



Despacho nº 2 /2015

Realizou-se no dia 8 de janeiro de 2015 uma reunião no Ministério da Saúde para analisar a resposta à afluência aos serviços de urgência, na qual estiveram presentes as seguintes entidades:

- a) Ministério da Saúde, representado por Sua Excelência o Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, Senhor Dr. Fernando Leal da Costa, e pelo Senhor Dr. João Nabais, Chefe do Gabinete;
- b) Direção-Geral da Saúde (DGS), representada pela Senhora Dra. Graça Freitas, Subdiretora-Geral da Saúde, e pelo Senhor Enfermeiro Sérgio Gomes, *Chief Nursing Officer*;
- c) Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS), representada pelo Senhor Prof. Rui Santos Ivo, Presidente do Conselho Diretivo da ACSS;
- d) Instituto Nacional de Emergência Médica, IP (INEM), representado pelo Major Médico Paulo Amado de Campos, Presidente do Conselho Diretivo do INEM;
- e) Administração Regional de Saúde do Norte, IP (ARS Norte), representado pelo Senhor Dr. Luís Castanheira Nunes, Presidente do Conselho Diretivo da ARS Norte;
- f) Administração Regional de Saúde do Centro, IP (ARS Centro), representado pelo Senhor Dr. José Manuel Azenha Tereso, Presidente do Conselho Diretivo da ARS Centro;
- g) Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP (ARS LVT), representado pelo Senhor Dr. Luís Cunha Ribeiro, Presidente do Conselho Diretivo, e pelo Senhor Dr. Luís Pisco, Vice-presidente do Conselho Diretivo da ARS LVT;
- h) Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP (ARS Alentejo), representado pelo Senhor Dr. José Marques Robalo, Presidente do Conselho Diretivo da ARS Alentejo;
- i) Administração Regional de Saúde do Algarve, IP (ARS Algarve), representado pelo Senhor Dr. João Moura Reis, Presidente do Conselho Diretivo da ARS Algarve;



- j) Linha Saúde 24, representada pelo Senhor Eng.º Luís Pedroso Lima, Administrador Saúde 24.

Na referida reunião, transmiti um conjunto de medidas necessárias, assumindo os presentes os seguintes compromissos:

1. As ARS devem designar uma pessoa que em cada uma das regiões irá acompanhar a época de inverno e fazer cumprir as determinações do Plano publicado pela DGS;
2. A DGS deve preparar uma nota pública explicando o que se passou nesta época e qual a circunstância epidemiológica (surto de Rhinovírus humano);
3. As ARS devem comunicar-me diariamente o movimento e tempos de espera nos serviços de urgência das unidades públicas;
4. A ACSS e a DGS devem realizar um estudo sobre o número de mortes ocorridas em serviços de urgência cobrindo os anos passados.
5. Foram noticiadas três mortes em serviços de urgência e, quer relativamente a estas, quer a outras que se venham a verificar, os hospitais e as ARS devem informar tão brevemente quanto possível as pessoas dos factos que efetivamente ocorreram. Tem que ser dada uma resposta clara e explícita às famílias e prosseguir as averiguações para que se determine se houve falhas e má prática e introduzir os mecanismos corretivos de forma imediata;
6. Como já anteriormente estabelecido, todos os hospitais devem ter camas supletivas para internamento. As ARS devem averiguar onde podem estar recursos disponíveis para internamento em caso de necessidade acrescida elencando todas as capacidades de hospitais e unidades de saúde do sector público, social, privado e militar. Desde já, será necessário deslocar os doentes para onde for preciso e impedir acumulação em salas de observação de serviços de urgência;
7. As ARS devem fazer uma avaliação dos serviços de urgência privados e qual tem sido a procura e respetiva capacidade de resposta, para analisar uma eventual participação adicional destes serviços, caso seja necessário;



8. As ARS devem preparar imediatamente a possibilidade de alteração das regras geográficas da referenciação para serviços de urgência, passando freguesias da área de um hospital para outro com menos afluência;
9. Não pode existir falta de macas. É necessário perceber onde podem faltar macas e comprar macas, fazendo inclusive uma reserva de macas. O INEM vai efetuar esse levantamento e emprestar macas, o que já se verifica em algumas ARS. Pela ARS LVT foi dito que as empresas estão a demorar cerca de três semanas na entrega das macas que são compradas. Ficou claro que, face a um programa estabelecido em Outubro e na sequência das visitas que os membros do Governo fizeram a unidades hospitalares, esse atraso na entrega não é aceitável como justificação;
10. As ARS devem fazer uma circular lembrando os hospitais que é necessário fazer a retriagem. As ARS devem dar instruções aos hospitais para, em altura de maior pico de afluência aos serviços de urgência, aumentar o número de triadores, e cumprir as determinações da Triagem de Manchester que determina a repetição da triagem quando o tempo de espera até à primeira observação médica for ultrapassado;
11. As ARS devem alertar os hospitais para acautelar o serviço de urgência numa eventual tolerância de ponto concedida no Carnaval, no mês de fevereiro. É necessário averiguar as necessidades de recursos humanos nas escalas dos serviços de urgência para que os pedidos de férias possam ser autorizados;
12. Junto dos hospitais, as ARS devem identificar quais os médicos disponíveis para supletivamente poderem participar na observação e tratamento de doentes nos serviços de urgência nas horas de maior pico;
13. Todos os médicos com especialidades afins à medicina interna, ou afins à cirurgia geral e os internos de especialidade já detentores de autonomia para a prática da Medicina devem integrar as escalas dos serviços de urgência;
14. Os hospitais devem ser instruídos pelas ARS a terem anexa à escala de urgência médicos, aos quais se poderá pagar um valor como horas de prevenção nas noites e dias feriados, para substituir os médicos que eventualmente adoecem;

15. As ARS devem dar instruções aos hospitais para contratarem em regime de tarefa ou avença onde for preciso, e dar nota à ACSS tão cedo quanto possível;
16. As ARS e a ACSS devem dar a máxima urgência aos pedidos de contratação de médicos, em especial daqueles que possam ser chamados a participar na produção de situações urgentes;
17. Atendendo a que o problema passa também pela capacidade física dos hospitais (locais, espaços de consulta), é necessário ver onde essa dificuldade pode ser ultrapassada (nomeadamente onde podem ser observados doentes de baixa complexidade), pelo que os gabinetes de consulta para as rotinas programadas poderão ser usados para observação de doentes urgentes;
18. As ARS e a ACSS devem agilizar e finalizar os concursos, os quais já estão a decorrer por demasiado tempo. Todos os médicos em situação de poderem ser colocados têm de estar colocados antes do final do mês de janeiro;
19. Nos cuidados de saúde primários, deve ser acelerada a colocação dos médicos que já terminaram os internatos. Não podem existir médicos de medicina geral e familiar que ainda não tenham lista de doentes atribuída;
20. Nos cuidados de saúde primários, as ARS devem proceder imediatamente ao alargamento de horários onde for desejável (se for preciso com desfasamento de horários) até às 22 horas;
21. Os horários dos serviços devem ser divulgados por todos os meios, mantendo a Linha Saúde 24 informada e recorrendo às Farmácias para fazer essa divulgação;
22. A Linha de Saúde 24, para além de ter acesso aos horários praticados e eventuais alterações para um melhor encaminhamento do doente, deve ainda ter acesso a eventuais “estrangulamentos” nas unidades de saúde, de modo a poder encaminhar o doente para unidades que no momento apresentam menor afluência;
23. As ARS devem identificar as pessoas que estão em lares e que não querem ser vacinadas. Deve esta informação ser transmitida à DGS, e através de delegados de saúde ou enfermeiros falar com estas pessoas explicando o porquê da necessidade e a utilidade da vacinação;





24. As ARS devem dar instruções aos ACES para que os idosos, em casa ou em lares, tenham prioridade nas consultas médicas no domicílio;
25. Os Hospitais devem implementar a avaliação clínica dos doentes nos fins de semana para que não haja permanência clinicamente injustificada de doentes em internamento hospitalar;
26. As ARS devem elencar todos os casos sociais e procurar transferi-los para lares da rede do Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social;
27. As Equipas de Gestão de Altas devem proceder à transferência imediata de doentes com indicação para as unidades de cuidados continuados;
28. As determinações constantes dos pontos anteriores devem ser cumpridas de imediato.

Adicionalmente, informo;

- a) Foi iniciada pela Linha de Saúde 24 a formação de mais trinta profissionais em Lisboa e mais trinta no Porto, para além do reforço de mais trinta profissionais que já iniciaram funções e que a Linha de Saúde 24 vai abrir um novo Centro em Coimbra;
- b) Estão a ser ultimadas normas sobre a possibilidade de pedidos de exames de diagnóstico na triagem e sobre a gestão centralizada da referênciação de doentes para as Unidades de Cuidados Intensivos.

Lisboa,

9 de Janeiro de 2015

O Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde

(Fernando Serra Leal da Costa)