

MINISTÉRIO DA SAÚDE**Gabinete do Secretário de Estado Adjunto
do Ministro da Saúde****Despacho n.º 10319/2014**

Pelos Despachos do Ministro da Saúde n.º 18 459/2006, de 30 de julho, publicado no *Diário da República*, 2ª série, n.º 176, de 12 de setembro, alterado pelo Despacho n.º 24 681/2006, de 25 de outubro, publicado no *Diário da República*, 2ª série, n.º 231, de 30 de novembro, n.º 727/2007, de 18 de dezembro de 2006, publicado no *Diário da República*, 2ª série, n.º 10, de 15 de janeiro de 2007, e n.º 5414/2008, de 28 de janeiro, publicado no *Diário da República*, 2ª série, n.º 42, de 28 de fevereiro, foram definidas as características da Rede de Serviços de Urgência, os seus níveis de responsabilidade, critérios, condições de acesso e localização de Pontos de Rede de Urgência.

Através do Despacho n.º 13377/2011, de 23 de setembro, foi criada a Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU), com a missão de avaliar o estado de implementação daquela Rede, nomeadamente a distribuição territorial existente, as condições de acesso e a composição das respostas existentes, propor alterações à Rede e sugestões para a sua evolução, bem como propor a estratégia de desenvolvimento da resposta de Emergência Pré-Hospitalar e da Rede de Urgência, as necessidades de formação e recursos profissionais, a contratualização, a gestão e a sustentabilidade dos Serviços de Urgência (SU). O relatório final apresentado pela CRRNEU foi submetido a apreciação das Administrações Regionais de Saúde e da Comissão Nacional da Saúde Materna da Criança e do Adolescente, e sujeito a discussão pública, cujos contributos cumpre acolher.

Assim, são definidas a estrutura física, logística e de recursos humanos dos SU, de forma a responder ao doente urgente e emergente, e é definida a formação dos profissionais da Rede de Serviços de Urgência.

Atendendo a que o sistema de urgência tem como missão o atendimento e o tratamento das situações urgentes, competindo aos Cuidados de Saúde Primários (CSP), através de mecanismos de atendimento rápido não programado, garantir a acessibilidade necessária ao atendimento de situações agudas não urgentes, procura-se adequar a procura do SU, promovendo o acesso a sistemas telefónicos centrais de triagem e de orientação de doentes.

Procura-se, ainda, a integração crescente dos sistemas Pré-Hospitalar e Hospitalar de Urgência, num Sistema de Urgência único e integrado, o Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), privilegiando o aproveitamento das infraestruturas existentes e dos centros de qualidade já constituídos.

São, deste modo, definidas uma Rede de Referência genérica e Redes de Referência específicas para as quatro Vias Verdes (VV) e para competências ou procedimentos específicos, clarificando os circuitos de doentes. Neste contexto, entende-se que devem ser definidos Serviços de Urgência Polivalente (SUP) e de Centros Trauma (CT) em número e localização adequados à população, demografia e rede viária atuais, perseguindo a garantia de acesso em menos de 60 minutos a um Ponto da Rede de Urgência, para todo e qualquer local do território português, nomeadamente mantendo ou implementando SU em locais de reduzida densidade de residentes e casuística mas distantes de outros SU. Por outro lado, é reconhecido e valorizado o papel dos Serviços de Urgência Básicos (SUB) como estruturas com capacidade para a avaliação e estabilização inicial do doente urgente. É, igualmente, privilegiada a incorporação progressiva do conceito de *by-pass* de Pontos de Rede, de forma a conseguir o encaminhamento mais célere de doentes graves ou específicos para o local capaz do seu tratamento definitivo, desde que o meio de transporte pré-hospitalar seja o adequado, valorizando o papel do Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P. (INEM), para transporte pré-hospitalar e inter-hospitalar em meios com a adequação devida, permitindo o sucesso de estratégias de centralização e integração de recursos.

Assim, determina-se:

Artigo 1º**Objeto**

O presente despacho determina a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface com o pré-hospitalar, os níveis de responsabilidade dos Serviços de Urgência (SU), bem como estabelece padrões mínimos relativos à sua estrutura, recursos humanos, formação, critérios e indicadores de qualidade e define o processo de monitorização e avaliação.

Artigo 2º**Níveis de responsabilidade e localização**

1. A Rede de SU integra os seguintes níveis de resposta, por ordem crescente de recursos e de capacidade de resposta:

- a) Serviço de Urgência Básico (SUB);
- b) Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC);
- c) Serviço de Urgência Polivalente (SUP).

Artigo 3º**Serviço de Urgência Básico**

1. Os SUB são o primeiro nível de acolhimento a situações de urgência, de maior proximidade das populações, e constituem um nível de abordagem e resolução das situações mais simples e mais comuns de urgência.

2. Os SUB constituem-se ainda como um nível de estabilização inicial de situações urgentes de maior complexidade nas situações que exijam um nível de cuidados mais diferenciado, e em que o Sistema de Emergência Médica Pré-hospitalar não tenha condições para assegurar o transporte direto seguro para esse nível de responsabilidade de SU mais elevado, ou quando o utente não recorra aos serviços de atendimento telefónico que existem ao dispor do Sistema Nacional de Saúde (112 e Linha Saúde 24) e, como tal, se dirija diretamente aos SUB.

3. O SUB deve existir onde se considere justificado para garantir o acesso, a serviços de urgência, quando a população de uma determinada área territorial não tenha assegurado um nível de SU superior (SUMC ou SUP) num tempo máximo de acesso de 60 minutos.

4. Os SUB dispõem dos seguintes recursos mínimos:

4.1. Humanos: dois Médicos em presença física, dois Enfermeiros em presença física, Técnico(s) de Diagnóstico e Terapêutica de áreas profissionais adequadas, de acordo com a diversidade dos exames a efetuar, um Assistente Operacional com funções de auxiliar de ação médica e um Assistente Técnico, por equipa;

4.2. Equipamento: Além do carro de emergência com o equipamento previsto em Norma da Direção-Geral da Saúde, material para assegurar a via aérea, ventilador portátil, Monitor de Sinais Vitais, com desfibrilhador manual e automático, saturímetro, capnógrafo e marca passo externo, eletrocardiógrafo de 12 derivações, equipamento para imobilização e transporte do traumatizado, condições e material para pequena cirurgia, radiologia simples (para esqueleto, tórax e abdómen), patologia química/química seca e capacidade de medição de gases do sangue e lactatos.

4.3. O SUB tem uma ambulância de suporte imediato de vida SIV, atível apenas pelo CODU do INEM, em gestão integrada, cujo elemento de enfermagem participa, além da atividade pré-hospitalar, na prestação de cuidados no Serviço de Urgência e colabora no transporte de doentes críticos nos termos do disposto no Despacho n.º 5561/2014, de 11 de abril, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde.

5. A responsabilidade pela gestão dos SUB é definida no despacho previsto no n.º 4 do artigo 19º.

Artigo 4º**Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico**

1. O SUMC é o segundo nível de acolhimento das situações de urgência, devendo existir em rede, localizando-se como forma primordial de apoio diferenciado à rede de SUB e referenciando para SUP situações que necessitem de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades não existentes no SUMC, definidas nas respetivas redes de referência.

2. Define-se, para Portugal Continental, o mínimo de 20 e o máximo de 39 SUMC, segundo um *ratio* de 2-3 SUMC por cada SUP.

3. Cada SUMC deve distar mais de 60 minutos de outro SUMC ou SUP, sem prejuízo da existência de mais de um SUMC num raio de demora inferior, nos casos em que a população abrangida por cada hospital seja superior a 200.000 habitantes.

4. A distribuição nacional de SUMC e SUP deve ainda garantir uma distância temporal de acesso de, no máximo, 60 minutos entre qualquer local do território nacional e um destes serviços.

5. Sem prejuízo do disposto no número anterior, nas áreas de reduzida densidade de residentes e casuística em que este objetivo seja considerado inexequível ou desaconselhável do ponto de vista técnico, pela sua relação custo-benefício e pelo seu elevado custo de oportunidade, devem ser garantidas condições de avaliação, estabilização e transporte do doente através de SUB e capacidade de resposta dos meios de emergência pré-hospitalar.

6. O SUMC deve dispor dos seguintes recursos:

6.1. Recursos humanos: Equipas de Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica e outros profissionais de saúde de dimen-

são, dedicação e especialização adequada e necessários ao atendimento da população da respetiva área de influência, periodicamente ajustadas à situação de procura do SU;

6.2. Valências médicas obrigatórias e equipamento mínimo:

- a) Medicina Interna;
- b) Pediatria;
- c) Cirurgia Geral;
- d) Ortopedia;
- e) Anestesiologia;
- f) Imuno-Hemoterapia;
- g) Bloco Operatório (em permanência);
- h) Imagiologia (devendo assegurar em permanência radiologia convencional, ecografia simples, TAC);
- i) Patologia Clínica (devendo assegurar em permanência todos os exames básicos, incluindo análises de gases do sangue e lactatos).

6.3. O apoio das especialidades de Cardiologia (incluindo as capacidades de cardiologia de intervenção), Neurologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Urologia, Nefrologia (com diálise para situações agudas), Obstetrícia, Cirurgia Pediátrica, Psiquiatria, Pneumologia, Gastrenterologia e de Serviços ou Unidades de Medicina Intensiva deve fazer-se de acordo com o definido nas respetivas redes de especialidades hospitalares e de referenciação.

6.4. Nos grandes centros urbanos onde exista mais do que um SU com estas especialidades, com a exceção da Medicina Intensiva, deve ser assegurada a rentabilização e centralização dos recursos humanos num número menor de SU, de modo a valorizar os SU de maior nível de responsabilidade e a garantir as condições de resposta adequadas às situações de urgência e emergência em todos os SU, de acordo com a planificação estabelecida pelas Administrações Regionais de Saúde, I.P. (ARS) e com a concordância do INEM.

6.5. O SUMC tem uma sala de emergência com equipa com formação especializada em medicina de urgência e uma área de cuidados intermédios para os doentes que necessitem de vigilância organizada e sistemática.

6.6. Os Serviços ou Unidades de Cuidados Intensivos devem prestar apoio na atividade à receção do Doente Emergente e/ou Crítico, através da presença ou rápido acesso a médico com treino em medicina intensiva.

6.7. O SMUC mantém a formação permanente em Suporte Avançado de Vida e Transporte de Doente Crítico, sendo este transporte assegurado pelo SUMC sob coordenação do INEM e complementando o Serviço de Transporte Regional de Doentes Críticos do INEM.

6.8. O SUMC tem uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) em gestão integrada, em que a equipa, para além de assegurar a atividade pré-hospitalar, participa na prestação de cuidados ao doente crítico dentro do SU, podendo colaborar no seu transporte, nos termos do disposto no Despacho n.º 5561/2014, de 11 de abril, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, não podendo ser posta em causa a operacionalidade do meio VMER, nem haver atraso na sua ativação, sendo esta da exclusiva responsabilidade do CODU do INEM.

Artigo 5º

Serviço de Urgência Polivalente

1. O SUP é o nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência, e deve oferecer resposta de proximidade à população da sua área.

2. Define-se, para Portugal Continental, uma rede com cerca de 10 a 13 SUP, segundo um rácio de um SUP por cada 750.000 — 1.000.000 habitantes.

3. Para além dos recursos referentes ao SUMC, o SUP deve ainda dar resposta específica nas seguintes valências:

- a) Neurocirurgia;
- b) Imagiologia com Angiografia Digital e RMN;
- c) Patologia Clínica com Toxicologia;
- d) Cardiologia de intervenção/Cateterismo Cardíaco/Angioplastia;
- e) Pneumologia (com endoscopia);
- f) Gastrenterologia (com endoscopia);
- g) Cirurgia Cardiorácica;
- h) Cirurgia Plástica e Reconstructiva;
- i) Cirurgia Maxilo-facial;
- j) Cirurgia Vasculár;
- k) Medicina Intensiva.

4. Nos grandes centros urbanos onde existe mais do que um SUP, os cuidados referidos no número anterior podem ser assegurados por um único SU de modo a garantir as condições de resposta adequadas às situações de urgência e emergência em todos os SUP, de acordo com a planificação estabelecida pelas ARS e com a concordância do INEM.

5. O SUP tem uma VMER em gestão integrada, em que a equipa, para além de assegurar a atividade pré-hospitalar, participa na prestação de cuidados ao doente crítico no Serviço de Urgência da Unidade de Saúde, podendo colaborar no seu transporte, nos termos do disposto no Despacho n.º 5561/2014, de 11 de abril, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, não podendo ser posta em causa a operacionalidade do meio VMER, nem haver atraso na sua ativação, sendo esta da exclusiva responsabilidade do CODU do INEM.

6. O SUP deve desenvolver ensino em matérias de urgência/emergência e possuir um centro de formação acreditado pelo INEM, em conformidade com o disposto no Decreto-Lei n.º 34/2012, de 14 de fevereiro.

7. Sem prejuízo do referido nos números anteriores, devem existir SUP dedicados ao doente politraumatizado, designados por Centro de Trauma (CT).

Artigo 6º

Centros de Trauma

1. Aos CT, enquanto polos da Rede Nacional de Trauma, compete a responsabilidade do tratamento sistematizado e definitivo do doente politraumatizado grave.

2. Os CT devem possuir heliporto ou, não sendo possível, ter acesso fácil àquele.

3. Os CT devem assegurar a prestação de cuidados de saúde no âmbito das seguintes valências, além das obrigatórias para um SUP:

- a) Radiologia de intervenção;
- b) Cirurgia Cardiorácica;
- c) Cirurgia Maxilo-facial;
- d) Cirurgia Plástica e Reconstructiva;
- e) Cirurgia Vasculár;

4. Nas áreas urbanas com mais do que um SUP, poderá ser definido um número de CT inferior ao de SUP, numa lógica de centralização de recursos altamente diferenciados, sem prejuízo da garantia do acesso dos utentes a este tipo de centros especializados, de acordo com a planificação estabelecida para a Rede Nacional de Trauma e com a concordância do INEM.

5. Aos CT serão referenciados os doentes a incluir na Via Verde Trauma, através da:

- a) Referenciação pré-hospitalar, quando a abordagem for realizada por profissionais de saúde qualificados e determinem a estabilização do doente, recorrendo ao “*by-pass*” da rede de referenciação geral;
- b) Referenciação das unidades de atendimento de menor diferenciação da região após avaliação inicial com estabilização de funções vitais e avaliação secundária que valide a necessidade de transferência célere ao CT.

Artigo 7º

Centros específicos

Sem prejuízo do disposto nos artigos anteriores, podem existir os seguintes centros específicos:

a) Centros de Oxigenação por Membrana Extracorporal (Centros de ECMO): centros capazes de realizar a técnica de Oxigenação por Membrana Extracorporal, com resposta em menos de 12 horas. Devem, em princípio, servir uma população entre 5 a 7 milhões de habitantes e estar sedeados em Hospitais com SUP e com Serviços de Medicina Intensiva e Serviço de Cirurgia Cardiorácica. Poderão existir centros de “ECMO Cardíaco” em Hospitais com Programa de Transplante Cardíaco Ativo;

b) Centros de Medicina Hiperbárica: centros capazes de iniciar de forma imediata o tratamento com oxigenoterapia hiperbárica, com resposta urgente. Devem estar sedeados em hospitais com SUP ou SUMC e com Serviço de Medicina Intensiva, de preferência no litoral, sem prejuízo de poderem ser unidades externas ao Serviço Nacional de Saúde com as quais se estabelecem protocolos de articulação.

Artigo 8º

Atendimento urgente a crianças

1. O atendimento urgente a crianças deve estar disponível em SUB, SUMC, SUP e em Serviço de Urgência Pediátrica Polivalente (SUPP).

2. Para efeitos do disposto no presente despacho, são consideradas crianças todos os utentes até aos 17 anos e 364 dias de vida.

Artigo 9º

Atendimento de Crianças nos SUB

1. O Atendimento de Crianças nos SUB encontra-se englobado no atendimento geral.

2. O Atendimento de Crianças nos SUB deve dispor dos seguintes recursos:

a) Recursos Humanos: O atendimento a crianças nos SUB é da responsabilidade de Médicos e de Enfermeiros não diferenciados em Pediatria, os quais devem receber a formação prevista no artigo 21º de modo a garantir as competências adequadas ao reconhecimento e abordagem de situações de doença grave, paragem cardíaca, abordagem da via aérea com adjuvantes, acesso vascular emergente e reconhecimento e abordagem inicial da paragem cardíaca em crianças;

b) Equipamentos: Em todos os SUB deve existir equipamento adequado às diferentes idades pediátricas, para utilização na abordagem correta da via aérea básica e avançada, na obtenção de acesso vascular urgente e na monitorização em situações de doença grave ou paragem cardíaca;

c) Instalações: Os SUB devem dispor de uma sala dedicada ao atendimento de crianças, e que permita, se necessário, a sua permanência para observação de curta duração em espaço separado do atendimento dos adultos. É igualmente considerado desejável a existência de espaços de admissão e salas de espera dedicados à idade.

Artigo 10º

Atendimento de Crianças nos SUMC e SUP

1. Nos SUMC e nos SUP o atendimento a crianças é da responsabilidade de Urgências Pediátricas que devem ter instalações autónomas.

2. Deve existir Urgência Pediátrica em todos os hospitais com SUMC ou SUP em que haja um Serviço de Pediatria.

3. Sem prejuízo do disposto no número anterior, nos grandes centros urbanos onde existe mais do que uma Urgência Pediátrica, os cuidados referidos no número anterior podem ser assegurados por um único SU de forma permanente, intermitente ou periódica, de modo a garantir as condições de resposta adequadas às situações de urgência e emergência de acordo com a planificação estabelecida pelas ARS e com a concordância do INEM.

4. O atendimento em Urgências Pediátricas deve abranger todos as crianças independentemente da patologia apresentada, exceto as situações inerentes ou consequentes à gravidez que devem ser atendidas nos serviços de urgência obstétrica, a serem objeto de regulamentação própria.

5. As Urgências Pediátricas devem funcionar como primeiro ponto de atendimento pediátrico especializado na Rede, sendo para estas urgências que deve ser efetuado o transporte primário de crianças identificadas pela Coordenação da Emergência pré-hospitalar como situações urgentes e emergentes, com base numa lógica de proximidade e organização regional.

6. As Urgências Pediátricas devem estar dotadas de canais de comunicação, ágeis e permanentemente disponíveis, com os SUB e CSP da área, bem como com os serviços para os quais referenciam, nomeadamente Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos e outras áreas de especialidade, tais como Cirurgia Pediátrica, Neurocirurgia, e outras. A referenciação para estas Unidades, via transporte inter-hospitalar pediátrico, deve ser protocolada regionalmente e coordenada pelo INEM.

7. As Urgências Pediátricas devem dispor dos seguintes recursos:

a) Recursos Humanos: As urgências pediátricas de hospitais com SUMC ou SUP devem dispor da presença física permanente de pelo menos dois pediatras, um dos quais com formação em suporte avançado de vida pediátrico. Nos hospitais com SUMC as crianças com patologia cirúrgica devem ser observados pelos especialistas que prestem cuidados na urgência de adultos, devendo ser protocolado a referenciação de situações clínicas que devam ser transferidas para um SUP Pediátrico. A dimensão e a organização da equipa de Urgência Pediátrica devem estar ajustadas às necessidades ditadas pela casuística local. Os Médicos e os Enfermeiros das equipas de Urgência Pediátrica devem dispor da formação prevista no artigo 21º. É recomendada a constituição de equipas dedicadas à Urgência Pediátrica, pelo menos nos períodos do dia de maior procura;

b) Equipamentos: Para além da disponibilidade dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica definidos para os SUMC ou SUP, as Urgências Pediátricas devem dispor de todos os equipamentos específicos da idade pediátrica necessários à abordagem avançada da criança gravemente doente, traumatizada ou em paragem cardíaca;

c) Instalações: As Urgências Pediátricas de Hospitais com SUMC ou SUP devem funcionar em áreas específicas para o atendimento em idade pediátrica, fisicamente independentes das áreas de atendimento de adultos. Estas áreas devem englobar a admissão e áreas de espera.

Todo o atendimento clínico a crianças (incluindo o de foro ortopédico, cirúrgico e de outras especialidades de apoio) deve ser efetuado em áreas específicas, exclusivamente pediátricas. Devem existir nestas urgências áreas adequadas a funcionar como salas de observação ou internamento de curta duração, com capacidade adequada à casuística de cada serviço. Os Serviços de Pediatria dos Hospitais com Urgências Pediátricas devem garantir as condições necessárias para o internamento subsequente das crianças admitidas pela urgência.

8. Os Serviços de Pediatria dos Hospitais com Urgências Pediátricas devem promover e participar na implementação de Centros de Formação em Urgência Pediátrica, com idoneidade para a concretização de Programas de Formação com vista à obtenção da Competência em Urgência Pediátrica. Deverão ser estabelecidos em Urgências Pediátricas da Rede de Urgência, considerados idóneos para o efeito pelo Colégio de Pediatria da OM, preferencialmente de tipo SUP.

Artigo 11º

Serviço de Urgência Polivalente Pediátrica

1. O Serviço de Urgência Polivalente Pediátrica (SUPP) constitui-se como atendimento para crianças com situações de doença ou trauma grave, em atendimento primário ou referenciadas.

2. O SUPP deve dispor dos seguintes recursos:

2.1. O SUPP deve dispor de todos os recursos mínimos definidos para um SUP (apoio em termos de diagnóstico e terapêutica e das diversas especialidades, incluindo Neurocirurgia), de Cirurgia Pediátrica e Cuidados Intensivos Pediátricos, local e permanente.

2.2. As equipas devem ainda ter formação adequada para que os SUPP funcionem como Centro de Trauma Pediátrico (CTP), devendo o SUPP estar preparado para o atendimento diferenciado de trauma grave, incluindo neurotrauma.

2.3. O SUPP deve dispor de apoio, local ou protocolado e de fácil acesso, de Cardiologia Pediátrica e Pedopsiquiatria. O processo de agilização destes e de outros apoios não obrigatoriamente presenciais, deve ter em consideração as especificidades locais, e constar das redes de referenciação.

Artigo 12º

Triagem e Encaminhamento do Doente no Serviço de Urgência

1. É obrigatória a implementação de sistemas de triagem de prioridades no SU.

2. A triagem das crianças nos hospitais com SUMC ou SUP deve ser realizada na Urgência Pediátrica. O sistema de triagem deve ter em conta a especificidade da criança, independentemente do nível de urgência em que seja praticado.

3. Realizada a classificação de risco, o doente deve ser encaminhado no serviço de acordo com as normas previamente definidas e padronizadas, respeitando e privilegiando a seriação feita na triagem de prioridades, de modo a garantir que o doente seja observado no local, com a logística e pela equipa mais adequada, em tempo clinicamente aceitável.

4. O SU deve informar o INEM da triagem de prioridades no SU efetuada aos utentes provenientes dos CODUS do INEM.

Artigo 13º

Sistemas de Resposta Rápida (Vias Verdes)

1. A implementação das Vias Verdes (VV) deve ser continuada e intensificada.

2. Nas VV, cada nível de SU desempenha um papel específico na cadeia de resposta, reforçando a colaboração entre os vários níveis.

3. O processo de encaminhamento através de VV deve ser iniciado no local do evento ou da apresentação dos sintomas, devendo os sistemas hospitalar e pré-hospitalar garantir a continuidade e a integração de cuidados.

4. Para efeitos do disposto no número anterior, o sistema pré-hospitalar deve referenciar diretamente o doente para o local de melhor resolução do problema, polo da respetiva VV, eventualmente fazendo *by-pass* a outros SU. Os sistemas de telemedicina, incluindo telemetria, poderão facilitar esta integração maximamente eficiente, através do envio dos dados do local do evento ao polo da VV.

5. De forma a dotar os Sistemas de Informação (SI) da adequada e homogênea parametrização, as vias verdes devem ser emitidas, com uma norma de implementação tecnológica para SI associada, a publicar por circular conjunta do INEM, da DGS e dos SPMS.

Artigo 14º

Via Verde AVC

1. Todos os SUMC e SUP devem ter a capacidade para o diagnóstico clínico e imagiológico de AVC agudo, bem como para efetuar o tratamento trombolítico, nos casos com indicação.

2. Deve, ainda, ser constituída a capacidade para realização de técnicas de re-permeabilização intra-arterial em alguns dos SUP da Rede, de forma a garantir o acesso a estas metodologias de tratamento nas regiões de mais elevada casuística.

3. A complexidade e a exigência técnica da abordagem referida no número anterior, bem como os casos atualmente selecionados para a sua realização, recomendam uma rigorosa definição da sua localização e Rede de Referência.

Artigo 15º

Via Verde AVC Coronária

Assumem a responsabilidade os polos da Rede com capacidade de intervenção coronária percutânea primária permanente, localizados em SUP.

Artigo 16º

Via Verde Sepsis

1. São definidos dois níveis de responsabilidade na Via Verde Sepsis (VVS):

a) Nível 1: SU sem Cuidados Intensivos — SUB e SUMC de Hospitais que não possuam Unidades de Cuidados Intensivos (UCI);

b) Nível 2: SU com Cuidados Intensivos — SUMC que possuam UCI e SUP.

2. Por UCI entende-se unidade de monitorização e tratamento intensivo com rácio Enfermeiro/Doente não inferior a, 1 para 2 e com Médico dedicado em presença física 24 horas por dia e com, pelo menos, um Médico Intensivo, no seu quadro.

3. Os SU de todos os níveis devem cumprir o seu papel na Rede, em termos de VVS, conforme Circular-Normativa nº01/DQS/DQCO da Direção-Geral da Saúde, de 6 de janeiro de 2010.

Artigo 17º

Via Verde Trauma

1. Todos os níveis de SU da Rede devem assumir responsabilidades na abordagem e tratamento dos doentes traumatizados.

2. Devem constituir-se CT de adultos nos SUP e, como tal, polos da Via Verde de Trauma em localizações a definir por Despacho do membro do Governo responsável pela área da Saúde.

3. A estes CT cabe a responsabilidade do tratamento sistematizado e definitivo do doente politraumatizado grave, tendo de cumprir os critérios de presença de valência/especialidades definidas no capítulo níveis de responsabilidade dos SU.

4. A estes CT serão referenciados os doentes a incluir na VVT, seja a partir do sistema pré-hospitalar, quando a abordagem for por profissionais de saúde adequados e determinem a estabilização do doente, recorrendo ao “by-pass” da Rede de Referência, seja das unidades de atendimento de menor diferenciação da região, após avaliação inicial com estabilização de funções vitais e avaliação secundária que valide a necessidade de transferência célere ao CT.

Artigo 18º

Sistemas telefónicos centrais de triagem, orientação e aconselhamento de doentes

1. Todos os utentes em situações de urgência e/ou emergência de foro de saúde devem procurar a entrada no SIEM e nos diferentes serviços que o sistema nacional de saúde disponibiliza para abordagem e tratamento de situações agudas, urgentes ou emergentes, através dos sistemas telefónicos centrais de triagem, orientação e aconselhamento de doentes disponibilizados, nomeadamente os Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do INEM, e a Linha Saúde 24, da Direção-Geral da Saúde.

2. O acesso aos CODU faz-se, obrigatoriamente, através de uma chamada de emergência, via número europeu de emergência (112) e deve ser utilizada sempre que a situação seja, aparentemente, uma emergência médica. Nos CODU será realizada a triagem telefónica de emergência médica, com definição das prioridades da situação, o aconselhamento médico, o acionamento de meios de emergência, se e quando necessários, e a orientação dos doentes na Rede de SU, redes de referência específicas de urgência e Vias Verdes existentes, con-

forme Despacho nº14041/2012, de 29 outubro e, quando apropriado, a passagem à Linha Saúde 24.

3. O acesso à Linha Saúde 24 faz-se através do número de telefone 8082424 e deve ser utilizado nas situações agudas ou urgentes mas sem risco imediato de vida. Nestas centrais será efetuada uma triagem, aconselhamento e encaminhamento de doentes para a unidade de saúde mais adequada, no tempo recomendado, pelos meios disponíveis que melhor respondam a cada situação. Em casos de maior gravidade/urgência, prontamente identificadas na triagem, a chamada é transferida para os CODU do INEM.

4. Os SU devem criar e implementar sistemas de receção e fácil consulta da informação proveniente destas centrais, integrando-as nos seus processos clínicos individuais, bem como organizar e implementar sistemas expeditos de resposta aos doentes encaminhados por estes dois sistemas, respeitando as especificidades de cada um e atendendo à urgência relativa dos doentes.

Artigo 19º

Rede de Referência de Urgência e Emergência

1. Entende-se por Rede de Referência de Urgência e Emergência o mapa das estruturas, dos recursos e das valências, das relações de complementaridade, hierarquização e de apoio técnico, dos circuitos e das condições de articulação e de referência entre unidades do sistema Pré-Hospitalar e Hospitalar de Urgência, constituindo estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface com o pré-hospitalar.

2. A Rede de Referência de Urgência e Emergência deve incluir as relações entre os sistemas Pré-Hospitalar e Hospitalar de Urgência e as unidades prestadoras de Cuidados de Saúde Primários ou Hospitalares sem Serviço de Urgência.

3. São objetivos da Rede de Referência:

a) Garantir a acessibilidade aos diferentes Pontos de Rede, nos tempos de trajeto indicativos e objetivos alvo definidos para o efeito;

b) Encaminhar o doente para o Ponto de Rede mais próximo e adequado à sua situação clínica (não necessariamente o de maior proximidade);

c) Assegurar o bom funcionamento das VV existentes (Coronária, Acidente Vascular Cerebral, Sepsis e Trauma);

d) Promover a concentração de recursos humanos e tecnológicos, numa lógica de trabalho integrado em cada região;

e) Sistematizar e planejar a capacidade de acompanhamento e transporte pré e interunidades de saúde;

f) Diminuir o número de transportes secundários que não implicam benefício para o doente;

g) Promover que o tempo entre o início da doença, o tratamento definitivo e o regresso à vida ativa, seja o mais curto possível;

h) Ser um instrumento essencial na clarificação das populações servidas por cada unidade e tipo de urgência, a determinação da casuística esperada, a organização das Equipas de profissionais necessárias e a planificação dos investimentos regionais.

4. A Rede de Referência genérica e as Redes de Referência específicas para as quatro VV e para competências ou procedimentos específicos, sua monitorização e avaliação, bem como os pontos de referência que integram as redes serão determinados por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde, sob proposta conjunta das Administrações Regionais de Saúde, num processo que deve envolver o INEM, a DGS e a Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS), tendo em conta a avaliação e as recomendações realizadas pela CRRNEU.

5. No caso de alguma unidade hospitalar integrada na rede como SUP não possuir uma ou mais das valências estabelecidas, 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 respetiva 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.

6. Da definição das Redes de Referência genéricas e específicas deve resultar uma Rede Nacional de Referência de Urgência/Emergência Médica, sobre a qual se regem os Sistemas de Coordenação Regionais do INEM, para a identificação dos destinos apropriados (com as valências médicas e cirúrgicas indicadas para a situação), das vagas existentes (camas em unidades especializadas) e dos meios de transporte terrestres e aéreos disponíveis.

7. As unidades pertencentes à Rede de Referência devem partilhar de um mesmo modelo de informação e de processos comuns de articulação interinstitucional.

8. A informação relativa à Rede Nacional de Referenciação de Urgência/Emergência Médica, nomeadamente os aspetos detalhados na alínea 1ª do presente artigo, deve ser publicada e mantida atualizada numa página da internet acessível ao cidadão e aos profissionais de saúde, da responsabilidade da ACSS.

Artigo 20º

Estrutura Física e Recursos Materiais

1. O SU deve, necessariamente, incluir as seguintes áreas:

- a) Área de admissão e registo;
- b) Área de triagem de prioridades;
- c) Área de espera;
- d) Área de avaliação clínica;
- e) Sala de emergência para doentes críticos com condições para suporte avançado de vida;
- f) Área de ortotraumatologia;
- g) Área de curta permanência e observação;
- h) Área de informação e comunicação com familiares;

2. Deve ser garantido o acesso fácil a meios complementares de diagnóstico, e no caso do SUMC e do SUP, também a bloco operatório.

3. Devem existir fluxos de doentes pré-estabelecidos, absolutamente claros e sinalizados, diferenciados por tipo de problemas e/ou por prioridade de observação, com a definição clara das atividades que são realizadas em cada uma das áreas e como se relacionam com as restantes.

4. Devem ser respeitados a privacidade, o conforto, a comunicação e a informação personalizada e humanizada, as condições de visualização e fácil acesso ao doente, e deve ser facilitado o acompanhamento do doente por familiar, nos termos do disposto na Lei n.º 33/2009, de 14 de julho.

5. As áreas de circulação, nomeadamente os corredores, devem manter-se livres, sem estacionamento de doentes ou macas.

Artigo 21º

Recursos Humanos e Formação

1. O Conselho de Administração Hospitalar deve possuir uma política institucional, plasmada no seu Plano e Relatório de Atividades, que promova o SU como Serviço de Ação Médica, incluindo como objetivos:

a) A constituição preferencial do SU por equipas de profissionais de saúde dedicados à Urgência, ou seja, profissionais que trabalham na sua totalidade ou maioritariamente apenas no SU, sobretudo nos períodos do dia de maior procura, no cumprimento do Despacho n.º 47/SEAS/2006;

b) A articulação e integração de processos e de cuidados entre os SU e restantes serviços hospitalares, quer os que prestam apoio direto, quer os que recebem doentes internados, numa perspetiva de cuidados centrados no doente, de forma humana, célere e eficiente.

c) A promoção das competências e as capacidades mínimas de Médicos, Enfermeiros e restante pessoal e definir claramente a sua formação, titulação e creditação;

2. Sem prejuízo do disposto nos números anteriores, a formação e o currículo dos profissionais de atendimento da Rede nos SUB, no SUMC e no SUP devem obrigatoriamente contemplar:

a) Relativamente aos Médicos e Enfermeiros:

I. Formação em Suporte Avançado de Vida;

b) Relativamente aos Médicos e Enfermeiros envolvidos no atendimento pediátrico num SU:

I. Formação em Suporte Avançado de Vida Pediátrico (SAVP) ou, quando impossível, em Suporte Imediato de Vida Pediátrico (SIVP);

c) Relativamente aos Assistentes Operacionais:

I. Formação em Suporte Básico de Vida;

3. Sem prejuízo do disposto nos números anteriores, a formação e o currículo de, pelo menos, 50% dos profissionais nas equipas de atendimento da Rede, em exercício em qualquer um momento, nos SUB, no SUMC e no SUP devem contemplar:

a) Relativamente aos Médicos e Enfermeiros:

I. Formação em Suporte Avançado de Vida em Trauma (nos Centros de Trauma, todos os profissionais de saúde têm que ter esta formação);

II. Formação em Ventilação e Controle Hemodinâmico;

III. Formação em Transporte de Doentes Críticos;

IV. Formação em VV;

V. Formação em Comunicação e Relacionamento em Equipa, Gestão de Stress e de Conflitos, Comunicação do risco e “transmissão de más notícias”.

b) Relativamente aos Médicos:

I. “Competência em Emergência Médica”, atribuída pela Ordem dos Médicos.

c) Relativamente aos Enfermeiros:

I. Competências específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem de pessoa em situação crítica, atribuída pela Ordem dos Enfermeiros;

d) Relativamente aos Assistentes Operacionais:

I. Formação em Técnicas de Trauma e Imobilização;

II. Formação em Comunicação e Relacionamento em Equipa, Gestão de Stress e de Conflitos.

4. Sem prejuízo do disposto nos números anteriores, a formação e o currículo de, pelo menos 50%, dos Médicos e Enfermeiros de atendimento da Rede, em exercício em qualquer um momento, envolvidos no atendimento pediátrico num SU devem contemplar ainda a formação em Suporte Avançado de Vida Pediátrico e Formação Avançada em Trauma Pediátrico.

Artigo 22º

Crítérios, indicadores de qualidade e avaliação do Sistema Integrado de Emergência Médica

1. Os elementos que constituem o Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface com o pré-hospitalar devem possuir critérios de qualidade que constituam informação objetiva e comparada, sob a forma de indicadores simples e de fácil interpretação, que permitam à população em geral, aos utilizadores do SNS, aos seus profissionais e gestores um conhecimento claro da atividade e dos resultados das Unidades prestadoras de Cuidados de Saúde, de forma a gerar confiança na população, a estimular uma utilização adequada dos Serviços de Saúde e a fundamentar uma expectativa sobre o processo e os resultados da prestação de cuidados. Tem, ainda, como importantes objetivos estratégicos produzir informação relevante e credível para a adoção de ciclos de melhoria contínua bem como para a possibilidade de realização de atividade de *benchmarking* entre Instituições.

2. A disponibilização da informação sobre os Serviços de Saúde individualmente deverá estimular os respetivos profissionais a divulgarem áreas de excelência e a pugnam por uma melhoria contínua do seu desempenho pessoal e do desempenho das suas organizações.

3. Consideram-se padrões mínimos para o SIEM:

a) Padrões de acesso:

i. O acesso do cidadão a cuidados de Urgência/Emergência é assegurado permanentemente por uma linha de atendimento 112 ou pela Linha Saúde 24, que orientam para o local o meio mais adequado;

ii. O acesso do cidadão a cuidados de Urgência/Emergência é assegurado permanentemente num SU à distância máxima de 60 minutos de trajeto;

b) Triagem:

i. Em todos os SU, qualquer que seja o nível, deve existir um sistema de triagem que permita distinguir os doentes por gravidade clínica, de modo a que, se houver tempo de espera, se exerçam critérios preestabelecidos de observação.

c) Definição dos níveis de SU e Rede de Referenciação:

i. Os diferentes SU devem estar articulados em rede de modo a permitir o tratamento dos doentes atempadamente no local próprio;

ii. Cada SU deve conhecer o seu papel na Rede e o modo de articulação com outros Serviços.

d) Qualificação dos Profissionais de Saúde:

i. Cada SU é responsável pelas qualificações mínimas definidas no artigo 21º e por promover a formação dos seus profissionais de saúde.

e) Plano de catástrofe:

i. Cada SU deve ter um plano de catástrofe/contingência, que inclua a resposta a situações multivítimas, seguindo as orientações emanadas pela Direção-Geral da Saúde;

ii. Este plano deve ser do conhecimento de todos os profissionais do respetivo Serviço, devendo ser realizada formação e exercícios de simulação periódica.

f) Passagem de turno:

i. Cada passagem de turno, pelo risco de perda de comunicação inerente, deve ser feita verbalmente a partir da informação atualizada e mantida em registos clínicos;

ii. Deve existir consignado no horário dos profissionais tempo de sobreposição para este momento crítico.

g) Transferência inter-hospitalar:

i. O SU no qual está o doente é responsável pelo seu tratamento e se não tiver capacidade para tal deve promover a transferência atempada e em segurança, para o SU adequado de nível superior, isto é, com as capacidades necessárias, e mais próximo;

ii. Se for impossível ao SU adequado mais próximo receber o doente, uma de três situações deve ocorrer: ou o SU adequado mais próximo arranja capacidade dentro de tempo útil; ou o ao SU adequado mais próximo ajuda o SU que tem o doente a encontrar alternativa e essa iniciativa tem rápido sucesso; ou se estas duas soluções anteriores falharem, o ao SU adequado mais próximo recebe o doente ativando o seu plano de catástrofe/contingência;

iii. As situações mais comuns e antecipáveis de transferência inter-hospitalar devem estar previstas na carta de Rede de Referênciação;

h) Equipamento:

i. Cumprimento do equipamento mínimo definido no presente diploma, segundo o nível de responsabilidade do SU;

i) Informação:

i. Deve haver, em cada SU, acesso a fontes e bibliografia relevantes de informação técnica médica em formato eletrónico;

j) Controlo de qualidade:

i. Todos os SU devem assegurar funções de Controlo de Qualidade, com o objetivo de monitorizar a performance do Serviço, baseando-se nomeadamente nos Indicadores de Qualidade.

4. A monitorização do acesso, qualidade e desempenho do SIEM deve ser realizada através de Indicadores de Qualidade, que obedecem aos seguintes objetivos:

a) Compatibilidade com os sistemas de informação, atualmente, utilizados nas Instituições de Saúde em Portugal ou, no mínimo, facilmente implementáveis, informando de forma contínua e automática a partir destes sistemas de informação;

b) Refletir áreas Clínicas com significativo “peso” da doença (incidência, prevalência e custos associados) e que tenham sido contempladas no Plano Nacional de Saúde, Programas Prioritários ou demais documentos estratégicos internacionais, nacionais ou regionais relevantes;

c) Permitir monitorizar processos e resultados, incluindo resultados clínicos e os que se relacionam com a perspetiva do doente;

d) Permitir a vigilância epidemiológica, a geração de sinal atempado e o acionamento de planos de readequação de recursos e de respostas a nível institucional e de saúde pública;

e) Ser abrangente, permitindo monitorizar os aspetos mais relevantes da saúde na área da Urgência/Emergência;

f) Refletir o grau de articulação entre os Cuidados de Saúde Primários, os Sistemas de Atendimento Telefónico, o Sistema de Emergência Pré-hospitalar e o Sistema Hospitalar de Urgência;

g) Ser relevante, respondendo às principais questões/necessidades dos utilizadores;

h) Serem orientadores, não descrevendo apenas a situação atual mas apontar possíveis direções de melhoria (meta, objetivo);

i) Ser sinérgico, utilizar, partilhar informação e garantir a comparabilidade com a informação de outros Sistemas e Organizações (EUROSTAT, OCDE, NICE, TARN, e outros);

j) Refletir o desenvolvimento da acessibilidade, qualidade e desempenho do SIEM e das suas unidades, através do seu histórico e da proposta de metas progressivamente mais ambiciosas;

k) Ser um instrumento útil para a comparação do desempenho entre unidades, a identificação de boas-práticas e benchmarking.

5. Os Indicadores de Qualidade devem estar incorporados num painel nacional de indicadores estável, mas atualizável, definido pela DGS com a colaboração da ACSS, das ARS e do INEM, onde conste, a sua designação, objetivos, forma de cálculo, situações de exceção, padrão mínimo e meta.

6. São base de consideração de indicadores para o painel nacional, os propostos pela CRRNEU.

7. Os Indicadores de Qualidade constantes no painel nacional devem integrar o sistema de monitorização trimestral do Serviço Nacional de Saúde, da responsabilidade da ACSS, assegurando a sua publicação regular e acessibilidade ao cidadão e aos profissionais de saúde.

8. Cada ARS e cada instituição pode desenvolver, adicionalmente, Indicadores de Qualidade próprios, que deverão ser mantidos públicos e atualizados em página da internet própria, da responsabilidade da instituição proponente.

9. A avaliação das unidades integrantes do SIEM, refletida no cumprimento dos critérios mínimos, na evolução dos seus indicadores e desempenho, na posição relativa às restantes unidades comparáveis, na proposta de novas metas e de estratégias de desenvolvimento, a integrar nos planos e relatórios de atividades anuais, é da responsabilidade:

a) Ao nível institucional, das próprias instituições;

b) Ao nível regional, das ARS, que deverão refletir a evolução do desempenho dos SU sobre sua responsabilidade;

c) Ao nível nacional, do INEM, no relativo ao Sistema de Emergência Pré-hospitalar e da articulação com o Sistema Hospitalar de Urgência da ACSS e da DGS, no relativo ao desempenho da gestão e da qualidade clínica, respetivamente.

Artigo 23º

Norma transitória

1. Os SU devem, até de 30 de junho de 2015, concluir a adaptação necessária ao disposto no presente despacho.

2. Sem prejuízo do disposto no número anterior, os SU dispõem do prazo de 3 anos a contar da data da entrada em vigor do presente despacho, para dispor de profissionais nas equipas de atendimento com a formação mínima completa prevista no artigo 21º, com exceção do reconhecimento de competências por parte das Ordens Profissionais, cujo prazo para o reconhecimento é de 5 anos.

Artigo 24º

Norma revogatória

1. São revogados:

a) O Despacho nº 18 459/2006, de 30 de julho, alterado pelo Despacho nº 24 681 /2006, de 25 de outubro;

b) O Despacho nº 727/2007, de 18 de dezembro de 2006.

2. São ainda revogadas todas as disposições contrárias ao disposto no presente despacho.

Artigo 25º

Entrada em vigor

O presente despacho entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

25 de julho de 2014. — O Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, *Fernando Serra Leal da Costa*.

208005532

Administração Central do Sistema de Saúde, I. P.

Aviso n.º 9178/2014

Nos termos do n.º 3 do artigo 146.º da Lei n.º 83-C/2013, de 31 de dezembro, dá-se conhecimento de que foi celebrada a 25 de julho de 2014, entre a Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., e os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E., uma adenda, para o período entre 1 de janeiro de 31 de dezembro de 2014, ao contrato-programa em vigor entre tais entidades, a qual foi objeto de aprovação por parte dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das Finanças e da Saúde em 21 de julho de 2014 e em 30 de dezembro de 2013, respetivamente. O valor global máximo do contrato-programa, para o ano de 2014, é de € 34.689.000,00, ao qual acresce IVA à taxa legal em vigor.

30 de julho de 2014. — O Presidente do Conselho Diretivo, *João Carvalho das Neves*.

208009331

Louvor n.º 438/2014

A Dr.ª Sandra Maria Pereira Rebelo do Carmo Parreira de Figueiredo Neto cessou as funções de coordenadora da Unidade de Regimes de Trabalho e Exercício Profissional (URT), do Departamento de Gestão e