

Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social de Lisboa

Despacho (extracto) n.º 18 458/2006

Por despacho de 20 de Julho de 2006 do Secretário de Estado da Segurança Social, foi autorizado o regresso de licença sem vencimento de longa duração da assistente administrativa da carreira administrativa do quadro de pessoal do ex-Centro Regional de Segurança Social de Lisboa e Vale do Tejo Maria de Lurdes dos Santos Miguel Prata Ginja, nos termos do n.º 3 do artigo 82.º do Decreto-Lei n.º 100/99, de 31 de Março, com as alterações que lhe foram introduzidas pela Lei n.º 117/99, de 11 de Agosto. (Não carece de fiscalização prévia do Tribunal de Contas.)

22 de Agosto de 2006. — A Directora da Unidade de Recursos Humanos, (Assinatura ilegível.)

MINISTÉRIO DA SAÚDE**Gabinete do Ministro****Despacho n.º 18 459/2006**

Por despachos da Secretária de Estado Adjunta do Ministro da Saúde de 14 de Novembro de 2001 e de 7 de Fevereiro de 2002, foram aprovadas, respectivamente, a Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência e a criação de unidades básicas de urgência (UBU).

Pretendendo-se com os despachos supracitados articular em rede os recursos das instituições de saúde de modo a garantir uma estruturada capacidade de resposta às necessidades de atendimento urgente de toda a população portuguesa e volvidos quatro anos, constata-se um efectivo desajustamento entre a rede aprovada e a rede efectivamente existente no terreno, bem como o facto de as UBU terem registado um desenvolvimento muito incipiente.

Reconhecendo como condição simultânea de eficiência e de eficácia do Serviço Nacional de Saúde (SNS) a existência de uma rede articulada de serviços de urgência (SU) com três níveis de hierarquização (urgência polivalente, urgência médico-cirúrgica, urgência básica) correspondentes a capacidades diferenciadas de resposta para necessidades distintas, evitando, assim, encaminhamentos sucessivos do doente urgente/emergente;

Promovendo a criação dos serviços de urgência básica, na rede hospitalar e em centros de saúde a identificar e qualificar para o efeito, nomeadamente com recursos humanos e meios complementares de diagnóstico adequados, que permitam, com maior proximidade, a resolução das situações urgentes de menor gravidade dos utentes do SNS;

Assumindo como princípio orientador da determinação da localização dos serviços desta Rede uma lógica de equidade que garanta a todos os cidadãos portugueses o acesso a um serviço de urgência em menos de sessenta minutos;

Tendo presente a evolução de Portugal nos últimos anos não só ao nível das acessibilidades mas também na sua estrutura demográfica;

Visando promover e salvaguardar a qualidade e a segurança do acto clínico em situação de urgência/emergência, através do transporte próximo e profissionalizado do doente urgente/emergente e do aproveitamento do potencial dos escassos recursos humanos especializados e a optimização das suas condições de trabalho;

Assumindo como princípio de um adequado funcionamento dos serviços de urgência a existência de equipas dedicadas nas urgências;

Tendo ainda presente os ganhos em saúde que uma rede devidamente organizada, qualificada e amplamente divulgada e conhecida pode promover ao orientar a procura directa do nível de cuidados adequados à situação específica de urgência/emergência;

Nos termos do disposto no artigo 6.º do regime jurídico da gestão hospitalar, aprovado pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, e publicado em anexo à mesma, cumpre actualizar a rede de serviços de urgência do SNS.

Assim:

1 — São definidas as características da rede de serviços de urgência, bem como os níveis de resposta que a integram, pelas quais se deve reger a determinação dos pontos de referência que a compõem.

2 — Entende-se por:

a) «Emergência e urgência médica» a situação clínica de instalação súbita na qual, respectivamente, se verifica ou há risco de compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais;

b) «Rede de serviços de urgência» a rede que integra três níveis diferenciados de resposta às necessidades, a saber: urgência polivalente, urgência médico-cirúrgica e urgência básica;

c) «Serviço de urgência polivalente (SUP)» o nível mais diferenciado de resposta à situação de urgência/emergência, localizando-se em regra num hospital geral central/centro hospitalar e dispondo, para além de todos os recursos referidos na alínea d) do presente número e garantida a articulação com as urgências específicas de pediatria, obstetria e psiquiatria segundo as respectivas redes de referência, ainda das seguintes valências:

Gastrenterologia;
Cardiologia de intervenção;
Cirurgia cardiotorácica;
Cirurgia plástica e reconstrutiva;
Cirurgia vascular;
Neurocirurgia;
Imagiologia com angiografia digital e RMN;
Patologia clínica com toxicologia;

d) «Serviço de urgência médico-cirúrgica (SUMC)» o segundo nível de acolhimento das situações de urgência, que deve localizar-se estrategicamente de modo que, dentro das áreas de influência/atracção respectivas, os trajectos terrestres não excedam sessenta minutos entre o local de doença ou acidente e o hospital. Este serviço deve distar mais do que sessenta minutos de outro serviço de urgência do nível médico-cirúrgico ou polivalente (sendo, contudo, admissível a existência de mais de um serviço de urgência médico-cirúrgico num raio de demora inferior ao citado nos casos em que a população abrangida por cada hospital seja superior a 200 000 hab.) e dispor dos seguintes recursos:

Humanos — equipas de médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde de dimensão e especialização adequada e necessários ao atendimento da população da respectiva área de influência, periodicamente ajustadas à evolução da procura do SU;

Das valências médicas obrigatórias e equipamento mínimo — medicina interna, cirurgia geral, ortopedia, imuno-hemoterapia, anesthesiologia, bloco operatório (vinte e quatro horas), imagiologia (radiologia convencional, ecografia simples, TAC), patologia clínica (devendo assegurar todos os exames básicos, vinte e quatro horas);

O apoio das especialidades de cardiologia, neurologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, urologia, nefrologia (com diálise para situações agudas) e medicina intensiva (unidade de cuidados intensivos polivalente) ao serviço de urgência deve fazer-se de acordo com o definido nas respectivas redes de referência;

e) «Serviço de urgência básica (SUB)» o primeiro nível de acolhimento a situações de urgência, constitui o nível de cariz médico (não cirúrgico, à excepção de pequena cirurgia no SU), podendo estar sediado numa área de influência que abranja uma população superior a 40 000 hab. em que, pelo menos para uma parte, a acessibilidade em condições normais seja superior a sessenta minutos em relação ao serviço de urgência médico-cirúrgico ou polivalente mais próximo. O SUB permite o atendimento das situações urgentes com maior proximidade das populações, dispondo dos seguintes recursos mínimos:

Humanos — dois médicos e dois enfermeiros, em presença física, um auxiliar de acção médica e um administrativo, por equipa;

De equipamento — material para assegurar a via aérea, oximetria de pulso, monitor com desfibrilhador automático e marca passo externo, electrocardiógrafo, equipamento para imobilização e transporte do traumatizado, condições e material para pequena cirurgia, radiologia simples (para esqueleto, tórax e abdómen) e patologia química/química seca.

3 — Os pontos de referência que integram a rede de serviços de urgência serão determinados por despacho do Ministro da Saúde, sob proposta da Direcção-Geral da Saúde, a qual terá em conta as necessidades efectivas das populações, as idiossincrasias geográficas e as diversas condições de acessibilidades regionais identificadas pelas administrações regionais de saúde.

4 — No caso de alguma unidade hospitalar integrada na rede como SUP não possuir uma ou mais das valências estabelecidas no n.º 2, torna-se necessária a preparação e aprovação pela administração regional de saúde competente de um plano de requalificação visando o cumprimento de todos os requisitos referidos, devendo vigorar, até à sua verificação, um modelo de articulação específico entre o hospital e os SUP da respectiva região, salvaguardando-se por esta via a adequada cobertura da população. Poderá igualmente haver necessidade de assumir um plano de requalificação para os SUMC que não reúnam as condições estipuladas.

5 — No âmbito de um centro hospitalar ou quando dois ou mais hospitais se encontrem a uma distância de tempo inferior a aproximadamente trinta minutos, poderão as especialidades referidas nas alíneas c) e d) do n.º 2 do presente despacho estar organizadas segundo os princípios de especialização e complementaridade, no conjunto