

Deliberação n.º 3081/2008

O conselho directivo, sem prejuízo do direito de avocação, nos termos e ao abrigo do disposto no n.º 3 do artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 213/2007, de 29 de Maio, que aprovou a orgânica do Instituto do Emprego e Formação Profissional, IP, abreviadamente designado por IIEFP, IP, e do estabelecido nos n.ºs 1 e 2 do artigo 35.º do Código do Procedimento Administrativo, delibera delegar no director do Departamento de Formação Profissional, licenciado José Alberto das Neves Leitão, competência para exercer os seguintes poderes:

Assinar a correspondência e expediente relacionado com as candidaturas enquadradas no âmbito da Tipologia de Intervenção 6.4.a) — Qualidade dos Serviços e Organizações, especificamente, acções de formação e sensibilização dirigidas a técnicos e outros profissionais de reabilitação profissional, eixos 6, 8 e 9, referente ao ano de 2008, nos termos do contrato de delegação de competências, celebrado entre o POPH — Programa Operacional Potencial Humano e o Instituto do Emprego e Formação Profissional, IP, na qualidade de organismo intermédio.

13 de Novembro de 2008. — A Directora de Serviços de Pessoal, Isabel Maria de Araújo Flor Brites Lopes.

MINISTÉRIO DA SAÚDE**Gabinete do Secretário de Estado Adjunto
e da Saúde****Despacho n.º 30114/2008**

A Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (CNDACA) procedeu, entre Novembro e Dezembro de 2007, a um amplo levantamento nacional sobre a prática da cirurgia de ambulatório (CA) nos hospitais do SNS.

Este trabalho incidiu, nomeadamente, sobre a especificidade dos programas de CA dos hospitais tendo-se identificado a existência de programas autónomos (com instalações próprias, completamente independentes), integrados (partilhando, por exemplo, o bloco operatório com o regime de internamento), ou mistos (incluindo dois ou mais programas, com os modelos anteriormente descritos).

Também permitiu perceber qual a extensão da existência de circuitos próprios na prestação dos cuidados de saúde aos doentes de CA, com uma área de admissão, sala de preparação, sala operatória, unidade de cuidados pós-anestésicos, salas de recobro próprias e encaminhamento na alta.

A independência dos circuitos de ambulatório, face aos utilizados por doentes internados, deveria existir em todas as situações, mesmo nos modelos integrados para as áreas de acolhimento e de recuperação pós-operatória, embora tal se encontre condicionado quer por constrangimentos físicos quer organizacionais. O trabalho da CNADCA demonstra que os programas de CA, mesmo em modelos integrados, funcionam com maior eficiência e superior qualidade quando na programação cirúrgica dos blocos operatórios existem tempos atribuídos exclusivamente aos programas de ambulatório.

Outro constrangimento ao maior desenvolvimento da CA nos hospitais decorre do facto de nem sempre ser possível que estes programas disponham de profissionais exclusivamente afectos à CA, quer a nível do pessoal de enfermagem, como dos auxiliares de acção médica e administrativos.

A utilização de protocolos clínicos é muito importante nesta, como nas outras áreas clínicas, e o trabalho da CNADCA permite aferir que eles existem sobretudo no que respeita ao estabelecimento dos critérios de alta e de selecção de doentes, bem como à avaliação pré-operatória (com algoritmos para a determinação de meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica), sendo no entanto pouco frequente a definição de normas de orientação para analgesia pós-operatória ou para prevenção de náuseas e vómitos pós-operatórios.

Para além do uso de protocolos, a produção regular de indicadores clínicos, que permitam avaliar a qualidade dos cuidados de saúde, é fundamental na prática clínica, devendo ser objecto de análise sistemática e continuada. A sua inclusão nos programas de CA traduz naturalmente a preocupação com que os seus responsáveis olham para a qualidade na prestação clínica.

A CNADCA refere ainda a importância do estabelecimento de procedimentos de apoio no pós-operatório, alguns deles devendo mesmo ser obrigatórios na organização da CA, designadamente a disponibilidade de contacto telefónico do elemento da equipa designado para esse fim e o contacto telefónico, por iniciativa do hospital, às vinte e quatro horas de pós-operatório, como instrumentos de garantia da segurança,

da prestação continuada dos cuidados, da confiança dos doentes assim como de avaliação do seu grau de satisfação com a CA.

Relacionado com este aspecto, a informação clínica é outra das características fundamentais dos programas de CA, envolvendo os doentes e familiares de forma clara e cuidada num processo que exige a sua co-responsabilização. Esta informação, para além de ser transmitida oralmente em diversos momentos, deve, de acordo com a CNADCA, ser fornecida por escrito, para que o doente não esqueça acções importantes na preparação pré-operatória, nem desvalorize sinais no pós-operatório que possam ser relevantes.

Assim, do trabalho apresentado pela CNDCA é possível constatar que a prática da CA em Portugal tem tido uma evolução positiva, embora o seu desenvolvimento enfrente, de facto, alguns constrangimentos que importa ir combatendo ou ultrapassando com a adopção de medidas específicas. Nalguns casos, a CA ainda é entendida como uma actividade que se distingue da cirurgia de internamento apenas pelo menor tempo de estadia hospitalar, o que resulta em profundas deficiências do ponto de vista organizativo, clínico e ao nível da informação a doentes e familiares.

Efectivamente, o carácter inovador da CA reside no seu modelo organizativo específico, centrado no doente, que o envolve num circuito independente do de internamento, procurando-se ganhos em eficiência e em qualidade, e obtendo-se níveis de maior humanização e satisfação dos utentes e seus familiares.

Face ao exposto, entendo aceitar a recomendação da CNADCA de adopção no curto prazo, nos hospitais do SNS, de um conjunto de critérios básicos na organização de programas de CA, bem como, a médio prazo, de um conjunto adicional de critérios que a CNADCA identifica como de adopção desejável.

Determino:

1 — Os conselhos de administração dos hospitais do SNS em que existe bloco operatório deverão, no prazo máximo de um ano, garantir a adopção dos seguintes critérios básicos nos programas de CA:

a) Definição de um circuito de doentes de CA independente, de acordo com a *praxis* defendida pela CNADCA: circuito sequencial desde a admissão, sala de preparação, sala operatória, unidade de cuidados pós-anestésicos (UCPA — recobro 1), salas de recuperação cirúrgicas (recobro 2 e 3) e gabinete de alta clínica, até ao momento da alta hospitalar. No modelo integrado aceita-se que a sala operatória e a UCPA sejam espaços partilhados por doentes intervencionados em regime de internamento. Contudo, os restantes espaços devem ser independentes das áreas utilizadas por doentes internados. Em qualquer caso, na gestão dos blocos operatórios deverão programar-se tempos operatórios dedicados exclusivamente ao programa de CA;

b) Ao nível da organização hospitalar, inclusão, no organigrama da instituição, de uma estrutura destinada ao programa de CA, com coordenador/director nomeado pelo conselho de administração;

c) Estabelecimento de protocolos clínicos relativamente à selecção de doentes a admitir no programa de CA, assim como de critérios de alta para o momento em que o doente tem alta da unidade de cirurgia ambulatória;

d) Criação de informação clínica escrita com instruções para o pós-operatório, a ser fornecida aos doentes e familiares no momento da alta, designadamente com a identificação das complicações mais prováveis e como proceder nesses casos, os contactos a acionar em caso de necessidade, e os cuidados relacionados com a medicação prescrita e crónica;

e) Produção e análise continuada de indicadores clínicos, designadamente a taxa de cancelamento da cirurgia e a taxa de admissão hospitalar;

f) Criação de procedimentos de apoio ao programa de CA, nomeadamente através da disponibilização ao doente de um número de telefone directo de um membro da equipa, e da realização de um contacto telefónico ao doente ao fim de vinte e quatro horas de pós-operatório.

2 — Os conselhos de administração dos hospitais do SNS com CA deverão, no prazo máximo de três anos, garantir a adopção adicional dos seguintes critérios desejáveis nos seus programas de CA:

a) Aumento do peso da cirurgia de ambulatório no total das cirurgias programadas, no âmbito da contratualização, num valor médio de 15 % por ano, durante três anos, medida que será monitorizada pelas ARS e pela ACSS;

b) Redução da lotação de camas cirúrgicas, em valores médios de 5 %-10 % por ano, durante três anos, medida que será monitorizada pelas administrações regionais de saúde (ARS) e pela ACSS (sem prejuízo do acompanhamento por outras entidades, ao abrigo das suas competências próprias), contribuindo para o crescimento eficiente da cirurgia de ambulatório e melhorando as condições de funcionamento para doentes e profissionais;

c) Implementação do circuito de doentes de CA independente, conforme descrito no n.º 1, alínea a), em todas as situações no hospital;

d) Concretização da logística adequada ao programa de CA, incluindo a afectação de uma sala de espera para doentes e acompanhantes específica do programa de CA, e instalações exclusivas do programa de CA para doentes que pernoitam no hospital;

e) Alocação de recursos humanos exclusivos para o programa de CA, nomeadamente de enfermeiros, auxiliares de acção médica e administrativos;

f) Desenvolvimento de protocolos clínicos adicionais designadamente na avaliação pré-operatória (requisição de meios complementares de diagnóstico e terapêutica), e no estabelecimento de normas orientadoras para analgesia pós-operatória e prevenção de náuseas e vômitos pós-operatórios;

g) Análise continuada de indicadores clínicos adicionais, como sejam a taxa de reintervenção cirúrgica no próprio dia da operação, ou a taxa de readmissão hospitalar a 30 dias;

h) Construção de manuais de qualidade, integradores das orientações para a devida organização e gestão da Unidade de CA, e instrumentais na implementação de um programa de melhoria contínua da qualidade, de acordo com as recomendações da CNADCA;

i) Desenvolvimento de sistemas de registo claro e inequívoco de todos os actos de CA, sustentado num sistema de informação apropriado;

j) Criação e disponibilização de informação clínica escrita aquando da selecção dos doentes para o programa de CA, relativa ao procedimento, eventuais riscos e comportamentos aconselháveis antes da operação;

k) Avaliação do grau de satisfação dos doentes e familiares, através da criação de inquéritos anónimos;

l) Disponibilidade e estímulo aos profissionais de saúde para frequentarem programas de formação específicos em cirurgia de ambulatório, em unidades e hospitais com desempenho adequado, através de uma articulação a ser coordenada pelas ARS.

3 — Dar conhecimento aos conselhos de administração dos hospitais do SNS, às ARS, à ACSS, à DGS e à IGAS.

13 de Novembro de 2008. — O Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, *Francisco Ventura Ramos*.

Hospitais Civis de Lisboa

Hospital de Curry Cabral

Despacho n.º 30115/2008

Por despacho de 10.11.2008, da Vogal do Conselho de Administração do Hospital Curry Cabral:

Ana Sofia Matos Rodrigues Oliveira, autorizada a promoção para a categoria de Enfermeira Graduada, escalão 1 índice 128, do quadro de pessoal deste Hospital, com efeitos a 29/09/2008.

10 de Novembro de 2008. — A Chefe de Divisão de Gestão de Recursos Humanos, *Ana Maria Correia Lopes*.

Hospital do Litoral Alentejano

Aviso n.º 27883/2008

Concurso interno de acesso misto para provimento de 2 lugares de Técnico Principal — Cardiopneumologia

1 — Em cumprimento da alínea h), do artigo 9.º da Constituição, a Administração Pública, enquanto entidade empregadora, promove activamente uma política de igualdade de oportunidade entre homens e mulheres no acesso ao emprego e na progressão profissional, providenciando escrupulosamente no sentido de evitar toda e qualquer forma de discriminação, e em conformidade como disposto no artigo 46.º, do Decreto-Lei 564/99, de 21/12/99, faz-se público que por deliberação do Conselho de Administração de 18/09/2008, se encontra aberto pelo prazo de 10 dias úteis, contados a partir da data de afixação do presente aviso no placard de Serviço de Pessoal, concurso interno de acesso misto para provimento de dois (2) lugares de Técnico Principal da Carreira de Técnico de Diagnóstico e Terapêutica — Área de Cardiopneumologia, do quadro de pessoal do Hospital do Litoral Alentejano, aprovado pela Portaria n.º 613/2008, de 11 de Julho, publicado no D.R. n.º 133, 1.ª Série, de 11 de Julho de 2008.

1.1 — Conforme previsto na alínea c), do n.º 3, do artigo 34, do Decreto-Lei 564/99, de 21/12, é fixada a quota de 1 lugar a ser preen-

chido por funcionários pertencentes ao Hospital do Litoral alentejano e um lugar para funcionários de outros serviços da Administração Pública.

1.2 — Tendo sido consultada a GeRAP, no âmbito da Gestão de Mobilidade Especial, verificou-se a existência de pessoal em situação de mobilidade especial, pelo que, nos termos da Lei n.º 53/2007, de 7 de Dezembro, foi efectuado o procedimento de selecção para reinício de funções de pessoal na situação de mobilidade especial, através da oferta P20085369, tendo o mesmo ficado deserto por inexistência de candidaturas.

2 — Prazo de validade — o concurso é válido para os lugares mencionados, esgotando-se com o seu preenchimento.

3 — Legislação aplicável — ao presente concurso aplica-se o Decreto-Lei 564/99, de 21/12 e Portaria 721/2000, de 05/09.

4 — Conteúdo funcional — As funções a desempenhar são as definidas no artigo 6.º e n.º 3 do artigo 7.º do Decreto-Lei 564/99, de 21/12.

5 — Local de trabalho — o local de trabalho situa-se no Hospital do Litoral Alentejano, em Santiago do Cacém.

6 — A remuneração do lugar posto a concurso é a correspondente à tabela do Anexo I, do Decreto-Lei 564/99, de 21/12, sendo as condições e as regalias as genericamente vigentes para os funcionários da Administração Pública.

7 — Requisitos de admissão ao concurso:

7.1 — Requisitos gerais — são requisitos gerais os previstos no n.º 2, do artigo 47.º do Decreto-Lei 564/99, de 21 de Dezembro;

7.2 — Requisitos especiais — devem os candidatos satisfazer as condições estabelecidas no n.º 2, do artigo 15, do Decreto Lei 564/99, de 21/12.

8 — Método de selecção — Avaliação curricular nos termos do n.º 1, do artigo 3.º da Portaria n.º 721/2000, de 05/09.

8.1 — Os critérios de apreciação e ponderação bem como o sistema de classificação final, incluindo a respectiva fórmula classificativa, constam de actas de reuniões do júri do concurso, sendo as mesmas facultadas aos candidatos sempre que solicitadas.

8.2 — Publicitação das listas — As listas de candidatos admitidos e excluídos e a lista de classificação final do concurso, para além dos meios que a lei impõe serão também afixadas no placar do serviço de pessoal, de acordo com o disposto no, n.º 2, do artigo 51.º, e do n.º 3, do artigo 62, do Decreto Lei 564/99, de 21/12.

9 — Apresentação das candidaturas — as candidaturas deverão ser formalizadas mediante requerimento dirigido ao Presidente do Conselho de Administração do Hospital do Litoral Alentejano e entregue no Serviço de Pessoal do Hospital do Litoral Alentejano, sito em Monte do Gilbardinio -7540-230 — Santiago do Cacém, durante as horas normais de expediente, até ao limite do prazo fixado neste anúncio, ou enviado pelo correio, em carta registada com aviso de recepção, até ao termo do prazo nele fixado, dele constando os seguintes elementos:

a) Identidade do requerente (nome, filiação, data de nascimento, naturalidade, nacionalidade, estado civil, residência, código postal, telefone e numero e data do bilhete de identidade e o serviço de identificação que o emitiu);

b) Funções que exerce e instituição em que se encontra vinculado;

c) Habilitações literárias e profissionais;

d) Categoria, serviço a que pertence, natureza do vínculo e antiguidade na categoria;

e) Identificação do concurso a que se candidata mediante referência ao número, à data e à página do Diário da República onde vem publicado o presente aviso;

f) Identificação dos documentos que instruem o requerimento;

g) Quaisquer outros elementos que o candidato reputar susceptíveis de influírem na apreciação do seu mérito.

10 — Os requerimentos de admissão deverão ser acompanhados, dos seguintes documentos:

a) Três exemplares do curriculum vitae, devidamente datado e assinado;

b) Documento comprovativo das habilitações literárias e profissionais;

c) Declaração, passada e autenticada pelo serviço de origem, da qual conste de maneira inequívoca, a natureza do vínculo, a categoria detida e ainda a antiguidade na actual categoria, na carreira e na função pública, e avaliação de desempenho

O Júri pode exigir a qualquer candidato, em caso de dúvida a apresentação dos documentos comprovativos das suas declarações.

11 — As falsas declarações serão punidas nos termos da lei.