

SAÚDE**Gabinete do Secretário de Estado Adjunto
e da Saúde****Despacho n.º 1380/2018**

O XXI Governo Constitucional, no seu programa, estabelece como prioridades a melhoria da gestão dos hospitais e da qualidade dos cuidados de saúde.

A cirurgia de ambulatório (CA) representa um importante instrumento para o aumento da efetividade, da qualidade dos cuidados e da eficiência na organização hospitalar, com múltiplas vantagens associadas, reconhecidas internacionalmente. Além do impacto positivo para o doente que, em menos de 24 horas, é intervencionado de forma programada, podendo recuperar num ambiente familiar, a CA possibilita uma organização da estrutura hospitalar no sentido de dedicar o internamento às situações mais complexas, racionalizando a despesa em saúde com uma correta reorientação dos custos hospitalares.

Esta reorganização permite também uma redução do tempo de espera cirúrgica o que representa uma considerável mais-valia deste regime. A CA associa-se a uma menor taxa de complicações pós-operatórias, apresentando uma incidência de regressos ao hospital não superior àquela encontrada no pós-operatório da cirurgia clássica com internamento. A dor pós-operatória é em geral mais reduzida, sendo assinalada uma diminuição do risco de tromboembolismo, em virtude da deambulação precoce, sendo que a hospitalização aumenta o risco de exposição a infeções nosocomiais.

Com um forte crescimento em termos internacionais, desde 2007 que Portugal tem acompanhado esta tendência constituindo-se, aliás, como um exemplo de referência, com a expansão sustentada que a cirurgia em regime de ambulatório tem alcançado no nosso país. Se em 2000 a CA representava pouco mais de 10 % do total de cirurgias relativas a procedimentos com indicação internacional para serem efetuados em regime de CA, presentemente cerca de 80 % destas cirurgias são realizada em regime de CA, sendo que cerca de 63 % do total de cirurgias programadas é realizada nesta modalidade.

Paralelamente, no que se refere a procedimentos mais complexos que começam a ter indicação internacional para serem realizados em CA, verifica-se que cerca de 12 % destes procedimentos são realizados em Portugal, quando no ano de 2000 esta prática era inexistente.

No entanto, e sendo certo que a maioria das instituições hospitalares apresenta taxas de ambulatório relevantes, existem ainda algumas instituições com taxas inferiores às melhores práticas nacionais, em hospitais com dimensão e complexidade comparáveis, carecendo esta prática de um maior desenvolvimento.

O crescimento da CA em Portugal nos últimos anos deveu-se em parte às orientações emanadas pela Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (CNDCA), nomeada através do Despacho n.º 25832/2007, de 19 de outubro, com o objetivo de estudar e propor uma estratégia, e as correspondentes medidas, para o desenvolvimento da CA no Serviço Nacional de Saúde (SNS) a CNDCA, com uma composição transversal a vários organismos do Ministério da Saúde e com carácter multidisciplinar, tendo sido responsável pela elaboração do 'Relatório Cirurgia de Ambulatório: um modelo de qualidade centrado no utente', de outubro de 2008.

Além da caracterização pormenorizada da realidade portuguesa, a possibilidade que este Relatório forneceu ao Ministério da Saúde e aos seus organismos para seguir e implementar muitas das medidas ali indicadas permitiu, de facto, um forte crescimento da CA em Portugal.

Volvidos mais de 10 anos importa proceder ao diagnóstico da situação, identificando áreas que, apesar do crescimento, carecem ainda de desenvolvimento, de forma a maximizar transversalmente as vantagens da CA, privilegiando a abordagem sem pernoita e centrada nas necessidades do utente com patologia cirúrgica.

Assim, determino:

1) A criação de um Grupo de Trabalho para o Acompanhamento do Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (GTADCA), com o objetivo de proceder à avaliação da cirurgia de ambulatório (CA) nos últimos 10 anos em Portugal e identificar áreas de intervenção prioritária para continuar a melhorar esta resposta no Serviço Nacional de Saúde (SNS).

2) O GTADCA terá por missão:

- a) Proceder à caracterização da evolução da CA desde 2008 à atualidade;
- b) Identificar os eventuais constrangimentos estruturais, de recursos humanos, formação, ou outros, que condicionam o crescimento da CA;

c) Proceder à revisão dos procedimentos cirúrgicos ambulatorizáveis e tendencialmente ambulatorizáveis a serem utilizados na determinação de taxas de ambulatório;

d) Estruturar um modelo integrado de acompanhamento das unidades de CA, focado na qualidade, elencando processos de acreditação;

e) Propor ajustamentos ao modelo de financiamento das instituições do SNS, de forma a incentivar a realização da CA;

f) Analisar as condições de funcionamento das instituições com indicadores menos adequados, propondo medidas para a sua melhoria.

3) O GTADCA será constituído pelos seguintes elementos, que possuem uma ação relevante na organização e desenvolvimento da CA:

a) Carlos Magalhães, da Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória, que coordena;

b) Vicente Vieira e Célia Castalheira, da Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória;

c) Cláudia Medeiros Borges, da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P.

d) Sofia Coutinho, da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P.

e) Bruno Trigo, dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E.;

f) Anabela Coelho, da Direção-Geral da Saúde;

g) Ana Craveiro, da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares.

4) O GTADCA poderá, de acordo com o decorrer dos trabalhos, reunir com os elementos de outros serviços e entidades do Ministério da Saúde, de forma individual ou coletiva, ou auscultar profissionais clínicos de reconhecida idoneidade e competência nas especialidades mais relevantes em cirurgia do ambulatório, sempre que entender necessário.

5) A Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., presta o apoio logístico e técnico necessário ao bom funcionamento dos trabalhos do GTADCA.

6) Os elementos que integram o GTADCA desempenham as suas funções em regime de acumulação ou a título gratuito, não lhes sendo devida remuneração adicional, mas terão direito à afetação de tempo específico para a realização dos trabalhos, pelos seus respetivos locais de origem.

7) O GTADCA produz, até 30 de junho de 2018, um relatório preliminar, que será colocado em discussão pública.

8) Terminado o período de auscultação referido no número anterior o GTADCA efetuará as alterações consideradas adequadas e entregará o relatório final ao Ministério da Saúde.

1 de fevereiro de 2018. — O Secretário de Estado Adjunto e da Saúde,
Fernando Manuel Ferreira Araújo.

311107702

Secretaria-Geral**Despacho n.º 1381/2018**

O Decreto Regulamentar n.º 23/2012, de 9 de fevereiro, alterado pelo Decreto Regulamentar n.º 4/2016, de 8 de novembro, definiu a missão, atribuições e tipo de organização interna da Secretaria-Geral do Ministério da Saúde (SGMS).

Com a publicação da Portaria n.º 160/2012, de 22 de maio, foi fixada a estrutura nuclear da SGMS e estabelecido o número máximo de unidades flexíveis e matriciais, bem como as respetivas competências.

Para além das atribuições cometidas à SGMS nos referidos diplomas orgânicos, desde 2014, por força da alteração ao Regulamento Arquivístico para os Hospitais, operado pela Portaria n.º 157/2014, de 19 de agosto, passou a ser da responsabilidade da SGMS, a atribuição dos prazos de conservação dos documentos em fase ativa e semiativa.

Considerando a prossecução das atribuições e competências da Secretaria-Geral como instituição estratégica de coordenação do Sistema de Arquivos do Ministério da Saúde, promovendo boas práticas de gestão da informação e partilha de conhecimento, justifica-se a criação de uma unidade de estrutura matricial, como centro de competências com valências técnicas e profissionais diversas, de modo a assegurar a coordenação, acompanhamento e supervisão do Sistema de Arquivos do Ministério da Saúde.

Assim,

Ao abrigo do disposto no artigo 22.º da Lei n.º 4/2004, de 15 de janeiro, na sua atual redação, em conjugação com os artigos 5.º e 9.º da Portaria n.º 160/2012, de 22 de maio, determino:

1 — A constituição de uma equipa multidisciplinar, designada por Equipa Multidisciplinar para a Coordenação do Sistema de Arquivos do Ministério da Saúde (EMCSA).