

**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).

2 — São atribuições da EMCSA, designadamente:

- a) Coordenar as ações referentes à organização e preservação do património e arquivo históricos do Ministério da Saúde, em articulação com os demais serviços e organismos, procedendo à recolha, tratamento, conservação e comunicação dos arquivos que deixem de ser de uso corrente nos respetivos organismos produtores;
- b) Organizar e manter o arquivo da SG e dos gabinetes dos membros do Governo, suportado em regulamento atualizado que assegure a normalização de procedimentos, designadamente sobre guarda, acesso, conservação e destruição de documentos;
- c) Atribuir os prazos de conservação dos documentos em fase ativa e semiativa dos hospitais;
- d) Coordenar o Projeto de avaliação documental da SGMS;
- e) Coordenar o Projeto de Gestão Documental;
- f) Criar os instrumentos de Normalização e Regulação Nacional de Arquivos de Saúde;
- g) Coordenar os grupos de trabalho no âmbito do Ministério da Saúde;
- h) Promover visitas técnicas aos organismos e planos de ação específicos das entidades englobando, entre outros, os seguintes domínios: gestão documental, avaliação documental, salvaguarda e descrição de espólios de interesse histórico e normalização de processos e procedimentos;
- i) Ministar formação de equipas no domínio da arquivística;
- j) Exercer as demais funções que lhe sejam atribuídas.

3 — A EMCSA funciona sob a dependência direta da Divisão de Arquivo e Sistemas de Informação, integrada na Direção de Serviços de Gestão, Informação, Relações Públicas e Arquivo.

4 — Designo a Licenciada Sara Dias Alves Domingues de Carvalho, Técnica Superior de Arquivo e Biblioteca, do mapa de pessoal da Secretaria-Geral do Ministério da Saúde, como chefe da Equipa Multidisciplinar para a Coordenação do Sistema de Arquivos do Ministério da Saúde (EMCSA), dado ser detentora de aptidão e competência técnica para o exercício de tais funções, como decorre da nota curricular anexa ao presente despacho, atribuindo-lhe o estatuto remuneratório equiparado a chefe de divisão.

5 — Os demais serviços e entidades do Ministério da Saúde prestam a colaboração e informação necessárias ao desenvolvimento da missão da EMCSA, com a celeridade devida, cabendo-lhes designar o respetivo interlocutor.

6 — O presente despacho produz efeitos desde 1 de fevereiro de 2018

29 de janeiro de 2018. — A Secretária-Geral, *Sandra Cavaca*.

## ANEXO

### Nota curricular

Habilitações Académicas:

Doutoranda em Ciências da Informação e da Documentação — Escola de Ciências Sociais — Universidade de Évora.

Curso de Especialização em Ciências Documentais, variante de Arquivo — Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra.

Curso de Especialização em Ciências Documentais, variante de Biblioteca — Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra.

Curso de Especialização para Técnicos Editoriais — Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa.

Licenciatura em Filosofia — Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra.

Experiência Profissional:

Técnica Superior de Arquivo na Secretaria-Geral do Ministério da Saúde.

Técnica Superior de Arquivo, responsável pela coordenação do Arquivo Municipal de Lagos.

Professora convidada do Curso de Mestrado em Ciências Humanas e Sociais — Universidade do Algarve — Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.

Professora convidada da Escola Superior de Estudos Industriais e de Gestão — Vila do Conde (ESEIG)

Coordenadora Editorial — Almedina.

Professora de Filosofia — E.S. D. Duarte, Coimbra.

Outras Atividades:

Coordenadora da Plataforma Saúde.Doc.

Coordenadora dos Grupos de Trabalho da SGMS, a nível nacional, na área da Ciência da Informação.

Membro fundador da Rede de Arquivos do Algarve (RAALG) — Integrou o grupo coordenador da Rede de Arquivos do Algarve.

Autora de diversos Artigos e comunicações no âmbito da Ciência da Informação.

311108553

## Inspeção-Geral das Atividades em Saúde

### Aviso (extrato) n.º 1778/2018

Nos termos e para os efeitos do disposto na alínea a) do n.º 1 do artigo 4.º da Lei n.º 35/2014 de 20 de junho, que aprovou a Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas, torna-se público que a Técnica Superior, Paula Cristina Crispim Finuras, consolidou a mobilidade na Autoridade para as Condições do Trabalho (ACT), cessando funções na Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS), deixando de pertencer ao mapa de pessoal da IGAS, com efeitos a 01 de janeiro de 2018.

12-01-2018. — A Inspetora-Geral, *Leonor Furtado*.

311089657

### Despacho n.º 1382/2018

A Lei Orgânica da Inspeção-Geral das Atividades em Saúde, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 33/2012 de 13 de fevereiro, estabelece para a sua organização interna um modelo estrutural misto, de estrutura hierarquizada e matricial, funcionando com equipas multidisciplinares, no desenvolvimento das atividades de inspeção. Compete ao Inspetor-Geral a criação das unidades orgânicas flexíveis, bem como a definição das respetivas atribuições e competências, nos termos das disposições conjugadas da alínea f) do n.º 1 do artigo 7.º da Lei n.º 2/2004, de 15 de janeiro, alterada e republicada pelas leis n.º 51/2005, de 30 de agosto, 64-A/2008, de 31 de dezembro e 3-B/2010, de 28 de abril, e republicada pela Lei n.º 64/2011, de 22 de dezembro, e ainda do n.º 5 do artigo 21.º da Lei n.º 4/2004, de 15 de janeiro, com a redação atual dada pelo Decreto-Lei n.º 116/2011, de 5 de dezembro.

Atendendo às disposições da Portaria n.º 163/2012, de 22 de maio, às competências que me estão atribuídas pelo artigo 2.º, do Decreto-Lei n.º 33/2012, de 13 de fevereiro, e tendo em vista o cumprimento mais eficiente da missão atribuída à IGAS, importa adotar estruturalmente, medidas que, de uma forma mais proactiva do que reativa, possam contribuir para a diminuição das irregularidades e para o combate mais eficaz à fraude na área da Saúde, pelo que, determino:

1 — A criação de uma equipa multidisciplinar, sob a dependência direta do Inspetor-Geral, assente no modelo estrutural definido na alínea b), do artigo 7.º, do Decreto-Lei n.º 33/2012, de 3 de abril, com a seguinte denominação: Equipa de Análise e Tratamento de Informações (EATI).

2 — A Equipa ora criada é uma equipa específica de projeto, pelo prazo de dois anos, que visa efetuar análises estratégicas de tendências, de padrões e de riscos em matéria inspetiva, desenvolver o mapeamento de risco dos temas e das entidades da esfera de competência da IGAS, e analisar e tratar informação para auxiliar o exercício concreto da atividade inspetiva e alimentar o planeamento.

3 — Assim, compete especialmente à Equipa:

a) Desenvolver o mapeamento do risco dos temas e dos perfis das entidades da esfera de competência da IGAS;

b) Efetuar a análise estratégica de tendências, padrões e riscos na esfera de atuação da IGAS;

c) Efetuar a análise de informações provenientes de denúncias, dos resultados da atividade, de relatórios e de estudos elaborados por outras entidades, nacionais ou não, e de outros dados provenientes de outras fontes, relacionados com a prevenção e a deteção de irregularidades e da fraude na Saúde;

d) Integrar e interpretar os dados e informações de forma a contribuir para a programação da atividade inspetiva, em articulação com a Divisão de Controlo da Atividade e Planeamento (DCAP), com o Sistema de Controlo da Administração Financeira do Estado (SCIAFE) e com o Núcleo de Apoio ao Controlo Interno da IGAS (NACI).

e) Gerir os acessos da IGAS às Bases de Dados da Saúde, e analisar as informações delas provenientes na perspetiva do definido no ponto 2 deste despacho.

4 — Composição da Equipa:

a) Lic. Maria Natércia Gomes de Sousa, Inspetora Principal, da carreira de Inspeção Superior da Autoridade de Segurança Alimentar e Económica, em exercício de funções na Divisão de Controlo da Atividade e Planeamento da IGAS, que coordenará;