem implementados em calendarização ali determinada, tendo incumbido as ARS, as unidades de cuidados de saúde primários e hospitalares do SNS, bem como a ACSS, da obrigação de criação das condições necessárias à aplicação da CTH;
39. A regulamentação da Lei n.º 41/2007, de 24 de agosto, foi complementada pela Portaria n.º 1529/2008, de 26 de dezembro, que “[...] *ao abrigo do n.º 1 do artigo 3.º da Lei n.º 41/2007*” procedeu à fixação, “*a nível nacional, [dos] 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 [da referida Portaria]*”;
40. Tal como estabeleceu o dever de “*os TMRG definidos na presente portaria [serem] 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*” – cfr., respetivamente, o n.º 1 e o n.º 2 do artigo 1.º de tal diploma.
41. Pela Portaria n.º 1529/2008, de 26 de dezembro, foram estabelecidos os TMRG para o acesso a diferentes níveis e tipos de cuidados, tendo estabelecido os seguintes TMRG para a prestação de cuidados de saúde primários:

O novo diploma visa “[...] *consolidar os direitos e deveres dos utentes dos serviços de saúde , concretizando a Base XIV da Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto.*”. Não introduzindo alterações de substância, pretendeu incorporar num texto único, os princípios consagrados nas leis vigentes que contém normas sobre “[...] *direito de acompanhamento [...]* e os termos a que deve obedecer a “[...] *Carta dos Direitos e de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do SNS.[...]*”.

Atente-se por fim, que na redação da lei foi utilizada a expressão “[...] *sistemas de saúde [...]*, tal reforçando que a presente legislação não se aplica só no âmbito do SNS.

Tabela 2 – TMRG no acesso a cuidados do SNS nos cuidados de saúde primários

<p>1 — Cuidados de saúde primários:</p> <p>1.1 — Cuidados prestados no centro de saúde a pedido do utente:</p> <p>1.1.1 — Motivo relacionado com doença aguda</p> <p>1.1.2 — Motivo não relacionado com doença aguda</p> <p>1.2 — Necessidades expressas a serem resolvidas de forma indireta:</p> <p>1.2.1 — Renovação de medicação em caso de doença crónica</p> <p>1.2.2 — Relatórios, cartas de referenciação, orientações e outros documentos escritos (na sequência de consulta médica ou de enfermagem)</p> <p>1.3 — Consultas programadas pelos profissionais</p>	<p>Atendimento no dia do pedido.</p> <p>15 dias úteis a partir da data do pedido.</p> <p>Setenta e duas horas após a entrega do pedido.</p> <p>Setenta e duas horas após a entrega do pedido.</p> <p>Sem TMRG geral aplicável; dependente da periodicidade definida nos programas nacionais de saúde e ou avaliação do clínico.</p> <p>Vinte e quatro horas se a</p>
--	--

1.4 — Consulta no domicílio a pedido do utente	justificação do pedido for aceite pelo profissional.
--	--

Fonte: Portaria n.º 1526/2008, de 26 de dezembro

42. Por tal Portaria foi igualmente publicada a *Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Nacional de Saúde*, que contém o elenco de direitos reconhecidos aos utentes do SNS, no que respeita, por um lado, ao acesso aos cuidados de saúde:

- direito à prestação de cuidados em tempo clinicamente aceitável;
- direito ao registo imediato em sistema informático do seu pedido de consulta ou MCDT;
- direito ao cumprimento dos TMRG; e
- direito a reclamar para a ERS sempre que os mesmos TMRG não sejam cumpridos;

43. Mais resultando da mesma regulamentação que “[...] a data do pedido de consulta pelo utente é sempre registada no sistema informático em uso na unidade de saúde.” – cfr. § 1.1.3. das notas técnicas do Anexo n.º 1 da Portaria n.º 1529/2008, de 26 de dezembro.

44. E por outro, o elenco de direitos reconhecidos aos utentes do SNS, no que respeita à informação sobre:

- a sua posição relativa na lista de inscritos;
- os TMRG a nível nacional e em cada estabelecimento;
- a incapacidade do estabelecimento de responder no TMRG aplicável e da sua referenciação para outro estabelecimento; e
- o relatório circunstanciado sobre o acesso aos cuidados de saúde que todos os estabelecimentos do SNS estão obrigados a publicar e divulgar – cfr. a referida Carta publicada como Anexo 2 à Portaria n.º 1529/2008, de 26 de Dezembro.

45. E tratando-se, como se impõe pelo respeito ao espírito e à letra da Lei, de regras relativas ao acesso aos cuidados de saúde, a sua violação encontra-se tipificada como ilícito contraordenacional na alínea b) do n.º 2 do artigo 51.º do Decreto-Lei

n.º 127/2009, de 27 de maio, sancionável com coima de € 1000 a 3740,98 ou de € 1500 a € 44 891,81, consoante o infrator seja pessoa singular ou coletiva;

46. Mais tendo a recém aprovada Lei n.º 15/2014, de 21 de março, estabilizado que o regime sancionatório por infração ao disposto quanto à *Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS* – aqui incluídas as disposições relativas aos TMRG – é aquele que consta do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio – cfr. artigo n.º 29º do mencionado diploma.

II.3. Das prévias intervenções regulatórias da ERS

47. A temática do direito à proteção da saúde e dos TMRG tem sido objeto de preocupação da ERS, atento o quadro legal das suas atribuições e competências e tem motivado, por isso, a sua intervenção regulatória^{9 10}.

⁹ Neste âmbito, deverá considerar-se aquele que é o entendimento e o histórico de intervenção da ERS, o qual, por facilidade de consulta e para uma visão compreensiva da atuação da ERS, se apresenta sumariamente:

- a) no processo de inquérito n.º ERS/108/09, e na sequência das diligências instrutórias na altura desenvolvidas, assentes em fiscalizações a quatro centros de saúde, bem como ao envio de um inquérito a todos os ACES e às ULS, com vista à averiguação da implementação e cumprimento do disposto na Lei n.º 41/2007, de 24 de agosto e na Portaria n.º 1529/2008, de 26 de dezembro, foi emitida uma Recomendação que foi dirigida aos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde primários, a qual incluía recomendações específicas, que aqui se dão por integralmente reproduzidas para os devidos efeitos, as quais incidiam sobre a necessidade de criação de condições internas e de adequação do funcionamento das suas organizações à permanente e efetiva garantia do cumprimento da Lei n.º 41/2007, de 24 de agosto e respetiva regulamentação, de informação à ARS respetiva das eventuais dificuldades sentidas, de promoção da formação e informação junto dos seus funcionários, e de envio, também para a ERS, de reclamações sobre esta temática;
- b) Tal recomendação foi igualmente dirigida às ARS, com vista à realização de auditorias e promoção de formação e informação, e à ACSS, visando auditorias aos sistemas de informação e às redes de comunicação efetivamente utilizadas pelos prestadores de cuidados de saúde;
- c) na sequência da Recomendação assim emitida, o Conselho Diretivo da ERS determinou a abertura do processo de monitorização n.º PMT/022/12, destinado especificamente à monitorização do cumprimento e procedimentos adotados no âmbito da Recomendação, do qual emergiu um relatório, publicado em agosto de 2013, aglutinando os desenvolvimentos dos trabalhos realizados pela ERS entre 2012 e 2013;
- d) e no qual se concluiu pela existência de constrangimentos que impediram o cumprimento das regras aplicáveis à CTH e aos TMRG, tal como foi possível retirar, relativamente aos cuidados de saúde primários, da informação apresentada pelas cinco ARS e pela ACSS, enquanto entidades responsáveis pela criação das condições

Tabela 3 – Súmula da intervenção regulatória

Identificação	Descrição
Intervenções regulatórias junto dos cuidados de saúde primários e hospitalares	Intervenções regulatórias individuais e concretas no âmbito do processo de inquérito n.º 108/09, relativo aos cuidados de saúde primários do SNS e dos processos contraordenacionais instaurados em 2010 contra os cuidados de saúde hospitalares do SNS por incumprimento de TMRG.
Recomendação relativa aos TMRG	Recomendação, emitida e notificada a todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde do SNS, às ARS e à ACSS, e que decorreu da intervenção da ERS no âmbito do processo <i>supra</i> . Publicada em https://www.ers.pt/pages/65?news_id=416
Processo de monitorização n.º PMT/021/12	Não obstante o arquivamento dos processos contraordenacionais, foi instaurado um processo de monitorização dirigido ao acompanhamento da implementação e aplicação da CTH pelos estabelecimentos hospitalares do SNS, bem como ao fomento do desenvolvimento de mecanismos de análise e de tratamento da informação relativa aos pedidos de primeira consulta de especialidade hospitalar.
Processo de monitorização n.º PMT/022/12	Monitorização do cumprimento e procedimentos adotados pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde do SNS, pelas ARS e pela ACSS no âmbito da recomendação.
Relatório dos processos de monitorização e atuação regulatória futura para garantia do cumprimento dos TMRG	Do tratamento daqueles processos de monitorização emergiu um relatório, aglutinando os desenvolvimentos dos trabalhos realizados pela ERS entre 2012 e 2013, no âmbito dos referidos processos de monitorização. O relatório apresentou o ponto de situação da monitorização e definiu, com base nas suas conclusões, a atuação regulatória futura no âmbito dos referidos processos de monitorização. Publicado em https://www.ers.pt/pages/18?news_id=741

48. Consequentemente, a análise que *infra* se apresenta é necessariamente enquadrada por aquele que tem sido reiteradamente o entendimento da ERS sobre a matéria aqui em apreço.

necessária à aplicação da CTH, e na informação recolhida no âmbito das fiscalizações realizadas aos estabelecimentos prestadores primários fiscalizados.

¹⁰ No Anexo IV à presente deliberação é possível consultar uma súmula do quadro legal e da atuação regulatória da ERS (TMRG).

III. ANÁLISE

III.1. Quanto aos factos e prestadores concretamente noticiados

49. Considerando a matéria noticiada, foi desde logo verificado *in loco* os procedimentos administrativos instituídos na UCSP Cristelo para agendamento de consulta por iniciativa do utente, por fiscalização realizada em 26 de novembro de 2013¹¹.
50. À data e hora da ação de fiscalização não se encontrava presente nenhum utente no exterior daquela unidade de cuidados primários aguardando a abertura das instalações, não tendo por isso sido possível recolher qualquer depoimento tendente à averiguação de alegadas situações de desvio.
51. Por outro lado, tendo-se procedido subsequentemente a inquirição de utente que se encontrava no interior da unidade fiscalizada e que concordou no preenchimento do questionário de inquirição, apurou-se que nunca, àquele utente, foi recomendado o recurso a um consultório privado, nem, por iniciativa própria, a ele recorreu por impossibilidade de atendimento no centro de saúde.
52. Verificou-se, ainda, que se encontrava afixada a seguinte informação aos utentes “[...] *Avisam-se os Senhores Utentes que deixaram de existir consultas de VAGAS. Situações agudas, deverão dirigir-se ao balcão, para consulta aberta. A Consulta Aberta destina-se apenas a situações com um mínimo de urgência [...] e são atendidas por ordem de chegada. Nesta Consulta não são vistos nem passados exames de vigilância. Todas as outras situações deverão ser marcadas.*”;
53. Bem como a informação de que “[...] É obrigatória a marcação prévia de consulta. Só a consulta aberta (doença urgente) é atendida no próprio dia, sem marcação.” – cfr. relatório da ação de fiscalização e documentação recolhida, juntos aos autos.
54. Assim, atendendo a que, os factos apurados no local não permitiram reunir prova de prática de desvio de utentes do setor público para o setor privado;
55. E considerando ainda que os factos noticiados são reportados a 2012, decorrendo de participação de profissional médico em exercício de funções na unidade em causa, a qual desencadeou uma intervenção pelas entidades que, ao tempo da sua ocorrência, tiveram dela conhecimento (em concreto, a ARSN e a IGAS);

¹¹ Refira-se que, nesta mesma data, entendeu-se ser igualmente oportuna a realização de ação de fiscalização a unidade funcional do mesmo ACES (UCSP Paredes), esta vocacionada para a aferição dos procedimentos administrativos instituídos.

56. Analisa-se a realidade atual da UCSP de Cristelo, e da unidade funcional do mesmo ACES (UCSP Paredes), à luz dos mesmos parâmetros daqueles utilizados para as restantes unidades de cuidados de saúde primários, ou seja, aferindo-se das potenciais fragilidades procedimentais no acesso aos cuidados.

III.2. Da verificação transversal dos procedimentos nos cuidados de saúde primários

57. A metodologia delineada, conforme já referido, visou a implementação concertada de duas vertentes de intervenção, reconduzindo-se ambas à verificação dos procedimentos adstritos ao registo e marcação de pedidos por iniciativa do utente, e demais mecanismos de suporte e monitorização do acesso dos utentes aos cuidados de saúde primários.

58. Assim, optou-se por uma intervenção bipartida, concretamente:

- (i) verificação *in loco* dos procedimentos adotados, através da realização de ações de fiscalização a um grupo de prestadores selecionados por amostragem, a par da auscultação dos utentes presentes no local à data da ação inspetiva;
- (ii) envio de inquérito a todos os ACES e ULS.

59. Após análise dos dados recolhidos em ambos os planos de intervenção, optou-se pela realização de uma descrição comparativa dos factos apurados, quer por constatação direta nas unidades fiscalizadas, quer por auto-declaração dos ACES/ULS, os quais, embora respeitem a óticas de análise de índole distinta, permitem a definição de pontos de atuação comuns e portanto suscetíveis de elaboração de grandes linhas de definição estrutural dos procedimentos em vigor.

60. Note-se que, por razões de facilidade de leitura, a presente análise não seguirá necessariamente a ordem das questões colocadas, seja na *checklist* que acompanhou a realização das fiscalizações, seja no inquérito remetido para preenchimento.

61. Por outro lado, será considerada a factualidade apurada e plasmada nos relatórios elaborados na sequência das fiscalizações, bem como na documentação remetida em cumprimento dos autos de notificação lavrados no âmbito das mesmas fiscalizações¹²;

¹² Documentos juntos aos autos, dando-se o seu teor por integralmente reproduzido para os devidos e legais efeitos.

62. A factualidade aqui descrita assentará ainda nas respostas prestadas ao inquérito, bem como na documentação que os prestadores entenderam remeter para sustentação das questões ali colocadas¹³.
63. Refira-se ainda, que ao longo da análise será referenciada a atuação de determinadas unidades de cuidados primários, constatada durante as ações de fiscalização e entendida como mais exemplificativa da factualidade a descrever, tal não significando que os mesmos factos não tenham sido observados relativamente às demais unidades fiscalizadas.

Presença de utentes à porta das unidades de saúde

64. A este propósito, cumpre recordar que na reportagem emitida, se fazia menção à presença de utentes à porta dos centros de saúde, os quais se deslocavam de madrugada, de modo a garantir o efetivo atendimento no dia em causa.
65. Assim, cumpre referir que, todas as ações de fiscalização foram gizadas de modo a permitir a presença nas unidades de saúde em momento prévio à sua abertura, antecipando em cerca de uma hora o respetivo horário, visando a confirmação da presença de utentes antes da hora da abertura das instalações;
66. E bem assim, logrando o acompanhamento de todo o processo de abertura das instalações e de ativação dos procedimentos ínsitos ao seu funcionamento, levados a cabo pelas diferentes hierarquias de serviço de acordo com as respetivas categorias profissionais.
67. Neste contexto, no total das 26 (vinte e seis) unidades fiscalizadas constatou-se a presença de utentes à porta de 15 (quinze) estabelecimentos, que *infra* se listam.

O modelo de auto de notificação lavrado aquando da realização das ações de fiscalização consta do anexo V da presente deliberação junto aos autos.

¹³ Juntos aos autos, dando-se o seu teor por integralmente reproduzido para os devidos e legais efeitos.

Tabela 4 – Estabelecimentos em que se verificou a presença de utentes à porta

ARS	ACES/ULS	Unidade
Norte	ACES Douro II – Douro Sul	UCSP Sernancelhe
	ACES Tâmega III – Vale do Sousa Norte	CS Felgueiras
	ACES Terras de Basto	USF Fafe Sentinela
	ACES Grande Porto III - Maia Valongo	CS Valongo/Ermesinde
	ACES Tâmega II - Vale do Sousa Sul	UCSP Paredes
Centro	ACES Baixo Vouga	CS Estarreja
	ACES Dão-Lafões	UCSP Penalva do Castelo
		USF Viseu Cidade – ES Bodiosa
	ACES Pinhal Interior Norte	CS Oliveira do Hospital
	ACES Pinhal Litoral	CS Marinha Grande
LVT	ACES Lisboa Central	USF Oriente
	ACES Estuário do Tejo	CS Alhandra
	ACES Oeste Sul	CS Lourinhã
	ACES Lezíria	CS Salvaterra de Magos
	ACES Alentejo Litoral (ULS Litoral Alentejano)	CS Grândola - ES Grândola 1

Fonte: Elaboração Própria

68. Concretamente, evidenciou-se, de modo particular, o número de utentes presentes à porta das unidades Centro de Saúde da Marinha Grande e Centro de Saúde de Alhandra, em número de 30 e 26, respetivamente, apenas para nomear as situações mais expressivas.
69. Não obstante, a análise *infra* reporta-se ao universo de utentes que aceitou preencher o formulário de inquirição elaborado pela ERS, que consta do anexo II da presente deliberação, num total de 33, sem prejuízo de, conforme já referido, o número de utentes ser manifestamente superior¹⁴.
70. Assim, consideradas as respostas do universo dos utentes inquiridos à porta das unidades de saúde fiscalizadas, em momento prévio à sua abertura, e que expressamente declararam ser o motivo de deslocação a obtenção de uma das

¹⁴ Alguns utentes não manifestaram disponibilidade para o preenchimento do referido formulário de inquirição.

“*vagas do dia*”, 13 encontravam-se presentes por motivo de doença aguda, dos quais 11 do próprio e 2 de terceiro¹⁵.

71. Por outro lado, deste grupo de 13 utentes apenas 3 não tinham médico de família atribuído, dois dos quais coincidiam com os utentes que pretendiam o agendamento de *vaga* para terceiro.

72. *A contrario*, tomando como exemplo o mesmo universo de utentes presentes à porta das instalações, verificou-se que a pretensão de 20 desses utentes na obtenção de uma das “*vagas do dia*” não se reconduzia a motivo de doença aguda¹⁶.

73. Em suma, do depoimento dos utentes inquiridos, resulta que, nas unidades em que tal realidade foi apurada, as causas da deslocação antecipada se reconduzia a:

- i. utente sem médico de família e com dificuldade acrescida no acesso à marcação de consulta;
- ii. pretensão de marcação de consulta não programada no próprio dia por motivo de doença aguda;
- iii. pretensão de marcação de consulta não programada no próprio dia por incompatibilidade de horário para data agendada;
- iv. exibição de MCDT;
- v. requisição de MCDT;
- vi. requisição de atestado médico;
- vii. dilação dos prazos de agendamento de consulta programada;
- viii. indisponibilidade de *vaga* no dia anterior;
- ix. indicação dos funcionários administrativos.

¹⁵ A este propósito, cumpre esclarecer que foram presenciados vários atendimentos para preenchimento das “*vagas do dia*” de utentes que pretendiam marcar *vaga* para si, e/ou para outro elemento do agregado familiar, presente ou não nas instalações no momento da marcação/preenchimento da *vaga*.

¹⁶ Relacionavam-se com motivos tão díspares quanto a renovação de prescrição médica, o pedido de atestado médico, a exibição de MCDT, o pedido de MCDT, a impossibilidade de agendamento de consulta programada por não ter médico de família atribuído, a impossibilidade de agendamento de consulta programada em tempo útil por atraso na marcação das mesmas.

74. Questionados os interlocutores junto das unidades de cuidados de saúde primários, aquando da ação de fiscalização, sobre concretas medidas implementadas de dissuasão de comparência antecipada à abertura das unidades de cuidados primários, declararam os mesmos, por regra, delegar tal informação nos serviços administrativos, que no momento do atendimento dos utentes, informam oralmente “[...] *da desnecessidade de virem tão cedo* [...]”;
75. O que, no entanto e segundo alegado, não será interiorizado pelos utentes, que “[...] *insistem em comparecer* [...]”.
76. Certo é que, foram os mesmos interlocutores vagos na concretização das medidas preconizadas, denotando falta de conhecimento de orientações superiormente emanadas nesse sentido;
77. Registando-se, por outro lado, falta de proatividade dos órgãos de gestão, na adoção de medidas concretas, concertadas e eficientes para a interiorização e disseminação de medidas de carácter tão relevante.
78. Já em resposta à questão do inquérito, sobre a *regularidade da elevada afluência de utentes a aguardar a abertura das instalações com o intuito de garantirem a marcação de consultas*¹⁷, foi possível apurar, das respostas, que a afluência de utentes à porta das instalações ocorre com periodicidade:
- (a) diária;
 - (b) regular (pelo menos 1 vez por semana);
 - (c) esporádica (pelo menos 1 vez por mês);
 - (d) nunca.
79. Não tendo sido possível concluir pela prevalência de nenhuma das hipóteses mencionadas, já que a multiplicidade de respostas pelo mesmo ACES e ULS, não permitiu a definição de uma tendência nas hipóteses apontadas¹⁸.
80. Esta situação não é tão notória no que toca às ULS, considerando que apenas uma unidade responde que a presença de utentes a aguardar a abertura das instalações acontece diariamente.
81. Alguns prestadores alegaram, contudo, que nunca têm utentes a aguardar a abertura das instalações.

¹⁷ Questão 17 do inquérito, constante do anexo III.

¹⁸ Tal acontece pela necessidade do inquérito preencher as diferentes realidades encerradas pelas unidades funcionais que os compõem, levando alguns prestadores a responderem utilizando de forma cumulativa as 4 hipóteses de resposta.

82. No entanto, é certo que, mais de metade dos prestadores declarou que ainda se vê confrontado com a presença de utentes, com alguma regularidade¹⁹.
83. É de notar que algumas respostas referiram que foram já tomadas medidas para a eliminação de filas de espera de utentes para garantirem a marcação de consultas²⁰.
84. Alguns prestadores referiram ainda que afixaram informação aos utentes sobre a desnecessidade de aguardarem a abertura das instalações para marcação de consulta.
85. Veja-se, a título exemplificativo, a informação veiculada num dos ACES inquiridos²¹, que no documento a ser preenchido pelos utentes para solicitação de consulta do dia por motivo de doença aguda, apõe a menção: *“Atenção [...] Não necessita de vir de madrugada para o centro de saúde. As Consultas do Dia não são atendidas pela ordem de chegada. Mas sim pela urgência da doença.”*
86. Outro ACES, refere que *“[...] a consulta aberta é uma consulta de atendimento rápido para situações consideradas urgentes. Todos os Médicos e Enfermeiros de Família têm um período de consulta aberta. As situações de doença aguda [...] serão atendidas no próprio dia, no horário de consulta aberta.”*²²;
87. Veja-se também, a informação dirigida aos utentes noutra dos ACES inquiridos²³, na qual se lê *“[...] ESTIMADO UTENTE [...] Rogamos a V. Exa. que apenas se dirija às nossas instalações após a abertura das mesmas às 8 horas [...] Informamos que não há motivo para aguardar a sua vez fora das instalações para garantir a marcação da sua consulta, uma vez que ao longo de todo o horário de funcionamento existe uma equipa de saúde disponível para o atender em caso de situação aguda, na consulta aberta.”*
88. Em suma, dos factos recolhidos quanto à efetiva presença de utentes à porta das unidades de saúde, em momento prévio à sua abertura, e da conjugação da

¹⁹ Alguns prestadores alegaram que, por vezes a filas de espera não indiciam um verdadeiro problema de acesso, mas um costume enraizado na população sobre esta situação. Outros ainda referiram que a afluência dos utentes sucede em dias específicos, por exemplo nos dias que coincidem com os dias de feira. Ou ainda no caso de algumas unidades de saúde, este problema verifica-se por falta de transportes para a deslocação das populações.

²⁰ Determinados prestadores referem que algumas das medidas tomadas foram, designadamente, abrir as agendas para marcação de consultas para períodos mais longos, e não só de mês a mês. Outras medidas passam por marcação de consulta na consulta anterior.

²¹ ACES Sintra.

²² ACES do Grande Porto IV – Póvoa de Varzim/Vila do Conde.

²³ ACES do Grande Porto VI - Porto Oriental.

realidade percecionada no decurso das ações de fiscalização com a informação extraída do inquérito, conclui-se que, em algumas das unidades estudadas, os factos veiculados na reportagem, quanto à presença de utentes à porta, se confirmam, o que é de todo incompatível com a proteção do direito de acesso dos utentes.

89. Não obstante, da documentação junta pelos inquiridos aos respetivos inquéritos, resulta que apenas alguns prestadores efetivamente publicitam a desnecessidade de comparência antecipada para obtenção de *vaga* para marcação de consulta²⁴.
90. Pelo que, convirá ponderar a desinformação existente, na perspetiva do utente, que desconhece a imposição legal de atendimento no próprio dia das consultas por motivo de doença aguda.
91. Desinformação essa que concorre para que o mesmo utente misture indevidamente os tempos de agenda dedicados a suprir as solicitações urgentes com oportunidades de atendimento célere de pretensões que deveriam ter acolhimento em sede de atendimento programado, como sejam relacionadas com pedidos de medicação crónica, exibição e pedido de MCDT, pedidos de prorrogação de baixa, e outros.

Afixação do número de vagas disponíveis

92. Outro dos intuitos da comparência antecipada à abertura das instalações das unidades de cuidados primários fiscalizadas, consistiu na confirmação da publicitação ou estabelecimento de número de *vagas* disponíveis para atendimento no próprio dia e por iniciativa do utente, independentemente da concreta terminologia associada.
93. A este propósito, cumpre esclarecer que no universo das unidades fiscalizadas foi possível aferir da disparidade de terminologias associadas ao atendimento, no próprio dia, por iniciativa do utente, sendo que as mesmas correspondem a:
 - a) Consulta aberta;
 - b) Consulta de recurso;
 - c) Consulta do dia;
 - d) Consulta complementar;

²⁴ Não obstante os inquiridos reconheçam que a afluência de utentes antes da abertura das unidades se mantém, apesar das medidas instituídas para o efeito.

- e) *Vaga do dia*;
- f) *Vaga da porta*.

94. Tal terminologia, encontra-se não só associada ao vocabulário de utentes e funcionários, independentemente, da posição relativa que assumam na hierarquia de serviço;

95. Como também aos sistemas informáticos associados à gestão dos fluxos de agendamento de consultas e bem assim aos próprios documentos contendo diretrizes de organização interna.

96. Por uma questão de uniformização terminológica, utiliza-se a designação “*vaga do dia*”²⁵ para identificar o leque de situações em que o utente toma a iniciativa de solicitar atendimento não programado, manifestando a pretensão de que o mesmo ocorra no próprio dia, independentemente de contender com motivo de natureza aguda ou não.

97. A este propósito cumpre esclarecer ser considerada doença aguda, aquela que se reveste de natureza súbita, podendo assumir diferentes graus de gravidade, ou agravamento súbito de doença crónica²⁶, correspondendo-lhe, nos termos da lei, a imposição de atendimento no dia do pedido²⁷.

98. Neste âmbito, foi confirmado que nas unidades listadas *infra* se encontrava afixada informação do número de *vagas* disponíveis para atendimento, em alguns casos, desagregadas por profissional médico:

- a) Oliveira do Hospital – ACES Pinhal Interior Norte;
- b) Salvaterra de Magos – ACES Lezíria;
- c) Alhandra – ACES Estuário do Tejo;
- d) Rebordosa – ACES Tâmega II Vale do Sousa Sul;
- e) Estarreja – ACES Baixo Vouga;
- f) Lourinhã – ACES Oeste Sul.

²⁵ Tal opção decorre unicamente de razões de facilidade de leitura, não significando, como melhor se verá, uma qualquer concordância com os fundamentos associados em termos de procedimentos adotados.

²⁶ Conforme se infere do documento designado - Prestação de Serviços Médicos – em uso no ACES Algarve II Barlavento.

²⁷ Conforme Lei n.º 41/2007, de 24 de agosto, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 15/2014, de 21 de março, e Portaria n.º 1529/2008, de 26 de dezembro.

99. Por outro lado, foi verificada, pelo menos quanto a uma das unidades fiscalizadas, a afixação de informação que, não obstante não contivesse o número de vagas, fazia menção expressa a que “[...] Srs. Utentes. A partir de 24 de Abril de 2013, não serão afixadas as vagas existentes para cada médico. Serão marcadas no próprio dia por ordem de chegada.”²⁸, informação que, apesar de não conter previsão expressa do número de vagas existentes, assenta numa limitação ínsita do número de atendimentos.
100. Ainda, da realidade percecionada no decurso das fiscalizações realizadas, foi possível concluir que mesmo nas unidades em que não foi verificado o procedimento de afixação de vagas, é notório o conhecimento manifestado pelos utentes sobre as *vagas* existentes em cada dia para cada médico;
101. Bem como do funcionamento de tal mecanismo de atendimento, ficando patente a organização que os próprios estabelecem entre si, em momento prévio à abertura da unidade de saúde, de modo a, por referência à ordem de chegada, aferirem do preenchimento das “*vagas do dia*”.
102. Ademais, foram presenciadas situações em que, por comparação do número de *vagas* publicitadas com o número de utentes presentes, os utentes com pretensão de ocupação das “*vagas do dia*”, tomavam como certa a impossibilidade de atendimento pelo médico respetivo.
103. Assim, constata-se que a afixação do número de vagas disponíveis condiciona as expectativas de atendimento dos utentes, formatando o respetivo posicionamento face à lógica organizativa do sistema, como seja pela adoção de comportamentos extremos de procura de oportunidade de atendimento, que, no limite, os leva a permanecer durante a madrugada à porta das instalações das unidades de saúde a fim de garantir o preenchimento de uma das vagas pré-determinadas.
104. Pelo que se, conclui que a prática instituída de pré-determinação do número de vagas para atendimento não programado é não somente desinformadora dos utentes e potenciadora de comportamentos desnecessários, como ademais ilegal por violadora do direito de acesso.
105. De facto, a pretensão de previamente determinar o número máximo de atendimentos por motivo de doença aguda colide, por um lado, com a previsão legal de atendimento no próprio dia do pedido e, por outro, com a gestão que esta

²⁸ UCSP Penalva do Castelo – ACES Dão-Lafões.

obrigação de resposta impõe, a qual passará necessariamente por uma correta seriação dos caso agudos, mediante implementação de um sistema de triagem baseado em critérios clínicos, conforme *infra* se abordará.

106. Acresce que, na decorrência do vindo de expor, e na generalidade das unidades de cuidados primários fiscalizadas, se verificou existir um número máximo de consultas diárias pré-estabelecido para os pedidos por iniciativa do utente, para atendimento não programado.
107. Concretamente, assiste-se a uma multiplicidade de esquemas de atendimento, que correspondem a sub-categorizações para enquadrar diferentes necessidades de resposta para os pedidos em presença.
108. Conforme já visto, existem várias terminologias para enquadramento destes atendimentos não programados, e constata-se situações em que, numa mesma unidade de cuidados primários, terminologias distintas dão resposta às mesmas situações clínicas;
109. Veja-se por exemplo as situações em que se apurou a existência, para cada profissional médico, de período específico dedicado às vagas que são preenchidas no próprio dia;
110. Constatado o preenchimento das mesmas, ainda existe a possibilidade de recorrer ao médico que está em horário de atendimento complementar. Na impossibilidade de realizar a consulta em atendimento complementar, é o utente informado de que deverá dirigir-se novamente no período de *vagas* seguinte.
111. Acresce que, o Atendimento Complementar se destina, preferencialmente, aos utentes sem médico de família e abrange consultas programadas quer por médico quer pelo utente, integrando igualmente um período diário de vagas. Também são atendidos os casos urgentes que não conseguiram vaga para o médico de família a utentes que não pertencem aquele centro, designados utentes esporádicos.
112. Por outro lado, a fixação de tipologia de consulta que poderia beneficiar o “esclarecimento” do utente, minorando a afluência desregrada aos serviços de saúde, não cumpre esse propósito pelo facto de não ser devidamente publicitado, servindo muitas vezes para uso estritamente interno dos próprios serviços, conforme verificado no decurso das ações de fiscalização realizadas, contrariamente ao declarado nos inquéritos preenchidos.
113. Ainda, a rigidez na gestão dos horários de atendimento pré-determinados gera distorções na oportunidade de atendimento de utentes, que encontrando-se

presentes para solicitação de consulta veem a sua pretensão negada pela necessidade de salvaguarda de vagas para hipotéticas marcações telefónicas ou via e-agenda.

Horários Pré-Estabelecidos por Tipologia de Consulta

114. No intuito de perceber o concreto modo de organização dos horários de trabalho dos vários profissionais médicos que integram as unidades fiscalizadas, foi indagado sobre a pré-formatação dos horários de consulta adstritos a cada um.
115. Concretamente, procurou aferir-se da pré-parametrização dos sistemas informáticos para a atribuição de *numerus clausus* de consultas e da estanquidade dos horários a que as mesmas pudessem obedecer.
116. Assim, a maioria dos estabelecimentos fiscalizados assumiu recorrer a esta via de organização das agendas dos profissionais de saúde, tendo sido possível recolher prova de procedimentos internamente estabelecidos para o efeito.
117. Exemplificando, numa das unidades fiscalizadas²⁹ foi exibido documento destinado à fixação das regras de agendamento de consultas para cada médico, por cada período de 4 horas: “[...] [consultas n.º 1 a n.º 4] *agendamento pelo próprio médico de consulta a consulta; se 48 horas antes não estiverem ocupadas, podem ser agendadas pelos serviços administrativos*”; [consultas n.º 5 a n.º 7] *agendadas no dia anterior por telefone; se não ocupadas, são utilizadas no dia para iniciativas do utente, por ordem de chegada*; [consultas n.º 8 e n.º 9] *iniciativa do utente no dia, pelo critério de prioridade a estabelecer pelo médico*; [consultas n.º 10 a n.º 13] *agendadas pelos serviços administrativos até 21 dias antes; se não ocupadas, são utilizadas no dia para iniciativas do utente, por ordem de chegada*; [consultas n.º 14 a n.º 16] *iniciativa do utente no dia, pelo critério de prioridade a estabelecer pelo médico.*”³⁰.
118. Tal parametrização do sistema foi constatada pela visualização das agendas informáticas dos profissionais de saúde, cuja grelha de preenchimento se encontrava já programada de acordo com a tipologia de consulta e horário respetivo, sendo inclusive pré-estabelecida um sigla de identificação dos diversos

²⁹ UCSP de Penalva do Castelo – ACES Dão Lafões.

³⁰ Note-se que, conforme foi possível apurar da documentação posteriormente remetida em resposta ao auto de notificação lavrado e entregue em sede da ação de fiscalização, estas regras de agendamento de consultas foram objeto de atualização, a aplicar a partir de janeiro de 2014, de acordo com os documentos *normas de funcionamento* e *normas de atendimento*, juntos aos autos.

tipos de atendimento passíveis de agendamento, como sejam “consulta do dia”, “consulta de longo prazo” – programada, “E-agenda”, “saúde infantil”, “saúde materna”, “rastreamento oncológico”, “planeamento familiar”, “reforço” e “pós-laboral”³¹.

119. Por outro lado, tomando como exemplo a mesma unidade de saúde³², verificou-se que as especificidades existentes na distribuição por tipologia e horário não são publicitadas, encontrando-se apenas disponíveis para exclusiva consulta e apoio dos serviços administrativos na área de trabalho da receção, contendo inclusivamente menção à proibição de comunicação aos utentes, no que às consultas pós-laborais diz respeito.
120. Quanto à pré-determinação do preenchimento dos horários de cada profissional médico, por tipologia de consulta, a mesma unidade informou que decorre da prévia articulação dos profissionais médicos daquela unidade, validada pela direção do ACES.
121. No âmbito do preenchimento dos inquéritos, à questão sobre se *existe um horário específico por tipo de consulta*³³, a maioria dos inquiridos respondeu afirmativamente.
122. Ademais, foi referido em algumas respostas, a atribuição de períodos diários para consulta não programada e consulta programada; períodos de consultas programadas específicas (saúde adulto, saúde materna, saúde infantil, planeamento familiar, diabetes e hipertensão);
123. Mais foi referido que a distribuição de horário por tipologia varia de acordo com o horário dos profissionais de medicina geral e familiar e de enfermagem, do universo de utentes e de acordo com a tipologia do ficheiro médico.
124. Da conjugação dos factos resultantes das duas óticas de análise, conclui-se que a esmagadora maioria das unidades de cuidados de saúde primários adere à organização dos horários por tipologia de consulta, cumprindo esclarecer que tal prática está diretamente relacionada com a necessidade da calendarização periódica dos atendimentos a serem realizados no âmbito dos diferentes programas de saúde em curso em cada unidade.

³¹ Conforme apurado no decurso da ação de fiscalização ao CS de Alhandra – ACES Estuário do Tejo.

³² UCSP Penalva do Castelo – ACES Dão-Lafões.

³³ Questão 10 do inquérito, constante do anexo III.

125. De referir ainda que, na perspetiva da garantia legalmente fixada à proteção dos direitos de acesso dos utentes, não se vislumbra que a prática de organização de agenda por referência à tipologia do atendimento programado em causa, possa, de alguma forma, colidir ou restringir os direitos e interesses legítimos dos utentes.
126. Ademais, poderá constituir uma ferramenta de organização dos fluxos de acesso dos utentes e, mediante a otimização dos tempos de agendamento disponíveis, contribuir para minimizar alguns dos constrangimentos de acesso que determinam a ocupação de “vagas do dia” com atendimentos desejavelmente programáveis.
127. Concretamente, e no âmbito do inquérito, quanto à questão sobre se *existe um número máximo de consultas diárias pré-estabelecido para os pedidos por iniciativa do utente? Em caso afirmativo, quais os fatores de que depende?*³⁴, a grande maioria dos prestadores inquiridos referiu que existe, efetivamente, um número máximo de consulta diárias pré-estabelecido para os pedidos por iniciativa do utente.
128. Os fatores de que depende são relativos à disponibilidade de agenda dos médicos a prestar serviço, ou do próprio horário de funcionamento da unidade de saúde.
129. No entanto, existem prestadores que limitam a marcação de pedidos por iniciativa do utente:
- a) em 30% dos agendamentos feitos para o dia;
 - b) 30 minutos a 1 hora;
 - c) entre 4, 6 a 8 consultas por dia;
 - d) de 15 a 30 minutos a 1 hora por dia, no cômputo do horário estabelecido pelo médico para aquele dia;
 - e) a 1 hora por dia, no cômputo do horário estabelecido pelo médico para aquele dia.
130. Alguns prestadores, apesar de terem referido existir um número máximo de consultas, não especificaram quais os limites estabelecidos.
131. Não obstante a informação *supra* mencionada, foi também observado em algumas respostas, a referência à não existência de um número máximo de consultas pré estabelecidas para os pedidos por iniciativa do utente.

³⁴ Questão 11 do inquérito, constante do anexo III.

Receção e Atendimento do Utente

132. Em todas as unidades fiscalizadas foi constatado que a receção do utente é assegurada pelos serviços administrativos.
133. Neste âmbito, apurou-se que o atendimento é prestado por ordem de chegada, determinado pela atribuição de senha, nos casos em que tal sistema de gestão de público esteja implementado;
134. Ou mediante auto-organização dos utentes, por referência à ordem de chegada, quando prévio ao seu horário de abertura, formando fila em frente do serviço administrativo para preenchimento de “vagas do dia”.
135. Por outro lado, verificou-se também que é comum que a ordem de chamada, uma vez estabelecida a prioridade de atendimento, seja feita para cada profissional médico, de forma sequencial.
136. Deste modo, constatou-se que os critérios seguidos para marcação de consulta, para efeito da ocupação de uma das “vagas do dia”, não são de natureza clínica, atendendo antes à ordem de chegada dos utentes;
137. E ainda, à disponibilidade de agenda e autorização dos profissionais médicos nos pedidos que excedam as “vagas do dia”.
138. De facto, de acordo com os inúmeros atendimentos presenciados pela ERS aquando das fiscalizações, verificou-se que quando interpelado o utente acerca do motivo da sua presença não programada, o mesmo esclarece os serviços administrativos sobre a pretensão de ocupação de uma das “vagas do dia”, não curando estes, em regra, de pormenorizar o motivo de tal pretensão.
139. Assim, na generalidade dos atendimentos presenciados, havendo disponibilidade de vagas, confirmou-se que, ato contínuo à solicitação do utente, os serviços administrativos procediam à marcação de consulta no sistema informático.
140. Como contraponto de tal modelo de atuação, foram presenciadas situações em que, perante a manifestação expressa da urgência no atendimento por motivo de doença aguda, o mesmo foi declinado porquanto as vagas disponíveis se encontravam já preenchidas.

141. A este propósito cumpre exemplificar com um atendimento presenciado³⁵, em que havendo disponibilidade de agenda dos profissionais médicos de serviço para atendimento não programado, foi manifestada a impossibilidade de agendamento a um utente presente nas instalações, cujo médico de família havia já esgotado as vagas atribuídas, alegando-se a impossibilidade dos utentes de determinado médico preencherem as vagas de um médico que não aquele que lhe está atribuído.
142. Como contraponto a este procedimento, a mesma unidade de saúde informou já ter sucedido sobrares “vagas do dia”, caso em que tomaram a iniciativa de chamarem os utentes que se encontravam em último lugar na lista de consultas programadas (final janeiro 2014), mediante contacto telefónico realizado no próprio dia e hora da existência de vagas.
143. Do mesmo modo, foi presenciado atendimento³⁶, em que encontrando-se presente um utente a solicitar atendimento não programado por motivo de doença aguda, e havendo vagas na agenda para o efeito, a marcação não foi imediatamente realizada³⁷, mediante a informação que tais vagas teriam de ficar cativas para marcações por via telefónica, ainda que incertas e em período do dia distinto.
144. Ademais, na unidade de saúde em causa ficou patente a impossibilidade de um utente, presente nas instalações, obter o agendamento de uma consulta, havendo ainda disponibilidade de agenda, do próprio médico de família nos dias úteis seguintes, por se encontrarem períodos de agenda reservados para consultas de, eventual, agendamento telefónico e de vaga do dia;
145. Sem a certeza, contudo, de que as mesmas viessem a ser preenchidas.
146. Como contraponto da salvaguarda das vagas destinadas a serem preenchidas telefonicamente, assistiu-se a atendimento presencial de utente³⁸ que no decorrer da solicitação de preenchimento de vaga, disponível no momento em que foi iniciado o atendimento, acabou por ver a respetiva vaga ocupada por atendimento telefónico simultâneo de outro elemento da equipa administrativa.

³⁵ No decurso da ação de fiscalização realizada ao CS Alhandra - ACES Lezíria.

³⁶ No decurso da ação de fiscalização realizada à UCSP de Penalva do Castelo - ACES Dão-Lafões.

³⁷ Sem prejuízo de, a instâncias dos técnicos da ERS, ter a referida unidade procedido à avaliação da situação apresentada pelo utente.

³⁸ No decurso da ação de fiscalização realizada à USF Fafe Sentinela - ACES Terras de Basto.

147. Na mesma ótica de funcionamento, foi apurado que existem unidades de saúde em que o preenchimento das vagas disponíveis e concomitante marcação da consulta, é exclusivamente efetuado no período da manhã, aquando da abertura das instalações, mesmo nos casos em que a realização da consulta apenas ocorre no período da tarde, de acordo com o horário do profissional de saúde.³⁹
148. Também neste domínio, se assistiu à ocupação de “*vagas do dia*” por utentes que, não tendo médico de família atribuído se veem impedidos de proceder ao agendamento de consulta programada, recorrendo ao sistema de *vagas* como expediente para o efetivo atendimento por profissional de saúde, ainda que, confessamente, por motivo não relacionado com doença aguda⁴⁰.
149. Por outro lado, instados os serviços administrativos sobre o tratamento que seria dado a utente com pretensão de atendimento não programado, em situação de indisponibilidade de *vaga*, foi declarado que os utentes são informados para se dirigirem novamente ao centro de saúde no período seguinte das *vagas* para tentar marcação, ou em caso de situação urgente, é realizado o encaminhamento do utente para o SAP ou urgência hospitalar⁴¹.
150. Destaque-se contudo, em dissonância das situações *supra* descritas, a metodologia em uso na USF Guadiana – ACES Algarve III Sotavento, de acordo com a qual não existe limite de *vagas* para atendimento em consulta do dia, nem horário para o efeito, sendo estas intercaladas com as consultas programadas dos médicos, de modo a permitir a organização da agenda de cada profissional no sentido de garantir o atendimento de todos os utentes.
151. No âmbito dos inquéritos remetidos, foi possível efetuar uma análise mais lata, não circunscrita aos procedimentos de receção do utente adstritos ao preenchimento das *vagas do dia*, mas antes a todo o circuito de receção e atendimento do utente, bem como de marcação de consultas.

³⁹ Conforme informação recolhida no decorrer da ação de fiscalização realizada ao CS Alhandra - ACES Lezíria.

⁴⁰ Conforme informação recolhida no decorrer da ação de fiscalização realizada CS Felgueiras ACES Tâmega III – Vale do Sousa Norte.

⁴¹ Conforme informação recolhida no decorrer da ação de fiscalização realizada ao CS da Marinha Grande - ACES Pinhal Litoral.

152. Assim, quanto à *ordem de atendimento dos utentes na receção*⁴², resulta dos factos apurados em sede de inquérito, que foram evidenciadas nas respostas as seguintes situações:
- (a) atendimento por ordem de chegada;
 - (b) o atendimento dos utentes pressupõe a retirada de senha em quiosque eletrónico, que encaminha os utentes para os serviços respetivos, de acordo com a finalidade da deslocação (comparência a consulta, marcação de consulta, pedido de exames, renovação de prescrição ou renovação de baixa).
153. Não obstante, a maioria dos prestadores declarou que o atendimento se faz por ordem de chegada⁴³.
154. Alguns prestadores⁴⁴ acrescentaram, contudo, que no caso das consultas programadas, o atendimento é feito através de marcação. De acordo com estas respostas, os utentes têm uma hora marcada, apenas necessitando de comparecer àquela hora⁴⁵.
155. Por outro lado, quanto à questão sobre *quem procede à marcação*, todos os prestadores declararam que a marcação do pedido da iniciativa do utente, por exemplo, no que toca a consulta, exames médicos ou tratamento é efetuado pelos assistentes administrativos⁴⁶.

⁴² Questões 1 a 3 e 6 a 8 do inquérito, constante do anexo III da presente deliberação e junto aos autos.

⁴³ Alguns prestadores inquiridos referem que, no caso do atendimento ser realizado por ordem de chegada, estão salvaguardadas as situações de prioridade legal, designadamente a idosos, doentes, grávidas, pessoas com deficiência ou acompanhadas de crianças de colo e outros casos específicos com necessidades de atendimento prioritário, nos termos do Decreto-Lei n.º 135/99, de 22 de abril.

⁴⁴ Tanto não significa que não seja procedimento adotado pelos demais, não foi contudo salientado nas respostas respetivas, até porque a pergunta dizia apenas respeito ao registo do pedido e não à marcação da consulta.

⁴⁵ Os prestadores que optam por este tipo de atendimento, referem também que, no caso de consulta programada e no que toca aos programas de saúde, os utentes devem comparecer cerca de 30 minutos antes da sua marcação, para serem observados pelos profissionais de enfermagem.

⁴⁶ Sendo certo que, há casos em que a consulta pode ser marcada diretamente pelo enfermeiro ou pelo médico. Neste caso, e em linha com o descrito pelos prestadores, estão a ser consideradas para o efeito desta resposta, também as consultas relativas aos programas de saúde e aos tratamentos de enfermagem.

156. Inquiridos sobre *como se procede à marcação da consulta, exame médico ou tratamento e em que prazo*, os prestadores foram unânimes respondendo que a marcação é realizada informaticamente⁴⁷.
157. Os prestadores inquiridos referem que, quando a marcação da consulta não é registada imediatamente, o pedido é inserido no sistema num espaço temporal entre 1 dia, 48 horas, 5 dias, 3 semanas e 30 dias⁴⁸.
158. Quanto às *modalidades de marcação da consulta*, resultou das respostas que para além da marcação presencial, através do telefone e por fax, é possível proceder à marcação de consulta através do Portal do Utente, Lojas do Cidadão, e-Agenda e marcação por correio eletrónico⁴⁹.
159. Assim, considerando a factualidade tal como apurada, conclui-se que a gestão iminentemente administrativa do fluxo de utentes destinados a atendimentos não programados, seja por motivo relacionado com doença aguda ou não, por referência à ordem de chegada dos utentes é um denominador comum do funcionamento das unidades objeto de estudo.
160. Resultando de tal procedimento a existência de múltiplas entropias nos fluxos de atendimento dos utentes, já que, tal como verificado nas situações presenciadas em sede de ação de fiscalização, se constata a existência de arbitrariedades na ocupação das “*vagas do dia*”.
161. Neste fluxo entrarão ainda os utentes sem médico de família atribuído, que na impossibilidade de programação do atendimento, em situação de paridade com os demais utentes com médico de família atribuído, se vêm obrigados a recorrer ao atendimento não programado.
162. Neste âmbito, verifica-se que o sistema instituído trata de forma diferente os utentes com e sem médico de família atribuído, porquanto os segundos se veem impedidos de recorrer ao atendimento programado, e portanto, obrigatoriamente compelidos, à utilização incerta do sistema de vagas, com todos os constrangimentos associados.

⁴⁷ No entanto, existem, ainda, algumas unidades que registam as consultas manualmente. Neste caso os prestadores que referiram que a marcação de consulta é feita manualmente, explicaram, que estas situações apenas ocorrem por eventual falha no sistema informático.

⁴⁸ Quanto a este ponto, cumpre ponderar que, eventualmente, o período de tempo indicado, não deverá ser tido como o efetivo intervalo existente entre a solicitação do utente e a inserção do agendamento no sistema, referindo-se antes ao lapso temporal existente entre aquela solicitação e a realização da consulta.

⁴⁹ A maioria dos prestadores respondeu que o agendamento destas consultas, por estes meios alternativos, é feito imediatamente.

Triagem

163. Como decorrência lógica dos procedimentos explanados no ponto anterior verificou-se que em apenas 3 das unidades de saúde fiscalizadas⁵⁰ se encontra implementado um sistema de triagem, assente em critérios não exclusivamente administrativos, uma das quais assim procedia devido à integração do serviço de atendimento permanente na respetiva unidade⁵¹.
164. Na prática, apenas na USF do Guadiana, se encontram consolidados procedimentos de triagem assentes em critérios clínicos, vocacionados para a efetiva destrição entre os motivos (doença aguda ou não) de afluência dos utentes.
165. Assim, constatou-se que, nesta unidade, desde o primeiro momento, a abordagem ao atendimento do utente é vocacionada para a natureza programada ou não programada da sua deslocação.
166. Para o efeito existe na sala de espera um dispositivo de senhas, o qual contempla a opção “atendimento geral”, no caso de consulta programada e opção “enfermagem” para consulta do dia.
167. Deste modo, caso o utente pretenda consulta do dia efetua prévia triagem junto de profissional de enfermagem, sem se dirigir ao balcão de atendimento administrativo previamente.
168. De acordo com o percecionado, os procedimentos de triagem assentam em critérios clínicos, sendo confirmada a situação de doença aguda, pelo que apenas esta determina o atendimento em consulta do dia.
169. De referir, aliás, que tal procedimento se encontra plasmado no regulamento interno da unidade, o qual, no capítulo destinado às formas de prestação de trabalho consagra “[...] os utentes que se dirigem à USF por doença aguda, solicitando consulta do dia, são encaminhados pelo administrativo para o sector de enfermagem que fará a triagem das situações decidindo, em conjunto com o médico, orientação a dar a cada caso.”.
170. Ainda, o referido regulamento, especifica, quanto ao sistema de marcação de consulta que “[...] todos os médicos de família têm um período diário de consulta

⁵⁰ USF Guadiana – ACES Algarve III Sotavento; CS Oleiros - ULS Castelo Branco (ACES Pinhal Interior Sul); UCSP de Sernancelhe – ACES Douro II Douro Sul.

⁵¹ CS Oleiros - ULS Castelo Branco (ACES Pinhal Interior Sul).

aberta que possibilita a gestão da “doença aguda” mediante articulação com a triagem efetuada pelo sector de enfermagem.”⁵².

171. Tomando como outro exemplo o Centro de Saúde de Sernancelhe – ACES Douro II Douro Sul, verificou-se que a admissão do utente é efetuada pelos serviços administrativos, que perante a informação prestada procedem ao seu encaminhamento para o serviço de enfermagem, a fim de que seja realizada a respetiva triagem.
172. O procedimento de enfermagem implica o preenchimento da “folha de triagem”, onde se efetua uma avaliação clínica sumária do utente e observação dos sintomas apresentados, a qual é encaminhada para o médico que se encontra de serviço, que, verificada a natureza da situação (doença aguda ou não), consulta ou não o utente.
173. Não obstante, conforme se infere do documento em vigor naquela unidade relativo aos procedimentos de marcação de consulta, constata-se que a realização de triagem não é um procedimento transversal, porquanto se define “[...] *Marcação de consulta por triagem: [...] todas as que são marcadas e efetuadas para além das 16, cujo motivo seja inadiável para outro dia.*”, por contraposição à “[...] *Marcação de iniciativa do utente no própria dia: são marcadas 6 consultas por dia, por ordem de chegada*”⁵³.
174. De resto a aplicação casuística do procedimento de triagem é ainda confirmada pelo próprio fluxograma da consulta aberta, em vigor na unidade em causa.
175. Por outro lado, o facto do atendimento administrativo aceitar o preenchimento de “*vaga do dia*”, por utente que não se encontra presente no momento da atribuição de vaga, mas alguém do seu agregado familiar em sua substituição⁵⁴, determina a total insusceptibilidade de validação da natureza aguda da solicitação de atendimento não programado, evidenciando a tónica administrativa da gestão de vagas.

⁵² Cfr. documentação recolhida em sede de ação de fiscalização, bem como documentação remetida pelas unidades fiscalizadas, em resposta aos autos de notificação, junta aos autos.

⁵³ Cfr. documentação recolhida em sede de ação de fiscalização, bem como documentação remetida pelas unidades fiscalizadas, em resposta aos autos de notificação, junta aos autos.

⁵⁴ Conforme já visto *supra*, quanto à presença de utentes à porta das unidades de saúde.

176. No âmbito das respostas ao inquérito, à questão sobre *quem procede à avaliação do grau de urgência do pedido (triagem)*⁵⁵, os prestadores destacaram múltiplas soluções:

- (a) não existe qualquer tipo de triagem, no pedido por iniciativa do utente;
- (b) a triagem é realizada pelo assistente administrativo;
- (c) apesar do primeiro contacto ser efetuado pelo assistente administrativo a triagem, propriamente dita, é realizada por médico ou enfermeiro;
- (d) a triagem é realizada pelo médico de família ou que o utente é avaliado por um enfermeiro.

177. Ora, se maioria dos prestadores assumiu, nas respostas dadas ao inquérito, esta última hipótese (triagem por médico de família ou por enfermeiro), a verdade é que tal não corresponde, de todo, à generalidade das situações observadas *in loco* pela ERS;

178. Ou seja, e contrariamente ao declarado pelas unidades em resposta ao inquérito formulado, a observação realizada no decurso das ações de fiscalização e a análise dos documentos remetidos na sequência das mesmas, em resposta aos autos de notificação entregues aquando da sua realização, aponta para que, de forma transversal, se constate a inexistência de um sistema de triagem que não meramente administrativo⁵⁶.

179. Daqui decorrendo, que a definição do grau de urgência assenta nas declarações do utente que solicita a obtenção de uma vaga, sendo que na generalidade dos casos, nem sequer invoca a urgência da consulta para o próprio dia, resultando assim a total ausência de despiste prévio sobre a presença de uma situação de doença aguda e reconduzindo-se a gestão do atendimento à verificação da (in)existência de tempos de agenda livres.

180. Assim, verifica-se a ausência de critérios objetivos e materialmente fundados de seriação dos utentes, que garantam que está a ser dada resposta a situações verdadeiramente agudas que o atendimento não programado por motivo de doença aguda visa garantir;

⁵⁵ Questão 5 do inquérito, constante do anexo III.

⁵⁶ Note-se que muitos dos prestadores inquiridos declararam possuir sistema de triagem, não obstante quando detalhados os respetivos procedimentos constata-se que os mesmos não sustentam reais critérios de seleção de acesso por motivo de doença aguda.

Tal constatação decorre ainda da realidade observada *in loco* nas ações de fiscalização realizadas, verificando-se que a possibilidade de triagem, quando aplicável, se cinge a situações em que as vagas do dia já se encontram preenchidas.

181. Daqui se inferindo uma absoluta necessidade de modificação dos comportamentos dos profissionais e da informação dos utentes, em prol de um recurso eficiente de tal mecanismo de atendimento célere e não programado, o qual não pode ser utilizado como expediente para colmatar falhas que se encontram a montante na própria lógica organizativa do sistema, como seja, a não atribuição de médico de família e a conseqüente insuscetibilidade de agendamento programado por parte desse grupo de utentes.

Registo dos Pedidos de Consulta

182. No que tange aos procedimentos atinentes ao registo dos pedidos de consulta, foram as unidades fiscalizadas concretamente inquiridas sobre:

- (i) Quem procede ao registo dos referidos pedidos?
- (ii) Quando é efetuado o registo dos referidos pedidos?
- (iii) Modo de registo dos referidos pedidos?

183. De ressaltar, que a aferição de tais procedimentos não se restringiu às solicitações por iniciativa do utente decorrentes de doença aguda, mas também de atendimentos programados, sendo o fito das questões a perceção do tratamento que é prestado ao *input* do utente.

184. Assim, da formulação das questões *supra* elencadas foi possível concluir que em nenhuma das unidades fiscalizadas estão implementados procedimentos de registo de pedidos de consulta, com indicação da data e hora do mesmo, seja de modo manual seja de modo informático.

185. O que equivale a dizer que, o primeiro e único registo realizado no sistema informático é o do efetivo agendamento da consulta.

186. Neste enquadramento, foi presenciado atendimento telefónico de utente a solicitar o agendamento de consulta programada, o qual foi elucidado sobre a impossibilidade de tal agendamento por indisponibilidade de agenda, a qual se encontrava encerrada até ao início do ano de 2014, e sem que tenha sido efetuado qualquer registo do pedido formulado pelo utente⁵⁷.

187. Aliás, na unidade de saúde em causa apurou-se que os procedimentos em vigor são no sentido do agendamento de consulta programada a pedido do utente

⁵⁷ Centro de Saúde Alhandra – ACES Estuário do Tejo.

ser realizada com um intervalo de um mês e meio, entre a data do pedido e a data possível do seu agendamento;

188. Pelo que, tomando como exemplo a data da ação de fiscalização, foi esclarecido que, caso ocorresse naquela data um pedido de consulta programada, por telefone ou presencialmente, seria dada indicação ao utente que não seria possível efetuar o agendamento, orientando para novo contacto a partir do dia 13 de dezembro, sem que fosse realizado qualquer registo do contacto realizado, nem tampouco da indicação prestada acerca da indisponibilidade de agendamento.
189. Em decorrência lógica da inexistência de registo do pedido de consulta, todas as unidades fiscalizadas declararam ser-lhes impossível ter dados reais e precisos do tempo que medeia entre a formulação do pedido e a respetiva realização de consulta;
190. Situação que, evidentemente, se afigura de particular gravidade e preocupação porquanto prejudica toda a base em que assenta a implementação, monitorização e cumprimento dos TMRG legalmente estabelecidos.
191. A este propósito cumpre ainda esclarecer que todas as unidades questionadas referiram que o sistema informático em uso, qualquer que ele fosse, não viabiliza, pelo menos na ótica do utilizador e de acordo com o conhecimento proveniente da sua utilização diária, a introdução de registo alusivo à data do pedido de consulta.
192. Sendo que, neste âmbito, foi inclusive recolhida informação prestada pelo ACES Algarve II – Barlavento à ARS Algarve, datada de julho de 2012 na sequência da recomendação emitida pela ERS, esclarecendo expressamente que “[...] *o registo informático imediato e na presença dos utentes dos seus pedidos de consulta não é possível no SINUS, é possível no ALERT P1 aquando da referenciação para os Hospitais*”⁵⁸.
193. Neste âmbito, será ainda pertinente atentar na Carta de Compromisso subscrita por uma das unidades fiscalizadas⁵⁹, a qual taxativamente prevê “[...] *A UCSP compromete-se a efetuar, rigorosa e sistematicamente, no Sistema de Informação, os registos de todos os dados necessários à análise da sua atividade, sem os quais esta não poderá ser considerada em sede de contratualização*”⁶⁰.

⁵⁸ Cfr. documentação recolhida em sede de ação de fiscalização, bem como documentação remetida pelas unidades fiscalizadas, em resposta aos autos de notificação, junta aos autos.

⁵⁹ UCSP Salvaterra de Magos – ACES Lezíria.

⁶⁰ Cfr. documentação recolhida em sede de ação de fiscalização, bem como documentação remetida pelas unidades fiscalizadas, em resposta aos autos de notificação, junta aos autos.

194. Por outro lado, inquiridos os prestadores sobre se o registo do pedido é feito *manual ou informaticamente*⁶¹, foi possível averiguar que a grande maioria respondeu que regista o pedido informaticamente.
195. Existindo, no entanto, respostas que destacam situações em que o registo do pedido é feito manualmente⁶².
196. Cumpre ressaltar que apenas dois dos prestadores inquiridos no âmbito do inquérito remetido declararam a insusceptibilidade de proceder ao registo do pedido de consulta por iniciativa do utente, expressamente invocando a inexistência de tal funcionalidade no sistema informático em uso.⁶³
197. Quanto à questão sobre se o registo dos pedidos de consulta por iniciativa ou solicitação dos doentes, é feito imediatamente após o pedido e na presença do utente ou, [alternativamente], em momento posterior⁶⁴, a maioria das unidades de cuidados primários responderam que este é feito imediatamente e na presença do utente.
198. Algumas unidades referiram que o registo do pedido é efetuado em momento posterior, variando o lapso temporal entre as entre 2 a 3 horas, 24 a 48 horas, 48 horas, 48 a 72 horas, 72 horas e até 15 dias (nos casos não urgentes)⁶⁵.
199. O que, *a contrario*, equivale a dizer que a esmagadora maioria dos prestadores entende proceder ao registo do pedido, fazendo equivaler a este procedimento o registo do agendamento da consulta.
200. Paralelamente, nas ações de fiscalização realizadas foi transversalmente constatada a inexistência de prática tendente ao registo do pedido da consulta por iniciativa do utente, sendo também convicção dos interlocutores inquiridos que inexistente tal funcionalidade no sistema⁶⁶;

⁶¹ Questão 4 do inquérito, constante do anexo III da presente deliberação e junto aos autos.

⁶² Enquadra-se nestas situações, uma resposta que destacou, complementarmente, que o registo é manual para posterior marcação e outra que referiu que o registo é feito manualmente apenas para pedidos de consulta por motivo relacionado com doença aguda.

⁶³ Note-se contudo, que um dos dois prestadores que declarou não realizar o registo do pedido por inexistência de tal funcionalidade no sistema informático em uso, esclareceu que o registo do pedido é realizado manualmente para posterior encaminhamento para decisão médica.

⁶⁴ Questão 7 do inquérito, constante do anexo III da presente deliberação e junto aos autos.

⁶⁵ De notar que, este período de tempo, eventualmente, não corresponderá ao período de tempo em que o procedimento de registo do pedido é efetivamente inserido no sistema, mas eventualmente o tempo entre o pedido de marcação e a realização da consulta.

⁶⁶ É de ressaltar, que no decurso da instrução do presente processo de inquérito um dos prestadores fiscalizados, UCSP Penalva do Castelo ACES Dão-Lafões, que à data não possuía

201. Tendo-se inclusivamente, nas ações de fiscalização realizadas, assistido à implementação de mecanismos de contorno ao controlo dos TMRG fixados, ao instruírem-se utentes a tentar novo contacto em momento posterior para agendamento de consulta, viabilizando-se, desta forma e “artificialmente”, o cumprimento dos TMRG.
202. Em conclusão, reitera-se que da inexistência de registos do pedido de consulta por iniciativa do utente, surge a impossibilidade de controlo do tempo que medeia entre a solicitação do utente e o seu efetivo atendimento e, conseqüentemente, de uma efetiva monitorização de cumprimento dos TMRG aplicáveis;
203. Bem como a inviabilidade de por simples consulta do sistema, a todo o momento, poder ser extraída listagem efetiva dos pedidos de consulta pendentes, por comparação com os já realizados, e ainda o efetivo (in)cumprimento dos TMRG por referência aos tempos de resposta associados.
204. Efetivamente, conclui-se pelo incumprimento generalizado da obrigação legal do registo imediato em sistema de informação do pedido do utente, conforme direito plasmado na *Carta dos Direitos de Acesso pelos Utentes do SNS*⁶⁷;
205. A que acresce a inexistência de filtros de acesso de utilizadores nos sistemas informáticos para desmarcações de consultas, o que igualmente obstaculiza a monitorização do cumprimento dos TMRG fixados, porquanto não resulta fiável a informação relativa aos pedidos (não) registados, respetivo agendamento e subsequente realização, perdendo-se a contagem dos tempos que medeiam as diferentes etapas, por impossibilidade de controlo dos momentos temporais a que os mesmos estão associados.

Procedimentos internos padronizados atinentes ao acesso dos utentes

206. Cumpre referir que se procurou aquilatar junto dos profissionais diretamente implicados na gestão do atendimento aos utentes, da existência de procedimentos

declaradamente registo do pedido de consulta, veio aos autos informar ter adotado mecanismo de registo manual de pedido, conforme Ordem de Serviço instituída para o efeito, da qual se extrai “*Para os devidos efeitos, solicito aos serviços administrativos o preenchimento do mapa em anexo, com o objetivo de se apurar o tempo de espera de consultas médicas, desde o pedido até à satisfação do mesmo.*”. A referida Ordem de Serviço contém em anexo grelha de preenchimento, relativa a *pedidos dos utentes SNS diversos tipos de prestação de cuidados*, com os seguintes campos de preenchimento: dia; nome; NOP, médico, objetivo e data consulta.

⁶⁷ Lei n.º 41/2007, de 24 de agosto, revogada pela Lei n.º 15/2014, de 21 de Março, mas que manteve o conteúdo essencial da referida *Carta*.

padronizados de acesso, com particular incidência nos atendimentos determinados por iniciativa dos próprios utentes.

207. Assim, procurou aferir-se da existência de procedimentos escritos que sustentassem a prática implementada, garantindo a transversalidade da atuação dos diversos funcionários implicados no atendimento administrativo.
208. Neste âmbito, cabe exemplificar com a realidade diretamente testemunhada, em sede de ação de fiscalização, como seja o funcionamento de unidades de saúde com funcionários administrativos adstritos ao atendimento específico dos utentes de cada médico de família; o que,
209. Na ausência de procedimentos padronizados de atuação, introduz destrições importantes no *modus operandi* da unidade de cuidados primários, em razão das orientações individuais do profissional médico em causa⁶⁸, com prejuízo potencial da uniformização ou harmonização dos procedimentos para garantia do acesso dos utentes.
210. Por outro lado, no âmbito das ações de fiscalização desenvolvidas, verificou-se existirem situações em que, no âmbito do mesmo ACES⁶⁹, duas unidades de cuidados primários responderam de forma contraditória ao conhecimento que possuíam sobre a existência de procedimentos escritos atinentes ao acesso dos utentes aos cuidados de saúde.
211. Foi notório que muitos dos profissionais inquiridos declararam adotar os procedimentos que desde há muito praticavam, quando se registava antiguidade de funções, por contraposição a funcionários apenas recentemente ingressados no serviço respetivo, que afirmavam ter recebido instruções de funcionamento dos demais colegas, sendo comum o reporte de falta de formação e de informação ao nível dos procedimentos instituídos.
212. Como contraponto, foi possível encontrar unidades em que efetivamente existem documentos de suporte ao atendimento, destinados à informação dos utentes, e que exemplificativamente se transcrevem:

“[...] A consulta aberta destina-se exclusivamente a situações agudas, nunca para renovar receituário, mostrar exames, resolução de problemas surgidos há mais de 7 dias.”⁷⁰

⁶⁸ CS de Salvaterra de Magos - ACES Lezíria.

⁶⁹ ACES Algarve II – Barlavento.

⁷⁰ Conforme documento em uso na UCSP de Campo e UCSP de Valongo – ACES Valongo.

“[...] Para que todos tenham acesso a consulta no próprio dia [...] nunca marque uma consulta de urgência para as seguintes situações: para mostrar exames que o seu médico pediu, para renovar receituário, para tratar de assuntos relativos a documentação, para queixas de sintomas não agudos.”⁷¹.

213. No domínio da resposta ao inquérito remetido, quanto à questão sobre se *existem procedimentos padronizados para os procedimentos internos de acesso*⁷², relativos ao pedido e agendamento de consulta por iniciativa do utente, a maioria dos prestadores inquiridos referiu que estes já existem ou estão, presentemente, em elaboração.

214. Exemplificativamente, e como suporte da informação prestada, refira-se o envio de documentos de suporte ao atendimento, também dirigidos à informação dos utentes, e que *infra* se transcrevem:

“[...] a consulta aberta é uma consulta de atendimento rápido para situações consideradas urgentes. Todos os Médicos e Enfermeiros de Família têm um período de consulta aberta. As situações de doença aguda [...] serão atendidas no próprio dia, no horário de consulta aberta.”⁷³;

215. Veja-se novamente, a informação dirigida aos utentes noutra das unidades fiscalizadas⁷⁴, na qual se lê *“[...] ESTIMADO UTENTE [...] Rogamos a V. Exa. que apenas se dirija às nossas instalações após a abertura das mesmas às 8 horas [...] Informamos que não há motivo para aguardar a sua vez fora das instalações para garantir a marcação da sua consulta, uma vez que ao longo de todo o horário de funcionamento existe uma equipa de saúde disponível para o atender em caso de situação aguda, na consulta aberta.”*

216. E ainda, *“[...] As consultas do dia são apenas para os utentes com DOENÇA AGUDA [...sendo] condições de acesso doença repentina, causadora de sofrimento com necessidade de ajuda médica no próprio dia [...] doença antiga com agravamento repentino de sintomas [...] se estiver em falta no local de trabalho e necessite de justificação de incapacidade para o próprio dia [...]*

⁷¹ Conforme documento em uso na USF Fafe/Sentinela – ACES Terras de Basto.

⁷² Questão 14 do inquérito, constante do anexo III da presente deliberação e junto aos autos.

⁷³ ACES do Grande Porto IV – Póvoa de Varzim/Vila do Conde.

⁷⁴ ACES do Grande Porto VI - Porto Oriental.

*Indicação de médico exterior a esta Unidade de Saúde, por escrito ou por via telefónica, para atendimento urgente.*⁷⁵.

217. Na mesma informação, é referida, como condição de acesso, a necessidade de “[...] *Avaliação da equipa de Enfermagem que determine a necessidade de consulta urgente*”, bem como, de preenchimento, pelos utentes, de um documento de solicitação de consulta do dia, por motivo de doença aguda, no qual consta aposta a referência, como já visto supra “*Atenção [...] Não necessita de vir de madrugada para o centro de saúde. As Consultas do Dia não são atendidas pela ordem de chegada. Mas sim pela urgência da doença.*”.
218. Ainda, são ali elencadas as situações que não podem ser atendidas na já referida consulta do dia: “*Mostrar exames; Pedir credenciais; Pedidos de transcrição de exames; Solicitação de documentos; Renovação de situações de incapacidade; Pedidos de renovação de receituário*”.
219. Assim, do que foi possível apurar, as situações assim citadas exemplificam a tentativa de assegurar a informação aos utentes, explicando o que são as consultas abertas/não programadas⁷⁶;
220. Por outro lado, foi possível identificar a existência de informação escrita, junto de alguns ACES, implementando os procedimentos administrativos a seguir pelos profissionais daquelas unidades, e resultante, por exemplo, dos respetivos regulamentos internos ou em ordens de serviço⁷⁷.
221. No entanto, apesar do *supra* exposto existe, ainda, um número considerável de ACES/ULS que não implementaram qualquer tipo de ação para a tentativa de padronizar os procedimentos administrativos em estudo.
222. Esta prática é notória, no que toca a alguns dos inquéritos recebidos, considerando que, no que toca aos procedimentos de registo e marcação de consulta por iniciativa do utente, estão descritos tantos procedimentos quantas as unidades que integram aqueles ACES.
223. Conclui-se, por todo o exposto, que no universo das unidades estudadas, ficou patente a adoção de diferentes procedimentos para situações idênticas

⁷⁵ Cfr. panfleto informativo denominado “consulta do dia”, remetido pelo ACES Sintra, em resposta ao inquérito, junto aos autos.

⁷⁶ De acordo com a terminologia dos prestadores que remeteram documentação sobre a informação aos utentes.

⁷⁷ Remetidos em resposta ao inquérito, e juntos aos autos.

relacionadas com o registo e tratamento de pedidos de consulta por iniciativa do utente, introduzindo discrepâncias nos diferentes níveis de acesso implementados, quer a nível macro nas 5 ARS, quer a nível dos próprios ACES/ULS, registando-se diferentes estágios de conhecimento e assimilação dos procedimentos instituídos no âmbito das várias unidades do mesmo ACES/ULS.

224. Para a heterogeneidade dos procedimentos desenvolvidos, concorre a inexistência de ações de formação internas, visando os vários profissionais implicados na gestão dos processos de registo de pedido e marcação de consulta.

Procedimentos de Controlo

225. Inquiridas a unidades fiscalizadas sobre o conhecimento que possuíam sobre a realização de auditorias externas ao respetivo funcionamento, apenas 10 referiram já ter recebido auditores externos.

226. Não obstante, confrontados os prestadores de cuidados de saúde sobre os objetivos das referidas auditorias, não se logrou apurar que as mesmas versassem diretamente sobre a matéria em apreço no presente processo de inquérito, contendendo antes com o apuramento do cumprimento de metas de contratualização, satisfação do utente, procedimentos de reembolso de taxas moderadoras, apenas nomeando algumas das temáticas salientadas.

227. Ademais, também se revelou escasso o envio à ERS do resultado de tais auditorias, nos casos em que as mesmas alegadamente tiveram lugar, conforme solicitado nos autos de notificação deixados à data das fiscalizações realizadas.

228. Por outro lado, no que toca ao controlo desenvolvido pela própria direção do ACES/ULS, foi unânime a informação prestada acerca da desnecessidade de intervenção das próprias unidades de saúde no fornecimento dos dados para avaliação pelas respetivas coordenações, já que os mesmos são diretamente extraíveis da base de dados respetiva;

229. O que já *supra* se demonstrou que não corresponderá à realidade pela não fiabilidade dos dados por incumprimento do dever de registo dos pedidos dos utentes.

230. Na resposta aos inquéritos às questões *existem instrumentos de monitorização dos procedimentos instituídos e do seu cumprimento e foram já realizadas auditorias internas para aferição do grau de cumprimento das normas e*

*procedimentos relativos ao acesso dos utentes aos cuidados de saúde*⁷⁸, a maioria dos prestadores respondeu já ter implementado um modelo de monitorização dos procedimentos instituídos e do seu cumprimento, quer seja interno, quer seja através de monitorizações externas⁷⁹;

231. Situação que não se verifica quanto à realização de auditorias internas para a aferição do grau de cumprimento das normas e procedimentos relativos ao acesso dos utentes aos cuidados de saúde.
232. Assim, conclui-se que, apesar de idealizados, os instrumentos de monitorização e controlo instituídos, não asseguram de forma competente e coesa a rastreabilidade das debilidades do sistema, não constituindo indicador fidedigno dos constrangimentos existentes; e que
233. Na ausência de procedimentos comuns de registo do fluxo de pedidos e agendamentos de consulta, cada prestador planeia mecanismos próprios de gestão de atendimento e calendarização de agenda, ficando os utentes na dependência dos modelos de gestão implementados, daí decorrendo heterogeneidade nos níveis de acesso instituídos.

V. AUDIÊNCIA DOS INTERESSADOS

234. A presente deliberação foi precedida de audiência escrita dos interessados, nos termos e para os efeitos do disposto no n.º 1 do artigo 101.º do Código do Procedimento Administrativo, aplicável *ex vi* do artigo 41.º do Decreto-Lei n.º

⁷⁸ Questões 15 e 16 do inquérito, constante do anexo III da presente deliberação e junto aos autos.

⁷⁹ De acordo com o que foi possível apurar as USF, estão a ser monitorizadas através da implementação da grelha DiOr –USF (Diagnóstico do Desenvolvimento Organizacional nas USF), que tem por objetivo “[...] desenvolver uma ferramenta de trabalho que permite de forma sistemática e rigorosa implementar linhas de orientação, de monitorização e avaliação da organização de serviços, tendo em vista a melhoria do desempenho da unidade, satisfação dos cidadãos e dos profissionais [...]” – cfr. Guia para a Aplicação do Diagnóstico do Desenvolvimento Organizacional nas USF DiOr USF em www.acss.pt.

Este acompanhamento mede áreas tão distintas quanto: Organização e Gestão, Informação e Direitos dos Utentes, Oferta Assistencial, Desenvolvimento da Equipa e Qualidade de Instalações e Saúde, Higiene e Segurança, Articulação, Equipamentos e Sistemas de Informação, entre outros.

Por outro lado, alguns prestadores remeteram também informação relativa a um inquérito realizado para aferir da satisfação e acesso no ACES, neste caso, as áreas estudadas centraram-se em: Tempo de espera pela consulta, Iniciativa da consulta, Modo de marcação da consulta, Perceção global da acessibilidade, entre outros.

Um prestador, ainda, remeteu uma experiência de cliente mistério para aferir: Da satisfação dos utentes com a sua interação com o atendimento; Dos procedimentos técnicos do ACES.

127/2009, de 27 de maio, tendo para o efeito sido chamados a pronunciar-se, relativamente ao projeto de deliberação da ERS todos os ACES e ULS em funcionamento em Portugal Continental, as cinco ARS, IP e ainda a ACSS, IP.

235. Decorrido o prazo concedido para a referida pronúncia, em resposta às sessenta notificações realizadas, rececionou a ERS a pronúncia de três ULS⁸⁰, três ACES⁸¹, três ARS⁸² e da ACSS, IP.
236. A ERS não foi notificada de qualquer pronúncia das restantes entidades, seja no decurso do prazo legal para o efeito, seja até o presente momento, desconhecendo-se qualquer tomada de posição sobre a matéria.

V.1. Da Pronúncia da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E.P.E.

237. Por ofício rececionado a 21 de abril de 2014, a ERS tomou conhecimento da pronúncia produzida pela Unidade Local Saúde de Castelo Branco, E.P.E, da qual se retira que pela mesma foi determinada a “[...] *divulgação ampla das recomendações vertidas no Projeto de Deliberação emitido [...] juntos dos funcionários e profissionais de saúde dos Agrupamentos de Centros de Saúde que integram esta [ULS].*”.
238. Mais sendo referido que “[...] *esta instituição promoverá a sensibilização dos profissionais e a melhoria dos procedimentos instituídos, bem como a avaliação do efectivo cumprimento das regras legais estabelecidas no âmbito do processo.*”.

V.2. Da Pronúncia da Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, E.P.E.

239. Por comunicação eletrónica de 30 de abril de 2014, rececionou a ERS a pronúncia produzida pela Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, E.P.E, da qual, em especial, se retira que:

“[...]

- i. As preocupações manifestadas pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS), têm sido também as desta Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, E.P.E. (ULSLA), tendo produzido diversas normas transversais*

⁸⁰ Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE, Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, EPE, Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE.

⁸¹ ACES do Tâmega II - Vale do Sousa Sul, ACES da Cova da Beira e ACES DãoLafões.

⁸² ARS Centro, ARS Norte e ARS LVT.

às suas Unidades de Cuidados de Saúde Primários, visando que os utentes não tenham necessidade de se aglomerar quer antes da abertura das instalações, quer durante o seu período de funcionamento, e minimizando as idas ao Centro de Saúde e o tempo lá despendido, respeitando os TMRG;

- ii. *Tem também sido nossa preocupação que os utentes não sejam encaminhados para fora do SNS, [...] mas sem os meios necessários não será possível cumprir integralmente o que consta no projeto de decisão.*
- iii. *Pese embora a meritória intenção da decisão, a mesma não equaciona com a mesma imperiosidade, uma série de fatores que virulentamente inquinam os CSP, muito particularmente na ULSLA, [...] alguns tão meritórios e consagrados na Lei como o objeto do presente inquérito e motivo de projeto de decisão, e que, dentre os muitos, se destacam na ULSLA:*
 - *Inexistência de médico de família para 50% da população [...];*
 - *Normas de Orientação Clínica (NOC) emanadas pela Direção Geral de Saúde (DGS), auditadas, que obrigam a determinados procedimentos e acompanhamento dos doentes;*
 - *“Guide-Lines” internacionais de acompanhamento e monitorização de variadas patologias;*
 - *Horários de Trabalho;*
 - *Orçamento Geral do Estado (OGE) obrigando ao corte de horas extraordinárias;*
 - *Sistemas informáticos obsoletos, (hardware e software), pouco amigáveis, morosos e que não dão a informação necessária, e que inexoravelmente estão a sugar tempo para o atendimento de utentes;*
 - *Objetivos contratualizados com as Unidades Funcionais, cujo incumprimento penalizam financeiramente a ULSLA, e, em espiral descendente, podem comprometer o objeto da sua existência.*
- iv. *Todavia, algumas coisas temos a melhorar, nomeadamente, e no que respeita ao ponto 276:*

Dar conhecimento de todo o relatório da ERS a todos os profissionais dos CSP desta ULSLA;

Afixar à entrada dos CS e extensões os TMRG, e mais uma vez divulga-los junto de todos os profissionais, com instruções de escrupuloso cumprimento;

Aguardar que a ACSS / SPMS proceda às alterações necessárias nos programas informáticos por elas disponibilizados, e que são os oficialmente utilizados, no que respeita ao imediato registo de qualquer pedido de consulta e entrega de comprovativo ao utente [...];

Reunir com todos os coordenadores das UCSP, [...], por forma a serem criados e definidos circuitos de triagem clínica que diferencie os pedidos de doença aguda de outros motivos, no que respeita ao pedido de consulta não programada no próprio dia do pedido.

Sob pena de incumprimento dos objetivos contratualizados, ou das NOC, ou do estipulado no OGE e com os atuais recursos, apenas nos podemos comprometer a triar clinicamente e a encaminhar os utentes segundo critérios clínicos, dentro do SNS.

Divulgar a “Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Nacional de Saúde” (SNS), com reuniões com todos os funcionários para sua discussão e interiorização individual.

Afixar a referida Carta em todos os locais de receção da ULSLA, hospital incluído.

[...] podemos garantir o atendimento em tempo útil, e informar os doentes sobre o atendimento no dia no que respeita a doença aguda, não o podemos fazer quando os utentes querem nesse dia uma consulta por qualquer outro motivo, o que acontece bastas vezes, e em muitos casos é o motivo por que se aglomeram à porta do Centro de Saúde.”.

V.3. Da Pronúncia da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE

240. Por ofício rececionado a 05 de maio de 2014, a ERS tomou conhecimento da pronúncia produzida pela Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE, a qual esclarece que:

“[...]

- i. *No que respeita ao cumprimento dos [TMRG], [...] estamos convictos que os mesmos se encontram a ser cumpridos, encontrando-se afixados em*

todas as unidades de saúde, os tempos médios de resposta na ULSNA [...];

- ii. *Quanto aos procedimentos internos que garantam uma triagem assente em critérios clínicos [...] bem como, as questões relacionadas e constantes das recomendações insertas em ii), iii), iv), estão em estudo algumas medidas, as quais prevemos brevemente estarão em condições de ser aprovadas, seguindo-se a sua implementação [...];*
- iii. *Serão de imediato afixados nos locais de receção dos utentes [...] a Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde [...].”*

V.4. Da Pronúncia do ACES do Tâmega II - Vale do Sousa Sul

241. Por ofício rececionado a 30 de abril de 2014, a ERS tomou conhecimento da pronúncia produzida pelo ACES do Tâmega II - Vale do Sousa Sul, o qual informa que:

“[...]

- i. *Desde setembro de 2012 que o ACES VSS adotou medidas em todas as unidades de saúde que garantem o cumprimento relativamente aos TMRG;*
- ii. *Foi criado um grupo de trabalho que acompanha tais medidas e ao qual foi solicitado a realização de uma auditoria interna para averiguação do cumprimento das mesmas;*
- iii. *[...] o diploma é do conhecimento de todos os profissionais que exercem funções no ACES VSS dado que o mesmo é parte integrante da contratualização interna e consta das cartas de compromisso;*
- iv. *O atual modelo dos CSP não permite a existência de triagem assente em critérios clínicos conforme se pode aferir pela parca legislação existente a este nível de cuidados;*
- v. *Todos os utentes, com necessidade de atendimento em situações agudas ou necessidade de resolução no próprio dia, são atendidos em todas as unidades de saúde do ACES VSS, ou em consulta aberta ou consulta programada, não se tratando em caso algum de consultas de urgência que devem ter atendimento próprios nos Centros Hospitalares;*
- vi. *No [...] SNS, é á Linha de Saúde 24 que cabe garantir a triagem e orientar os doentes para o nível de cuidados da rede [...];*

- vii. *Adotar procedimentos internos, [...] servir[a] para duplicar sistemas de triagem, que se tem demonstrado eficientes, como são consumidores de recursos que o ACES VSS e os demais, não possuem nem garantem a melhoria da prestação de cuidados;*
- viii. *Todos os doentes em situações de doença aguda são atendidos dentro do horário de funcionamento [...] desde a data em que esta Direção Executiva iniciou funções, pelo que desconheço a existência das referidas vagas mencionadas amplamente no processo;*
- ix. *A organização da prestação de cuidados a situações emergentes/urgentes/aguda, são no SNS Português, o cerne da atividade da LS24/CODU/SUB/SU Hospitalar e não dos CSP;*
- x. *A Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS encontra-se afixada em todas as unidades e é do conhecimento geral;*
- xi. *Os TMRG encontram-se afixados em todas as unidades de saúde deste ACES;*
- xii. *Todas as unidades de saúde tem o horário de abertura e fecho devidamente afixado e todos os utentes dispõem da informação que se devem deslocar á unidade vinte minutos antes de cada consulta programada;*
- xiii. *[...] de acordo com a decisão do CD da ERS, foi reforçada na presente data, a informação da “desnecessidade de aguardarem a abertura das instalações” sendo garantido o acesso a cuidados de saúde como um direito legalmente consagrado.”.*

V. 5. Da Pronúncia do ACES da Cova da Beira

242. Por rececionado a 02 de maio de 2014, a ERS tomou conhecimento da pronúncia produzida pelo ACES da Cova da Beira, da qual, se retira que “[...] somos a informar que corroboramos do conteúdo do referido projeto de deliberação da Entidade Reguladora da Saúde.”.

V. 6. Da Pronúncia do ACES Dão-Lafões

243. Por ofício de 07 de maio de 2014, a ERS tomou conhecimento da pronúncia produzida pelo ACES Dão-Lafões, o qual preconiza que:

“[...]”

- (i) *Relativamente à ii decisão – “adotarem [...] uma triagem assente em critérios clínicos...” – concordando com este modelo de triagem é oportuna a sua implementação sendo a nossa opinião que o mesmo deveria ser normalizado em todo o país visando uma equidade de critérios [...] e ressalvado pela dotação plena das unidades com recursos humanos ao seu normal funcionamento;*
- (ii) *Sob a temática [...] “... vagas do dia...” devemos ponderar o limite máximo de consultas que um médico poderá fazer para um atendimento com um mínimo de qualidade profissional; esta área poderá ser desenvolvida com a criação do hábito dos utentes procurarem o pré-agendamento de consulta e não priorizar o modelo “agora é que me é oportuno”, pois a utilização das chamadas vagas do dia (destinadas a situações referenciadas como “agudas”) são num grande número utilizadas para situações de evolução crónica;*
- (iii) *Equacionada a [...] desnecessidade de aguardarem a abertura das instalações com o intuito de garantirem o acesso a cuidados...” nada temos a opor à afixação da informação mas permitimo-nos ponderar a eficácia da mesma na comunidade envelhecida em que nos inserimos, pois ainda não é aceite pelas comunidades rurais não só o agendamento prévio da hora de consulta como também devemos aliar o local de convívio que constitui a espera para quem se deita muito cedo e se levanta igualmente muito cedo no conceito social de cedo para as comunidades urbanas.”*

V. 7. Da Pronúncia da Administração Regional de Saúde do Centro, I.P.

244. Por ofício rececionado a 23 de abril de 2014, a ERS tomou conhecimento dos termos da pronúncia aduzida pela ARS Centro, do corpo da qual cumpre destacar:

“[...]”

- i. A grave carência de médicos constitui um dos fatores que contribui de modo significativo para as dificuldades no acesso aos cuidados de saúde da população;*
- ii. Existe ainda um elevado número de unidades com limitações de cariz informático que [...] não permite a marcação de consultas, comprometendo os TMRG;*
- iii. A organização do funcionamento das unidades funcionais, tendo linhas orientadoras que são comuns a todos os ACES, tem que ter também em conta características da própria unidade [...];*
- iv. No respeito à proposta do ponto ii [...] considera-se que [...] terá de ser reformulada a forma de atendimento aos utentes, com vista a garantir também a confidencialidade a que o utente tem direito;*
- v. Relativamente ao ponto iii, refira-se que os ACES estão a reformular todos os horários dos seus profissionais, devendo cada médico ter no seu horário um período para observação das situações de doença aguda do seu ficheiro;*
- vi. [...] tem vindo a ser dada formação aos técnicos superiores dos gabinetes do cidadão, com vista à divulgação quer junto dos outros profissionais das unidades quer dos utentes, das normas relacionadas com a Carta dos Direitos de Acesso [...];*
- vii. [...] a recomendação do ponto vi, será [...] transmitida aos Diretores Executivos para que este tomem medidas em conformidade;*
- viii. [...] iremos envidar esforços no sentido de efetuar auditorias aos prestadores, com vista a analisar o cumprimento da Carta do Direitos de Acesso [...] e os TMRG aplicáveis e alargar a formação a outros profissionais de saúde.”*

V. 8. Da Pronúncia da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.

245. Por ofício rececionado a 30 de abril de 2014, a ERS tomou conhecimento dos termos da pronúncia aduzida pela ARS Norte, do corpo da qual cumpre, especialmente, salientar:

“[...]”

- i. *Os factos que estiveram na origem do presente processo, foram também objeto de análise por parte desta [ARS] que, ao tomar conhecimento dos mesmos, prontamente decidiu instaurar os procedimentos que ao caso entendeu justificarem-se.”;*
- ii. *Havendo ainda processos de natureza disciplinar a decorrer e estando também o Ministério Público a analisar a eventual relevância criminal daqueles mesmos factos [...];*
- iii. *[o Conselho Diretivo entende] deve[r] manifestar a sua concordância global com o disposto no ponto 277. do Relatório, corroborando-se a necessidade e importância em se garantir o cumprimento escrupuloso de todas as regras estabelecidas no quadro legal relativo aos [TMRG´s] acolhendo-se a instrução quanto à necessidade de implementar planos de formação relacionados com os direitos dos utentes e com a Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS, admitindo-se que o conhecimento sobre estas matérias passem a ser objeto de uma especial atenção no âmbito do processo de avaliação de desempenho dos funcionários;*
- iv. *[...] acolhendo-se igualmente que o cumprimento e o respeito por esta matérias passem a ser auditados de forma regular junto dos prestadores da área de influência desta ARS, não obstante [...] não ser atualmente possível aceder informaticamente e em tempo real à análise dos tempos medianos de resposta garantida e [...] a capacidade de afixação imediata dos prazos para agendamento de consulta.;*
- v. *Não obstante a concordância [...] expressa, [...] manifestar as nossas reservas quanto ao entendimento subjacente às instruções constantes do ponto 276. do Relatório, em particular no que concerne à criação de uma “triagem” no âmbito dos cuidados de saúde primários [...];*
- vi. *[...] os [CSP] [...] não são um serviço assistencial de natureza hospitalar nem são uma acessibilidade clínica exclusiva ou sequer preferencialmente curativa, trabalhando em torno de listas de utentes [...];*
- vii. *Toda a atividade tem uma base contratualizada que visa privilegiar o atendimento programado, nomeadamente com taxas que valorizam a cobertura em detrimento da produção [...] pelo que a intenção de implementar uma “triagem” [...] além de contraproducente contraria o*

princípio [...] de que todos os utentes devem ter direito de serem atendidos [...];

- viii. *Reconhecendo-se [...] que ainda existem assimetrias ao nível da oferta de [CSP] [...] é objetivo primordial deste Conselho Direito erradicar da área geográfica correspondente a esta ARS, a expressão “vagas do dia”, pelo que também entendemos manifestar todos o nosso empenho na deteção e correção de todas as situações que [...] atentem contra o atendimento clínico contratualizado e que [...] possa por em causa o direito de acesso [...];*
- ix. *[...] não nos parecendo no entanto, no contexto atual, que seja exequível ou de propugnar pela introdução de um conceito de “triagem” ao nível do acesso aos cuidados de saúde primários.”*

V.9. Da Pronúncia da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.

246. Por ofício rececionado a 05 de maio de 2014, tomou a ERS conhecimento dos termos da pronúncia aduzida pela ARS LVT, da qual cumpre, especialmente, destacar:

“[...]

- i. *Os aspetos evidenciados no processo de inquérito [...], colocam em relevo a necessidade de implementação de um trabalho de maior acompanhamento das unidades de saúde no âmbito dos [CSP], com vista a uma maior normalização de procedimentos e de linhas de atuação comuns [...] e à garantia do acesso em tempo útil aos cuidados e saúde [...];*
- ii. *A ARSLVT pretende neste âmbito dirigir um conjunto de ações, conjuntamente com os ACES, que passam por:*
- 1. Definição a incluir no Regulamento Interno e/ou Carta de Compromisso os processos chave:*
 - *Consulta aberta*
 - *Consulta programada*
 - *Sistema de intersubstituição*
 - 2. Fluxograma onde conste:*

- *Circuito na Unidade de saúde do cidadão que procura cuidados*
 - *Definição/indicação dos profissionais e locais [...] que deverão ser indicados para interagir com o utente [...]*
 - *Indicações e atitudes a tomar de acordo com a situação indicada*
3. *Elaboração dos respetivos procedimentos a incluir no Guia de Acolhimento destinado aos utilizadores dos cuidados de saúde [...] [e] aos profissionais de saúde a integrar nas unidades de saúde.*
4. *Elaboração de Guia de Acolhimento onde conste:*
- *Carteira de serviços*
 - *Horário de funcionamento*
 - *Alternativas assistenciais*
 - *Endereço e contactos da Unidade de saúde*
 - *Sistema de marcação de consultas*
 - *Sistema de renovação de medicação crónica*
 - *Forma de Apresentar sugestões e reclamações*
 - *Procedimentos a adotar em situações específicas, nomeadamente, como e quando utilizar a consulta aberta e a consulta programada*
5. *Afixação [d]a Carta de Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde.*
6. *Criação de medidas apropriadas ao “registo de pedidos de consulta” enquanto o sistema informático não estiver adequado ao cumprimento deste dever legalmente imposto, por forma a garantir os tempos máximos de resposta.*
7. *Divulgar pelos profissionais envolvidos orientações de trabalho que materializem [...] o cumprimento da Lei 15/2014 de 21 de maio [...].*
8. *Incluir nos Planos de Formação, conteúdos relacionados com os direitos dos utentes.*
9. *Impulsionar os Gabinetes do Cidadão a colaborarem [...] na normalização dos conceitos subjacentes à Doença Aguda [...].”*

247. Mais se retira do texto da pronúncia ter sido desenvolvida uma circular informativa, datada de 17 de abril de 2014 e dirigida aos ACES e Serviços da Sede, da qual é remetida cópia e que procede à clarificação e uniformização dos conceitos subjacentes à doença aguda, a qual determinará posterior adaptação dos sistemas de informação.

248. Concretamente resulta da referida circular que “[...] tendo-se identificado a necessidade de uniformizar os conceitos e designação dos locais/consulta de atendimento “urgente” e, dada a diversidade de designações e respostas encontradas [...] decidiu [-se] criar os seguintes conceitos:

Consulta aberta - período de consulta com marcação presencial ou telefónica, **no próprio dia.**

Consulta de reforço – consulta médica prestada [...] por outro médico que não o médico de família do utente, na ausência deste ou quando o utente não tem médico de família atribuído [...].

Atendimento complementar – [...] fora do funcionamento regular de atendimento, nos dias úteis e aos sábados, domingos e feriados [...].

Serviço de atendimento permanente – [...] funciona 24h/dia/365 dias ano [...].

249. Por fim, refere a ARS LVT ter “[...] desenvolvido trabalho de centralização dos locais de atendimento da doença aguda, com uniformização dos respetivos conceitos, envolvendo os ACES da Cidade de Lisboa, pretendendo-se dar sequência a este trabalho, gradualmente, junto dos restantes ACES da ARSLVT.”.

V.10. Da Pronúncia da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

250. Por rececionado a 09 de maio de 2014, tomou a ERS conhecimento dos termos da pronúncia aduzida pela Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., da qual, em suma, cumpre ressaltar:

“[...]

(i) [...] existem realidades diferentes a nível nacional/continente no acesso dos utentes à prestação de [CSP];

(ii) [...] existe uma grande assimetria na percentagem de utentes sem médico de família [...];

- (iii) [...] existem locais onde continuaram a funcionar SAPs com duração de 24 horas, ou com duração de horário alargado, e locais onde estes não existem [...];
- (iv) [...] existem áreas onde a oferta de outros prestadores de cuidados de saúde, onde se inclui hospitais e prestadores privados, é alargada, e outras, que até devido ao seu isolamento e baixa densidade populacional, onde a oferta de prestadores se resume à UF de CSP local;
- (v) Deste modo, torna-se difícil que as regras de acesso aos CSP sejam idênticas em locais com tal dissimilitude na oferta [...];
- (vi) [...] a doença aguda não é o paradigma dos CSP, não existindo um histórico que contextualize a organização do seu atendimento fora dos Serviços de Atendimento Permanente, criados para dar resposta a muitas situações elencadas no documento, e que provaram não constituir a melhor solução para os referidos problemas, contrapondo-se à prevenção – primária, secundária, terciária, e o acompanhamento dos utentes com doença crónica.”
- (vii) O modelo organizacional da UF [...] e o número de profissionais que a compõe, dita, ao abrigo da legislação vigente [...] a organização da agenda de marcação de consultas, no caso de unidas com, no limite, apenas um médico;
- (viii) A diminuição equivalente a cerca de 300 médicos de família desde 2009, dificulta a equidade de acesso desejável para todos os utentes;
- (ix) Perante estes factos, a ACSS propõe-se dar continuidade ao trabalho que vem desempenhando com as ARS, na implementação de medidas transversais a todas as UF e deste modo, transversais a todos os utentes, que vão desde a contratualização de indicadores com todas as UF do Continente, até à melhoria das aplicações informáticas que permitem uma melhor estruturação das respostas às necessidades de agendamento e monitorização de todo o processo;
- (x) A ACSS, juntamente com a SPMS que é a entidade que tem a competência de desenvolver os Sistemas de Informação, desenvolve todos os esforços para garantir que os sistemas que especificam e implementam respeitem o disposto na Lei 15/14, de 21 de Março, deste modo não prejudicando mas

sim atuando conforme o disposto na legislação, dentro da capacidade técnica existente;

- (xi) *Contrariamente ao CTH, onde é linear monitorizar o tempo de espera pela consulta hospitalar desde o pedido gerado informaticamente [...] nas Unidades dos CSP seria, em bom rigor, necessário monitorizar a data de pedido do utente para marcar a consulta, e não a data em que essa marcação foi efetuada. Esta questão, prévia à entrada de registo no SI nos CSP, será dificilmente monitorizável de forma generalizada e homogeneizada a nível nacional;*
- (xii)[...] [o] *SINUS [...] trata-se de um sistema informático de registo administrativo ainda em uso nos [CSP], antigo e pouco plástico para permitir uma gestão flexível capaz de dar resposta a alguns requisitos de organização do registo administrativo e das agendas, adequadas às necessidades dos utentes e capaz de responder a algumas exigências da Lei n.º 15/2014, de 21 de Março;*
- (xiii) *A nova versão do SINUS, ou SONHO-CSP, para implementação ainda em 2014, é mais versátil e poderá permitir o alargamento de algumas funcionalidades, como seja o registo da data do pedido de consulta e consequente possível monitorização do tempo de espera para a mesma, ou a possibilidade de notas administrativas associadas aos contactos dos utentes;*
- (xiv) *Tais funcionalidades poderão não se encontrar logo no pacote inicial, que terá de suportar a fase de transição entre os sistemas com o mínimo de entropia possível, com todas as UF em funcionamento, com uma eventual redução de secretários clínicos em funções nas UF, prevendo-se ainda a sua formação em serviço para efeitos de utilização desta nova ferramenta informática.*

VI. DA ANÁLISE DOS ARGUMENTOS ADUZIDOS

- 251. Assim, cumpre analisar os elementos invocados nas pronúncias *supra* elencadas, aferindo da suscetibilidade dos mesmos infirmarem a deliberação delineada.
- 252. Com efeito, conforme *supra* explanado, é possível retirar-se de algumas das posições vertidas nos autos, concordância com a decisão projetada pela ERS,

quando não mesmo intenção do seu reforço, e comunhão pelos princípios de atuação defendidos.

253. Por outro lado, quando assim não sucede, e ainda que se pondere o apelo que cada um dos interpelados faz às insuficiências particularmente sentidas ao nível de recursos humanos e infraestruturas, e aos constrangimentos que tais circunstâncias possam ditar ao cumprimento da deliberação da ERS;
254. Cabe recordar, que a decisão projetada assenta em pilares de atuação que se querem transversais a todos os prestadores de cuidados de saúde primários, retirando-se da base de atuação preconizada qualquer carga de heterogeneidade que a realidade individual de cada uma das unidades possa determinar;
255. Porquanto, o nivelamento dos procedimentos de garantia do direito de acesso que se visa acautelar, emana diretamente do estrito cumprimento da lei que a todos se impõem, sem exceção, sendo por isso independente dos concretos recursos disponíveis.
256. Ademais, a renitência manifestada em algumas das pronúncias aduzidas quanto à possibilidade de implementação de um sistema de triagem, invocando a natureza eminentemente assistencial dos cuidados de saúde primários, ignora que a decisão da ERS se baseia na necessidade de realização, intra-rede, de uma desrinça da natureza aguda do atendimento por solicitação do utente, viabilizando, uma vez mais o estrito cumprimento da lei e dos TMRG associados.
257. Mais se diga a este propósito, que a alusão de que o atendimento a situações agudas, “[...] são no SNS Português, o cerne da atividade da LS24/CODU/SUB/SU Hospitalar e não dos CSP”, é contrariada pela própria letra da lei, a qual, conforme repetidamente se tem vindo a enfatizar, determina que nos cuidados de saúde primários, os cuidados prestados no centro de saúde a pedido do utente, por motivo relacionado com doença aguda, ocorram no dia do pedido.
258. Esclarece-se que quando se faz referência a doença aguda que, nos termos da legislação já referida, implica o atendimento do utente no próprio dia, tem-se por referência o conceito de “doença aguda” para efeitos de cuidados de saúde primários, tal como utilizado pelo próprio legislador para determinação do respetivo TMRG aplicável.
259. Efetivamente, o legislador entendeu proceder à expressa diferenciação, no específico âmbito dos cuidados de saúde primários, entre o que deva ser considerado como situação de “Motivo relacionado com doença aguda” e o que

deva ser considerado como situação de “Motivo não relacionado com doença aguda”, fazendo corresponder distintos TMRG aplicáveis.

260. Pelo que não somente se está sempre no âmbito do que ainda devam ser atendimentos em cuidados de saúde primários, e não no âmbito de cuidados hospitalares ou de serviços de urgência;
261. Como igualmente esse diferenciação de situações necessariamente terá que efetuar-se assentando em critérios materiais que deem efetivo conteúdo à distinção entre doença aguda e não doença aguda.
262. Outrossim, e em face de alguns argumentos aduzidos e relativos à escassez de recursos humanos (médicos), deve igualmente esclarecer-se que nos termos do § 1.1.1 das notas técnicas da Portaria n.º 1529/2008, de 26 de dezembro, é explicitamente referido que em caso de “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 intersubstituição”.
263. Ou seja, o legislador teve o cuidado de acautelar, relativamente ao próprio atendimento do utente, a flexibilidade interprofissional dos recursos humanos disponíveis e que, seguramente, terá também por fundamento eventuais situações de escassez de recursos humanos;
264. Pelo que, por maioria de razão, igual flexibilidade poderá (ou deverá) igualmente ser considerada e aplicada para efeitos de efetiva aplicação de mecanismos de triagem que destrincem as referidas situações de “Motivo relacionado com doença aguda” daquelas outras de “Motivo não relacionado com doença aguda”.
265. Também a este propósito, não será despiciendo atentar, no documento intitulado “*Interfaces III – Cuidados nas situações de doença aguda em CSP e interligação com a RNEU*”, produzido pelo Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários⁸³, no qual expressamente se constata que “[...] cerca de 35 a 40% das pessoas que recorrem atualmente aos serviços da Rede Nacional de Urgência e Emergência, fazem-no por situações de doença aguda não

⁸³ Disponível através do link http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/27-interfacesiii-abordagem sistematica do atendimento das situaes agudas e urgentes_gt-dcsp_2012.09.30.pdf.

urgente que podem e devem ser diagnosticadas e tratadas no âmbito dos cuidados de saúde primários [...]”.

266. Ainda, será também de atentar no documento intitulado “*Acessibilidade aos cuidados de saúde primários. Flexibilidade organizativa e resposta a situações especiais.*”, da autoria da Unidade de Missão para os Cuidados de Saúde Primários⁸⁴, do qual se retira que “[...] Cabe aos ACES com a colaboração entre as unidades funcionais que os integrem, garantir resposta às situações de doença aguda, ou percebida como urgente pelo utente, com atendimento no próprio dia, durante o horário do seu funcionamento, e com informação ao utente da hora previsível em que esse atendimento ocorrerá.”.
267. Assim, o que na verdade se pretende com a implementação de um sistema de triagem assente em critérios clínicos, em nada contende com as competências atribuídas ao nível do atendimento emergente;
268. Pretendendo-se antes, com a introdução de um sistema de triagem assente em critérios clínicos no domínio do atendimento por motivo relacionado com doença aguda, que, em primeira instância, aos cuidados de saúde primários cabe assegurar, a implementação de um mecanismo robusto e homogêneo de triagem da gravidade das solicitações de atendimento por motivo de doença aguda, que permita o conhecimento global do universo de pretensões de atendimento no próprio dia, com isso, viabilizando uma visão abrangente sobre a necessidade de resposta enquadrável na obrigação legal de atendimento no próprio dia.
269. Ainda na linha da argumentação produzida, cabe discordar da pretensão aduzida de que a chegada antecipada às instalações para efeito de garantia ao acesso a cuidados de saúde, constitua oportunidade de convívio para as populações envelhecidas que resistem à necessidade de programação de consultas;
270. Porquanto, a realidade efetivamente percebida *in loco* por meio de realização de ações de fiscalização, permitiu evidenciar o desconforto da referida população, que pugna por um atendimento consentâneo com a natureza e dignidade da prestação de cuidados de saúde, muitas vezes de natureza aguda, que não se compadece com esperas prolongadas, em pé, no exterior das instalações.

⁸⁴ Disponível através do *link* http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/1_DOENCA_AGUDA_Acessibilidade_cuidados_saude_primarios.pdf.

271. Por fim, quanto à constatação tecida de que “[...] *Torna-se difícil que as regras de acesso aos CSP sejam idênticas em locais com tal dissimilaridade [...]*, importa esclarecer que nada na legislação aplicável aos TRMG impede que se proceda a qualquer adequação às especificidades, em tudo o que não extravase a legislação aplicável.
272. Por outro lado, também quanto à formulação “[...] *o horário de funcionamento das UF é limitado a um número de horas diário, o que determina um número de atendimentos limitado. [...] não deve ser esquecido que as consultas pré-marcadas para programas de vigilância de saúde e de doenças crônicas, não devem ser consideradas limitativas.*” ;
273. Sempre se dirá que nunca o sentido do projeto de deliberação da ERS foi o de obstaculizar a possibilidade de pré-determinação de agendamentos, tendo inclusivamente preconizado que, na perspetiva da garantia legalmente fixada à proteção dos direitos de acesso dos utentes, não se vislumbra que a prática de organização de agenda por referência à tipologia do atendimento programado possa, de alguma forma, colidir ou restringir os direitos e interesses legítimos dos utentes.
274. Podendo ademais constituir uma ferramenta de organização dos fluxos de acesso dos utentes e, mediante a otimização dos tempos de agendamento disponíveis, contribuir para minimizar alguns dos constrangimentos de acesso que determinam a ocupação de “*vagas do dia*” com atendimentos desejavelmente programáveis.
275. Ainda, quanto à menção efetuada “[...] *nas Unidades dos CSP seria, em bom rigor, necessário monitorizar a data de pedido do utente para marcar a consulta, e não a data em que essa marcação foi efetuada. Esta questão, prévia à entrada de registo no SI nos CSP, será dificilmente monitorizável de forma generalizada e homogeneizada a nível nacional.*”.
276. Cumpre reiterar que, tal como *supra* extensamente apresentado, pela Portaria n.º 1529/2008, de 26 de dezembro foi publicada a Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Nacional de Saúde, que contém o elenco de direitos reconhecidos aos utentes do SNS, no que respeita, por um lado, ao acesso aos cuidados de saúde:
- direito à prestação de cuidados em tempo clinicamente aceitável;

- direito ao registo imediato em sistema informático do seu pedido de consulta ou MCDT;
- direito ao cumprimento dos TMRG; e
- direito a reclamar para a ERS sempre que os mesmos TMRG não sejam cumpridos;

277. Mais resultando da mesma regulamentação que “[...] a data do pedido de consulta pelo utente é sempre registada no sistema informático em uso na unidade de saúde.” – cfr. § 1.1.3. das notas técnicas do Anexo n.º 1 da Portaria n.º 1529/2008, de 26 de dezembro⁸⁵.

278. Assim sendo, deverá lembrar-se, a propósito do argumento da ACSS “[...] contrariamente ao CTH, onde é linear monitorizar o tempo de espera pela consulta hospitalar desde o pedido gerado informaticamente [...] nas Unidades dos CSP seria, em bom rigor, necessário monitorizar a data de pedido do utente para marcar a consulta, e não a data em que essa marcação foi efetuada. Esta questão, prévia à entrada de registo no SI nos CSP, será dificilmente monitorizável de forma generalizada e homogeneizada a nível nacional.”;

279. Que a exigência de ser assegurado o registo informático da data do pedido de consulta é decorrência direta do exposto na lei;

280. E a necessidade de ser assegurado o seu cumprimento em nada diverge da imperiosidade associada à referenciação dos pedidos de primeira consulta desde os cuidados de saúde primários e no âmbito da CTH;

281. E, a mesma vigora, e deverá ser assegurada por todas as entidades com competências e responsabilidade atribuída – aqui incluída a ACSS – em medida equivalente, não podendo justificar-se qualquer (in)cumprimento com a mera (in)aptidão do sistema de informação.

⁸⁵ Por outro lado, já aquando da aprovação da Portaria n.º 615/2008, de 11 de julho, foram não só consagradas regras de organização e procedimentos, a serem implementados em calendarização ali determinada, mas também foram incumbidas as ARS, as unidades de cuidados de saúde primários e hospitalares do SNS, bem como a ACSS, da obrigação de criação das condições necessárias à aplicação da CTH;

Designadamente, obrigações de instalação dos equipamentos informáticos necessários, formação dos profissionais intervenientes, adequação do funcionamento das suas organizações, e garantia de acesso ao sistema informático e acesso à rede informática da saúde em condições de um bom desempenho – cfr. § 5 a 9 da Portaria n.º 615/2008, de 11 de Julho.

282. E tanto é tão mais relevante quando, tal como *supra* indicado, estão compreendidas nas competências e atribuições da ACSS, a garantia do funcionamento dos sistemas de informação em boas condições de desempenho.
283. Tanto vem sendo salientado pela ERS no decurso da sua intervenção regulatória sobre esta temática, desde logo no âmbito da Recomendação emitida em 2012, onde recomendou à ACSS, entre outros, que garanta de forma permanente que os sistemas utilizados pelos estabelecimentos prestadores permitem uma efetiva monitorização do cumprimento dos TMRG, bem como que garanta que até 31 de Dezembro de 2012 estão reunidas e implementadas todas as condições necessárias à plena execução da CTH e da verificação do cumprimento dos TMRG em todos os prestadores de cuidados de saúde do SNS, e ainda, que passasse a informar a ERS, sobre o estágio de implementação do sistema CTH e dos locais nos quais a sua implementação não se encontrasse concluída, com indicação das respetivas razões.
284. Mais devendo referir-se que tanto as conclusões alcançadas em sede do Relatório dos processos de monitorização, já citado nos autos, como a delimitação da atuação regulatória futura para garantia do cumprimento dos TRMG, se basearam na apresentação de constrangimentos, seja pelas ARS seja pela ACSS, enquanto entidades responsáveis pela criação das condições necessária à aplicação da CTH;
285. Questões estas que são sucessiva e repetidamente enunciadas por tais entidades e para as quais se vem, reiteradamente, alertando para a necessidade da respetiva resolução.
286. Assim, da ponderação global dos argumentos aduzidos, conclui-se pela insuscetibilidade dos mesmos infirmarem a decisão projetada, a qual se mantém na íntegra.

VII. CONCLUSÕES

Tendo presente que:

287. O cumprimento da universalidade e generalidade do SNS implica a existência de regras que garantam o acesso a cuidados globais de saúde e em tempo clinicamente aceitável a todo e qualquer utente do SNS;

288. A legislação atualmente dirigida a tal garantia do acesso em tempo útil aos cuidados de saúde, em especial a Lei n.º 15/2014, de 21 de março, que revogou a Lei n.º 41/2007, de 24 de agosto⁸⁶, a Portaria n.º 95/2013, de 4 de março que revogou a Portaria n.º 615/2008, de 11 de julho e a Portaria n.º 1529/2008, de 26 de dezembro, representa um avanço legislativo na conformação e concretização do direito de acesso aos cuidados de saúde, através de regras concretas, claras e perfeitamente identificadoras de como se há-de garantir e prover, em cada situação, tal direito de acesso;

289. São previstos naqueles diplomas, designadamente:

- a) a *Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Nacional de Saúde*, que densifica os direitos dos utentes no acesso aos cuidados de saúde, bem como à informação respetiva;
- b) a consagração dos TMRG a serem respeitados pelos estabelecimentos do SNS no acesso dos utentes aos cuidados de saúde para vários tipos de prestações sem carácter de urgência; e
- c) o estabelecimento de um sistema de gestão do acesso às primeiras consultas de especialidade hospitalar, designado por Consulta a Tempo e Horas (CTH), acompanhado da adoção de um sistema informático dirigido à sua respetiva operacionalização.

290. Estas regras são claras, precisas e incondicionais quanto aos comportamentos que impõem e quanto às obrigações que estabelecem.

291. A importância da matéria em análise e a fragilidade dos direitos envolvidos, mormente a intangibilidade da oportunidade do direito de acesso e sua conformação pelos tempos máximos de resposta instituídos, requerem uma intervenção regulatória consentânea com a defesa dos direitos em presença.

292. Às Administrações Regionais de Saúde (ARS, I. P)., compete garantir à população da respetiva área geográfica de intervenção o acesso à prestação de cuidados de saúde, adequando os recursos disponíveis às necessidades e cumprir

⁸⁶ Ainda que não introduzindo alterações de substância, pretendeu incorporar num texto único, os princípios consagrados nas leis vigentes que contém normas sobre “[...] *direito de acompanhamento* [...]” e os termos a que deve obedecer a “[...] *Carta dos Direitos e de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do SNS*.[...]”.

e fazer cumprir políticas e programas de saúde na sua área de intervenção⁸⁷, concretamente:

- (i) participando na definição das medidas de coordenação intersectorial de planeamento, tendo como objetivo a melhoria da prestação de cuidados de saúde⁸⁸;
- (ii) assegurando o planeamento regional dos recursos humanos, financeiros e materiais⁸⁹;
- (iii) orientando, prestando apoio técnico e avaliando o desempenho das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, de acordo com as políticas definidas e com as orientações e normativos emitidos pelos serviços e organismos centrais competentes nos diversos domínios de intervenção⁹⁰.

293. À ACSS compete assegurar a gestão dos recursos financeiros e humanos do Ministério da Saúde e do SNS, bem como das instalações e equipamentos do SNS, procedendo à definição e implementação de políticas, normalização, regulamentação e planeamento em saúde, nas áreas da sua intervenção, em articulação com as Administrações Regionais de Saúde, I. P., no domínio da contratação da prestação de cuidados.⁹¹

294. E que nesse âmbito⁹², lhe compete:

- (i) *Coordenar os departamentos de contratualização regionais na contratação dos cuidados de saúde de acordo com a avaliação de necessidades de prestação de cuidados de saúde*⁹³;
- (ii) *Assegurar o direito dos utentes à informação sobre o tempo de acesso*⁹⁴;
- (iii) *Estudar e coordenar os tempos de espera de acesso às prestações de cuidados de saúde e propor, anualmente, os tempos máximos de resposta garantidos*⁹⁵;

⁸⁷ Conforme disposto no Decreto – Lei n.º 22/2012, de 30 de janeiro.

⁸⁸ Conforme alínea b) do n.º 2 do artigo 3 do Decreto – Lei n.º 22/2012, de 30 de janeiro.

⁸⁹ Conforme alínea g), do n.º 2 do artigo 3 do Decreto – Lei n.º 22/2012, de 30 de janeiro.

⁹⁰ Conforme alínea m), do n.º 2 do artigo 3 do Decreto – Lei n.º 22/2012, de 30 de janeiro.

⁹¹ Conforme disposto no Decreto – Lei n.º 35/2012, de 22 de maio.

⁹² Conforme disposto na Portaria n.º 155/2012, de 22 de maio.

⁹³ Conforme alínea a), do artigo 4º da Portaria n.º 155/2012, de 22 de maio.

⁹⁴ Conforme alínea n), do artigo 4º da Portaria n.º 155/2012, de 22 de maio.

⁹⁵ Conforme alínea o), artigo 4º da Portaria n.º 155/2012, de 22 de maio.

- (iv) *Coordenar e gerir as ações visando uma organização integrada da rede de cuidados de saúde primários⁹⁶ ;*
- (v) *Contribuir para o planeamento e o desenvolvimento dos sistemas de informação e comunicação da saúde e sua interoperabilidade, em função das necessidades de gestão dos recursos do SNS⁹⁷ .*

Considerando, por outro lado,

295. A atuação regulatória da ERS nesta matéria e o acompanhamento contínuo, na qual já alertou para que:

- a) o próprio legislador reconhece a necessidade de existirem instrumentos adequados à monitorização do cumprimento dos TMRG;
- b) a fidelidade e qualidade de qualquer informação a obter neste âmbito obriga ao funcionamento pleno dos sistemas informáticos, na medida em que são estes os meios legalmente considerados para tal finalidade – cfr. Preâmbulo da Portaria n.º 1529/2008, de 26 de dezembro;
- c) é essencial a sua efetiva e integral implementação, para cumprimento da Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde, bem como dos TMRG, eliminando-se falhas de natureza estrutural, organizacional e informática realçadas e reconhecidas pelos próprios prestadores auscultados pela ERS;
- d) a CTH consagra-se como programa específico no âmbito do acesso aos cuidados de saúde;
- e) que, para tanto, assenta em sistemas de informação criados para a agilização e monitorização do acesso dos utentes.

296. Tendo-se salientado a importância de assegurar o *registo informático de cada pedido de consulta e seu estágio, desde a inscrição da sua solicitação até à sua efectiva realização ou cessação por outro(s) motivo(s), de acordo com a legislação aplicável [...]*;

297. Tudo de forma a que tal registo possibilitasse a “[...] *monitorização (interna e externa) assente em informação fiável e actualizada*”;

⁹⁶ Conforme alínea a) do artigo 5º da Portaria n.º 155/2012, de 22 de maio.

⁹⁷ Conforme alínea g), do artigo 5º da Portaria n.º 155/2012, de 22 de maio.

298. Tendo-se ademais, e muito concretamente, recomendado⁹⁸ a todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde primários do SNS que procedessem, em toda e qualquer situação

- ao registo informático imediato e na presença dos utentes dos seus pedidos de consulta;
- ao registo informático da data de marcação de consulta;
- ao registo informático do fundamento que motivou a marcação de uma consulta se ultrapassados os TMRG aplicáveis;

Considerando, ainda que:

299. A factualidade apurada no decurso do presente processo de inquérito, evidencia, relativamente ao universo das entidades fiscalizadas, que os procedimentos e o modo de funcionamento interno, bem como do sistema informático, não se encontram adequados ao cumprimento dos deveres legalmente impostos;

300. A mesma fonte factual indicia que, na ausência de procedimentos comuns de registo do fluxo de pedidos e agendamentos de consulta, cada prestador planeia mecanismos próprios de gestão de atendimento e calendarização de agenda, ficando os utentes na dependência dos modelos de gestão implementados, daí decorrendo heterogeneidade nos níveis de acesso instituídos;

301. Se constatou inexistir um mecanismo robusto e homogéneo de triagem da gravidade das solicitações de atendimento por motivo de doença aguda, nomeadamente assente em critérios clínicos, que permita o conhecimento global do universo de pretensões de atendimento no próprio dia, com isso, inviabilizando uma visão abrangente sobre a necessidade de resposta enquadrável na obrigação legal de atendimento no próprio dia;

302. Se assiste a uma ingerência de atendimentos não elegíveis como agudos no fluxo de vagas destinadas a esse fim, gerando incapacidade de resposta, que uma correta destrição dos pedidos permitiria alcançar, reconduzindo-os para os corretos meios de marcação e agendamento, otimizando os recursos existentes;

⁹⁸ Vide recomendação publicada a 24 de maio de 2012 e que pode ser consultada em www.ers.pt.

303. Se verificaram filas de espera de utentes, durante a madrugada, à porta de unidades de cuidados de saúde primários e pelos mais diversos motivos;
304. Se verifica uma insuficiente divulgação das obrigações legais aplicáveis em matéria de direito de acesso, dirigida aos profissionais envolvidos e materializada em orientações de trabalho concretamente vocacionadas para as tarefas de execução diária que, por se revestirem de natureza rotineira, tendem a afastar-se da visão macro, evolutiva e congruente que o sistema de monitorização dos TMRG pretende assegurar;
305. Se verifica que, apesar de idealizados, os instrumentos de monitorização e controlo instituídos, não asseguram de forma competente e coesa a rastreabilidade das debilidades do sistema, não constituindo indicador fidedigno dos constrangimentos existentes;
306. É patente o deficiente nível de informação dos utentes na dupla perspetiva da (in)exigibilidade dos prazos de atendimento, claudicando a utilização do sistema de vagas destinadas ao atendimento por motivo de doença aguda nas ineficiências que o sistema de programação de consultas regista a montante, quer pelo diferente tratamento que é concedido a utentes com e sem médico de família, quer pela falsa sensação de acessibilidade que o sistema presta ao englobar nas vagas de atendimento para o próprio dia situações tão díspares como o pedido de MCDDT ou o pedido de um atestado médico.

Tendo igualmente em consideração que:

307. A Lei n.º 41/2007, de 24 de agosto, estabeleceu a Carta dos Direitos de Acesso, assente no modelo de estabelecimento de Tempos Máximos de Resposta Garantidos, designadamente no que respeita ao acesso a consultas em unidades de cuidados de saúde primários;
308. Tal Lei foi aprovada por unanimidade na Assembleia da República, sendo assim evidente a determinação unívoca e inequívoca dos Órgãos de Soberania e da Sociedade quanto à fundamentalidade de respeito pelo direito de acesso nos termos assim determinados;
309. Na decorrência da Lei n.º 41/2007, de 24 de agosto, foi tal sistema de TMRG regulamentado, densificado e implementado, desde logo pelas Portarias relativas à Consulta a Tempo e Horas, mas igualmente por sucessivas intervenções de diferentes responsáveis pelo seu correto funcionamento;

310. Já em 2013, uma nova Portaria procedeu a nova evolução da Consulta a Tempo e Horas (Portaria n.º 95/2013, de 4 de março);
311. E em 2014, pela Lei n.º 15/2014, de 21 de março, foram compilados e revistos os direitos dos utentes de cuidados de saúde, tendo novamente sido reiterada a Carta dos Direitos de Acesso, com inclusão de TMRG, como um elemento fundamental e basilar de tais direitos dos utentes, tendo novamente uma tal Lei sido aprovada por unanimidade;
312. Quase 7 anos volvidos da introdução no ordenamento jurídico português de uma Carta dos Direitos de Acesso, assente no estabelecimento de TMRG, deve assumir-se que qualquer dificuldade inicial de adequação do funcionamento dos serviços de saúde a tal inovação legislativa já deveria encontrar-se ultrapassada;
313. Deve assumir-se, igualmente, que tais dificuldades seriam, se justificáveis, naturalmente consideradas no trabalho legislativo que subseqüentemente à Lei n.º 41/2007, de 24 de agosto se foi desenvolvendo;
314. Verifica-se precisamente o contrário, ou seja, apesar da evolução e experiência adquirida, o Legislador reiterou, de forma expressa, e após quase 7 anos decorridos desde a aprovação da Lei n.º 41/2007, de 24 de agosto a sua vontade de aplicação efetiva dos TMRG no âmbito do SNS;
315. As dificuldades de aplicação da Lei, decorrido tal hiato temporal e com este quadro de reiteração do Legislador, devem passar a ser entendidas não como dificuldades intrinsecamente decorrentes de opções legislativas, mas como dificuldades (ou renitência) de os seus destinatários modificarem os comportamentos que são, precisamente, objeto de intervenção e conformação legislativa;
316. Qualquer intervenção regulatória deve, assim, considerar uma fase inicial de adequação a uma nova realidade legislativa, em que se deve favorecer uma perspetiva pedagógica, mas que deve paulatinamente transitar para uma perspetiva de necessidade de garantir, com efetividade, o dever de cumprimento da Lei.
317. Tendo ainda em consideração que os argumentos aduzidos em sede de audiência dos interessados, conforme melhor *supra* explanados, não são de molde a infirmar a deliberação delineada.

Conclui-se, assim, que:

318. O ordenamento jurídico dispõe já dos instrumentos normativos relevantes e necessários, pelo que se impõe o escrupuloso cumprimento da legislação aplicável, garantindo-se a sua efetiva implementação;
319. O sistema informático destina-se à monitorização e garantia do acesso, sendo obrigatória a sua estruturação na ótica de utilização e controlo dos parâmetros de acesso instituídos, refletindo de forma fiel os seus vários níveis de *input*, e não sendo aceitáveis, atualmente, a manutenção de pretensas dificuldades imputáveis aos sistemas informáticos enquanto justificação para incumprimento dos TMRG;
320. Os meios e instrumentos necessários à monitorização do cumprimento dos direitos de acesso e TMRG existem já no terreno⁹⁹, cabendo às entidades competentes a sua otimização/implementação, aos mais diversos níveis, do ponto de vista dos procedimentos internos assumidos, formação dos funcionários e bem assim da reorganização dos recursos humanos disponíveis em prol da maximização da eficiência.
321. Na mesma perspetiva de eficiência, competirá igualmente ponderar a criação de medidas assentes numa ótica multidisciplinar da prestação de cuidados de saúde, não se atendendo à categorização dicotómica cuidados de saúde primários/hospitalares, mas antes buscando um paradigma de eficiência e proximidade.
322. Os utentes devem ser atendidos de acordo com os critérios fixados na lei e de acordo com as suas necessidades efetivas de cuidados de saúde, não sendo permitidos quaisquer comportamentos de não aceitação de pedidos de consulta e/ou utilização de procedimentos alternativos ao sistema de marcação de consultas;
323. Assume especial relevo a necessidade de criação de medidas que permitam a correção da problemática existente ao nível da diferenciação dos fluxos de acesso, viabilizando que por motivo de doença aguda “[...] o *atendimento deve ser facultado pela unidade de saúde no próprio dia do pedido.*”
324. E que por motivo não relacionado com doença aguda “[...] *deve ser marcada uma consulta programada com realização dentro de um prazo máximo de 15 dias úteis.*”;

⁹⁹ Conforme demonstrado pela evidência de exemplos de funcionamento positivo retirados da verificação *in loco* do funcionamento de algumas unidades fiscalizadas, verificando-se que no espectro do mesmo quadro legal, orçamental e regulatório, há unidades a implementar mecanismos que concretamente viabilizam o cumprimento da lei.

325. E face à necessidade de preenchimento e concretização do conceito de doença aguda para os efeitos de previstos na legislação de aqui se cuida, revela-se primordial o efetivo funcionamento de um sistema de triagem assente em critérios clínicos nos cuidados de saúde primários.

Pelo que, e considerando todo o exposto, impõe-se:

326. Reconhecer a necessidade de uma intervenção regulatória dirigida às entidades com:

- i. responsabilidade de implementação e controlo dos procedimentos de registo e marcação dos pedidos por iniciativa do utente (ARS e ACSS);
- ii. responsabilidade na efetivação da prestação de cuidados primários e também implementação dos procedimentos (ACES e ULS); e

327. Direcionar esta mesma intervenção, para o reforço de implementação de um conjunto de medidas de redução de assimetria de informação, tornando-a pedra basilar da efetiva proteção do direito de acesso dos utentes.

328. Recomendar ao Ministério da Saúde a implementação de uma ação informacional, de âmbito nacional e para a qual a ERS igualmente poderá concorrer, dirigida aos utentes de cuidados de saúde e sensibilizando os mesmos, cada vez mais, quer para os seus direitos de acesso já legalmente consagrados - cujo cumprimento tornará injustificado, na maioria das situações, o recurso a filas de espera à porta de unidades de cuidados de saúde primários -, quer para a necessidade de adequarem os seus comportamentos às distintas situações de saúde (agudas ou não agudas) que lhes conferem distintos direitos temporais de acesso aos cuidados adequados.

329. Efetivamente, e para além do esforço informacional dos utentes, reiteradamente promovido pela ERS, dá-se por assente que quanto mais e melhor informados se encontrem os utentes, menor será a possibilidade de ocorrência de adulterações de procedimentos que lhes reduzam os seus direitos de acesso, tudo concorrendo para a melhoria e evolução contínua do sistema de saúde (e *in casu* do SNS).

VIII. DECISÃO

330. Tudo visto e ponderado, o Conselho Diretivo da ERS delibera, assim, nos termos e para os efeitos do preceituado no n.º 1 do artigo 41.º e al. b) do artigo 42.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio, proceder à emissão de uma instrução a todos os ACES e ULS em funcionamento em Portugal Continental, conforme melhor designados em tabela anexa¹⁰⁰, no sentido de:

- i. adotarem, de forma imediata, todos os comportamentos que garantam, efetivamente, o rigoroso cumprimento de todas as regras estabelecidas no quadro legal relativo aos Tempos Máximos de Resposta Garantidos, incluindo nomeadamente o dever de cumprimento escrupuloso de registo imediato de qualquer pedido de consulta e entrega ao utente de comprovativo desse registo, bem como a garantia da prestação do cuidado de saúde dentro do TMRG concretamente aplicável;
- ii. adotarem, de forma imediata, um procedimento interno que garanta uma triagem assente em critérios clínicos e que permita a diferenciação, legalmente estabelecida, entre “[...] *motivo de doença aguda e motivo não relacionado com doença aguda*”, para efeito de atendimento não programado no próprio dia do pedido;
- iii. eliminarem, de forma imediata, quaisquer procedimentos que, direta ou indiretamente, impliquem o estabelecimento ou predeterminação de um número máximo de atendimentos não programados por motivo relacionado com doença aguda, vulgo “*vagas do dia*”;
- iv. garantirem que todos os funcionários e profissionais de saúde se encontram total e cabalmente esclarecidos sobre os direitos dos utentes estabelecidos na *Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Nacional de Saúde*;
- v. afixarem, de forma imediata, e imperativamente no(s) local(ais) de receção de utentes e de solicitação, por estes, de agendamento de consultas, a *Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Nacional de Saúde* e os TMRG aplicáveis;
- vi. afixarem, de forma imediata, e imperativamente no(s) local(ais) de receção de utentes e de solicitação, por estes, de agendamento de consultas, de informação aos utentes sobre a desnecessidade de aguardarem a abertura das instalações com o intuito de garantirem o acesso a cuidados primários por o seu direito estar legalmente consagrado.

¹⁰⁰ Constante do anexo VI da presente deliberação e junto aos autos.

331. O Conselho Diretivo mais delibera, nos termos e para os efeitos do preceituado no n.º 1 do artigo 41.º e al. b) do artigo 42.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio, proceder à emissão de uma instrução à Administração Regional de Saúde do Norte, I.P., à Administração Regional de Saúde do Centro, I.P., à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P., à Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P e à Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P, no sentido de:
- i. estabelecerem, no prazo de 30 dias contados da presente deliberação, procedimentos claros, precisos, concretos e completos, para aplicação de forma harmonizada nos ACES das suas áreas de atuação, que garantam o cumprimento escrupuloso de todas as regras estabelecidas no quadro legal relativo aos Tempos Máximos de Resposta Garantidos;
 - ii. determinarem planos de formação anuais que incluam, de forma explícita, conteúdos relacionados com os direitos dos utentes e com a *Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Nacional de Saúde*;
 - iii. incorporarem critérios de avaliação do conhecimento e aplicação destas matérias nos modelos de avaliação de desempenho dos funcionários;
 - iv. procederem a auditorias regulares junto dos prestadores da sua área de influência, com vista a analisar o cumprimento da *Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Nacional de Saúde* e dos TMRG aplicáveis.
332. O Conselho Diretivo da ERS delibera ainda, nos termos e para os efeitos do preceituado no n.º 1 do artigo 41.º e al. b) do artigo 42.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio, proceder à emissão de uma recomendação à Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. para que, tendo presente as recomendações que já anteriormente lhe foram dirigidas, avalie da sua efetiva capacidade para garantir a implementação e monitorização de sistemas informáticos aptos a não prejudicar o cumprimento dos deveres legais estabelecidos na Lei n.º 15/2014, de 21 de março, que revogou a Lei n.º 41/2007, de 24 de agosto.
333. O Conselho Diretivo da ERS igualmente delibera estabelecer, ao abrigo do disposto na alínea c) do artigo 42.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio, um procedimento de monitorização a perdurar durante o ano de 2014 e no âmbito do qual se realizarão diligências de fiscalização não anunciadas às unidades de

cuidados de saúde primários, com o objetivo de aferir do cumprimento da presente instrução.

334. Por último, o Conselho Diretivo decide ainda recomendar ao Ministério da Saúde a implementação de uma ação informacional, de âmbito nacional e para a qual a ERS igualmente poderá concorrer, dirigida aos utentes de cuidados de saúde e sensibilizando os mesmos quer para os seus direitos de acesso já legalmente consagrados, quer para a necessidade de adequarem os seus comportamentos às distintas situações de saúde (agudas ou não agudas) que lhes conferem distintos direitos temporais de acesso aos cuidados adequados.
335. As ARS, ULS e ACES, devem dar cumprimento imediato à presente instrução, bem como dar conhecimento à ERS, no prazo máximo de 30 dias após a notificação da presente deliberação, dos procedimentos adotados para o efeito.
336. A instrução ora emitida constitui decisão da ERS, sendo que a alínea b) do n.º 1 do artigo 51.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de maio, configura como contraordenação punível *in casu* com coima de € 1000,00 a € 44 891,81, “[...] o desrespeito de norma ou de decisão da ERS que, no exercício dos seus poderes, determinem qualquer obrigação ou proibição”.
337. A versão não confidencial da presente decisão será publicitada no sítio oficial da ERS na Internet.

O Conselho Diretivo