

Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência

Relatório CRRNEU

10 Fevereiro 2012

ELEMENTOS DA COMISSÃO DE REAVALIAÇÃO DA REDE NACIONAL DE EMERGÊNCIA/URGÊNCIA:

José Artur Osório de Carvalho Paiva

Chefe de Serviço de Medicina Interna

Especialidade de Medicina Interna, Sub-especialidade de Medicina Intensiva

Competência em Emergência Médica e Competência em Gestão de Serviços de Saúde

Diretor da Unidade Autónoma de Gestão da Urgência e Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar São João – Porto

Doutorado em Medicina e Professor Associado Convidado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Coordenador Nacional da Via Verde da Sepsis – Direção Geral da Saúde

António Marques da Silva

Chefe de Serviço de Anestesiologia

Especialidade de Anestesiologia, Competência em Emergência Médica

Diretor do Departamento de Anestesiologia, Cuidados Intensivos e Emergência, Centro Hospitalar do Porto

Professor Associado Curso Medicina, ICBAS, Universidade do Porto

Armando Leal Almeida

Enfermeiro Graduado ARS - Algarve

Coordenador dos SUB da ARS - Algarve

Enfermeiro SIV, VMER, Helicóptero – INEM

Carlos Manuel dos Santos Seco

Assistente Graduado de Anestesiologia, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

Especialidade de Anestesiologia, Competência em Emergência Médica

Médico VMER e Helicóptero – INEM

Coordenador da VMER dos HUC

Cristina Maria Pires Ribeiro Gomes

Professora Auxiliar do Instituto de Medicina Preventiva, da Faculdade de Medicina de Lisboa

Especialista em Medicina Geral e Familiar

Assessora do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde

Ernestina da Piedade Rodrigues Gomes Ribeiro

Especialidade de Anestesia e Sub-especialidade de Medicina Intensiva

Serviço de Medicina Intensiva do Hospital Pedro Hispano da Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Doutorada em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Secretária da Direção do Conselho Português de Ressuscitação

Fernando José Martins Próspero Luís

Consultor de Cirurgia Geral

Especialidade de Cirurgia Geral, Sub-Especialidade de Medicina Intensiva

Competência em Emergência Médica

Mestrado em Epidemiologia / Medicina de Emergência

Diretor do Serviço de Urgência e do Serviço de Cirurgia Geral do CHTMAD

José Afonso Gonçalves Pereira da Silva Pedrosa

Administrador Hospitalar

Vogal do Conselho de Conselho Diretivo da Unidade Autónoma de Gestão da Urgência e Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar São João – Porto

Diretor do Serviço de Sistemas de Informação do Centro Hospitalar São João – Porto

Miguel José dos Santos Félix

Assistente Hospitalar Graduado de Pediatria

Unidade de Pneumologia / Serviço de Pediatria Médica do Hospital Pediátrico do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

Presidente da Direção do Conselho Português de Ressuscitação

Miguel Rego Costa Soares de Oliveira

Presidente do Conselho Diretivo do Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P.

Especialidade de Cirurgia Pediátrica

Competência em Emergência Médica e em Gestão de Serviços de Saúde

Mestre em Medicina de Emergência – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Licenciatura em Gestão

Paulo Emílio da Silva Mota

Enfermeiro Graduado, Centro Hospitalar São João
Co-fundador da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Urgência
Formador em Trauma da Emergency Nurses Association

Paulo Jorge de Moraes Zamith Nicola

Médico, epidemiologista, especialista em Medicina Geral e Familiar
Assessor do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde

Rita Pérez Fernandez da Silva

Chefe de Serviço de Anestesiologia - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental
Directora Médica do Hospital de S. Francisco Xavier
Competência em Emergência Médica

ELEMENTOS PARTICIPANTES NAS VISITAS AOS PONTOS DE REDE DE URGÊNCIA:

Júlio Paulo Candeias Pedro

Administrador Hospitalar
Vogal do Conselho Diretivo do Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P.

Madalena Filipa F. N. M. Prata

Assistente Hospitalar Graduada de Pediatria
Serviço de Pediatria do Hospital de Santa Maria, CHLN, Lisboa

Maurílio Domingos Agostinho Gaspar

Chefe de Serviço de Pediatria
Serviço de Pediatria do Hospital José Joaquim Fernandes, Beja

Ricardo Jorge Barros Costa

Assistente Hospitalar Graduado de Pediatria
Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar da Cova da Beira, Covilhã

Sílvia Maria Soares de Almeida

Assistente Hospitalar Graduada de Pediatria

Serviço de Pediatria do Hospital Infante Dom Pedro, Aveiro

Vanessa Maria Gandra Esteves da Cunha Fernandes Pereira de Gouveia

Administradora Hospitalar

Centro Hospitalar Lisboa Norte

**ELEMENTOS RESPONSÁVEIS PELA ANÁLISE DE ACESSIBILIDADE À PROPOSTA DE REDE DE
EMERGÊNCIA/URGÊNCIA:**

Paula Santana

Universidade de Coimbra

António Rodrigues

Universidade Nova de Lisboa

Cláudia Costa

Universidade de Coimbra

INDÍCE

Capítulo 1	
Objetivos, Metodologias e Princípios Gerais	1-7
Capítulo 2	
Organização, Gestão e Estrutura	8-25
Capítulo 3	
Rede Nacional de Serviços de Urgência - Níveis de Responsabilidade e Pontos da Rede	26-36
Capítulo 4	
Rede de Referência - Conceitos e Propostas	37-50
Capítulo 5	
Rede de Urgência / Emergência em Pediatria	51-60
Capítulo 6	
Rede Nacional de Viaturas de Emergência Médica (RNVEM)	61-73
Capítulo 7	
Sistema de Helicópteros de Emergência Médica (SHEM) em Portugal Continental	74-85
Capítulo 8	
Recomendações sobre Competências e Formação em Urgência/Emergência	86-90
Capítulo 9	
Requisitos para a Informatização Clínica dos Serviços de Urgência	91-99
Capítulo 10	
Qualidade e Indicadores de Qualidade em Urgência/Emergência	100-110

Capítulo 1: Objetivos, Metodologias e Princípios Gerais

Objetivos

A Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU) foi criada pelo *Despacho nº 13377/2011*, de 23 de Setembro.

Conforme explicito no Despacho, a missão da Comissão é, sumariamente:

- a)** Avaliar o estado de implementação da Rede de Emergência Pré-Hospitalar e das Urgências Hospitalares, nomeadamente a distribuição territorial existente, as condições de acesso e a composição das respostas existentes;
- b)** Analisar os casos em que a rede não foi implementada e avaliar as razões;
- c)** Informar sobre a adequação de prosseguir com encerramentos e deslocalizações já previstos e deslocalizações ainda não efetuadas;
- d)** Propor alterações à Rede e sugestões para a sua evolução;
- e)** Propor a melhor forma de manter um excelente acompanhamento dos Serviços de Emergência Pré -Hospitalar e Urgências;

Ainda no Despacho se determina que a CRRNEU deverá produzir:

- a)** Relatório sobre as atuais condições de acesso e de resposta na Emergência Pré - Hospitalar e nas Urgências Hospitalares;
- b)** Parecer sobre o impacto no acesso, circuitos de referenciação e recursos dos possíveis cenários de alteração e de evolução da Rede;
- c)** Proposta para a estratégia de desenvolvimento da resposta de Emergência Pré-Hospitalar e da Rede de Urgência e para as necessidades de formação e recursos profissionais, a contratualização, gestão e sustentabilidade dos Serviços de Urgência (SU).

A nomeação e o trabalho da CRRNEU inscrevem-se na crescente preocupação com a construção em rede de uma resposta articulada para o doente em situação urgente ou emergente. Esta preocupação responde à justificada expectativa do cidadão em ter garantido

o acesso a cuidados urgentes. Esta é, aliás, a quarta Comissão/Grupo nomeado pelo Estado Português nesta matéria.

Assim, em 1996, foi criada a Comissão Nacional de Reestruturação das Urgências, que definiu os princípios precursores da Rede de Referência das Urgências.

Esta rede foi consagrada em 2001, tendo sido nomeado um grupo de acompanhamento da Reforma das Urgências, que recomendou objetivos para o desenvolvimento da referida Rede.

Em 2007, a Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação da Rede de Urgência Geral (CTAPRU) (*Despacho n.º 17736/2006, de 31 de Agosto*) propôs níveis, critérios, condições de acesso e localização de Pontos de Rede de Urgência. Na sequência do trabalho desta Comissão, o *Despacho n.º 727/2007 de 18 de Dezembro* de 2006, altera “as características da rede de SU, bem como os níveis de resposta que a integram e pelas quais se deve reger a determinação dos pontos de referência que a compõem” e que tinham sido anteriormente definidas no *Despacho n.º 18 459/2006*, do Ministro da Saúde, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, nº 176, de 12 de Setembro e alterado pelo *Despacho n.º 24 681/2006*, de 25 de Outubro, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, nº 231, de 30 de Novembro.

Igualmente na sequência destes trabalhos, o *Despacho n.º 5414/2008*, de 28 de Janeiro define quais os SU que constituem os Pontos da Rede de Referência de Urgência/Emergência. O próprio despacho definia que seria “necessário, em momento posterior, proceder à revisão da arquitetura da rede, para efeitos de referência”.

Finalmente, para além das alterações das redes de cuidados de saúde primários e hospitalares, também as modificações demográficas e da rede viária tornam ainda mais necessária a reavaliação proposta à CRRNEU, num momento em que os dados do Censos de 2011 estão já parcialmente disponíveis.

Entretanto, ao longo dos últimos 15 anos, foi intenso o debate sobre a Rede de Urgência/Emergência e múltiplos os documentos relevantes publicados. Alguns dos mais significativos são:

- Relatório sobre a Reestruturação das Urgências (Ministério da Saúde, 1996);
- Despacho Ministerial de 14/11/2001 (Rede de Referência de Urgência/Emergência);
- Despacho Ministerial de 07/02/2002 (Unidade de Urgência Básica);

- Despacho Ministerial nº 11/2002 (Criação do Serviço de Urgência enquanto serviço de ação Médica Hospitalar);
- Despacho Ministerial nº 19123/2005 (Implementação da Triagem de Prioridades na Urgência);
- Despacho Ministerial nº 19670/2005 (Nomeação da Coordenação das Doenças Cardiovasculares);
- Despacho Ministerial nº 18459/2006 (Classificação dos tipos de Serviços de Urgência);
- Recomendações do Grupo de Trabalho das Urgências da Unidade de Missão dos Hospitais SA (Ministério da Saúde, 2006);
- Despacho Ministerial nº 727/2007 (Esclarecimentos sobre a Classificação dos Serviços);
- Relatório Proposta da Rede de Urgências – Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgências – CTAPRU (Ministério da Saúde, 2006 com atualização 2007 após audição pública);
- Recomendações para a Organização dos Cuidados Urgentes – CTAPRU (Ministério da Saúde, 2007);
- Proposta de Rede de Referência de Urgência e Emergência – CTAPRU (Ministério da Saúde, 2007, com atualização em 2008);
- Despacho Ministerial nº 5414/2008 (Descrição dos Pontos de Rede de Urgência);
- Recomendações para a Organização e Desenvolvimento da Qualidade nos Serviços de Urgência - Competência em Emergência Médica (Ordem dos Médicos, 2007);
- Recomendações para o Transporte do Doente Crítico - Competência em Emergência Médica e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (Ordem dos Médicos e SPCI, 2008);
- Normas de Boa Prática no Trauma - Competência em Emergência Médica (Ordem dos Médicos, 2009);
- “Um ano de reflexão e mudança” - Comissão Regional do Doente Crítico (Administração Regional de Saúde Norte, 2009);
- Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado (Direção Geral da Saúde, 2010);
- Direcção-Geral da Saúde. “Acidente Vascular Cerebral. Itinerários Clínicos.”. LIDEL - Edições Técnicas, Lisboa, 2010;
- Via Verde de Sepsis - Circular Normativa da DGS nº1/DQS/DQCO de 06/01/2010;
- Via Verde de Trauma - Circular Normativa da DGS nº 7/DQS/DQCO de 31/03/2010;

- Despacho SEAMS 14898/2011, determinando que os meios de Emergência Pré - Hospitalar devem existir, obrigatoriamente, na rede articulada de Serviços de Urgência do Serviço Nacional de Saúde.

Todos estes documentos, entre outros, constituíram acervo documental dos trabalhos da CRRNEU e foram por ela considerados e ponderados.

Constituição

A Comissão integrou onze peritos e dois elementos do Gabinete do Senhor Secretário de Estado Adjunto da Saúde. Os onze peritos incluíam oito Médicos, dois Enfermeiros e um Administrador Hospitalar. Os Médicos cobriam várias áreas do saber, nomeadamente Anestesia, Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica, Emergência Médica, Gestão, Gestão de Sistemas de Saúde, Medicina Intensiva, Medicina Interna e Pediatria. Os elementos exercem a sua atividade em várias regiões do território nacional e o seu curriculum interessa à área da Urgência e a áreas do saber Clínico que lhe estão relacionadas. O Presidente do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e o Presidente da CTAPRU integraram a Comissão.

Metodologia

Definiu-se, com a concordância do Ministério da Saúde, que o relatório não interessaria as Urgências Obstétricas, dirigindo-se à Urgência Geral (de adultos) e Pediátrica.

Desde logo, realizou-se um alargado processo de consulta e envolvimento de Instituições interessadas, através de um pedido de envio de contributos e sugestões. Essas Instituições incluíram entidades diretamente dependentes do Ministério de Saúde, Conselhos de Administração (CA) de Hospitais ou Centros Hospitalares, de Unidades Locais de Saúde e de Agrupamentos de Centros de Saúde, Ordens Profissionais, Presidência de Câmaras Municipais, Sindicatos e Instituições da Sociedade Civil. Recebemos cerca de 180 contributos, que foram lidos e ponderados.

Em Novembro de 2011, elaborou-se inquérito sobre gestão, estrutura física, acesso, casuística, recursos, funcionamento da Sala de Emergência/Diretos, Referenciação, Exames Complementares, procedimentos e competências específicas, que foi enviado aos CA de todos

os Hospitais ou Centros de Saúde que constituem ou deveriam constituir Pontos de Rede de Urgência, segundo o *Despacho nº 5414/2008, de 28 de Janeiro*. As respostas foram analisadas em leitura ponto por ponto e em análise regional e global.

Simultaneamente, foram pedidos ao INEM dados sobre localização e casuística dos meios extra-hospitalares.

Durante o mês de Dezembro de 2011, todos os Pontos de Rede de Urgência foram visitados. As visitas foram realizadas por quatro elementos: um Médico de adultos, um Médico Pediatra, um Enfermeiro e um Administrador Hospitalar. Para que essa constituição fosse respeitada em todas as visitas, quatro Médicos Pediatras e dois Administradores Hospitalares externos à CRRNEU participaram nas visitas.

Foi elaborado em relatório de visita para cada Ponto de Rede, que foi debatido e consensualizado em sede de comissão (ver anexo).

Após discussão por correio eletrónico e presencial, a CRRNEU tomou decisões consensuais sobre a localização dos Pontos da Rede de Urgência e o seu nível de responsabilidade. Foram, igualmente, definidos pólos das várias Vias Verdes (VV) – Coronária, Acidente Vascular Cerebral (AVC), Sépsis e Trauma - e ainda de algumas referências específicas – Queimados, Oxigenação por Membrana Extra-corporal (ECMO), Medicina Hiperbárica - e desenhada a Rede de Referência, igualmente por consenso.

O resultado destas decisões foi avaliado, em termos de tempo de acessibilidade a um SU e de acessibilidade a um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC) ou Serviço de Urgência Polivalente (SUP), por uma Equipa coordenada pela Prof^a Doutora Paula Santana (Universidade de Coimbra) e que integrava o Prof^o Doutor António Rodrigues (Universidade Nova de Lisboa) e a Mestre Cláudia Costa (Universidade de Coimbra).

Foram, igualmente, discutidos e decididos os locais dos meios Extra-Hospitalares, nomeadamente as ambulâncias Suporte Imediato de Vida (SIV), as Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER) e os helicópteros, num conceito integrado de sistema de Urgência, incluindo os meios Hospitalares e Extra-Hospitalares, isto é, os pontos fixos e móveis da Rede de Urgência/Emergência.

Todos os textos produzidos foram extensivamente debatidos e consensualizados entre todos os membros da Comissão.

Princípios gerais

A proposta da CRRNEU tem subjacentes alguns princípios gerais estruturantes, nomeadamente:

- ✓ Reconhecimento de que o sistema de Urgência tem como missão o atendimento e tratamento das situações urgentes, conforme definidas no *Despacho nº 18459/2006*, e que existem outras situações agudas que não são urgências e cuja resolução compete aos Cuidados de Saúde Primários (CSP), num conceito de atendimento rápido não urgente;
- ✓ Reconhecimento de que compete aos CSP através de mecanismos de atendimento rápido não programado, garantir a acessibilidade necessária ao atendimento de situações agudas não urgentes, incluindo as que atualmente são atendidas em SU;
- ✓ Necessidade de regular a procura do SU, aumentando e motivando o acesso a sistemas telefónicos centrais de triagem e orientação de doentes;
- ✓ Necessidade de consolidar a resposta rápida dos CSP às situações agudas não urgentes e de motivar o recurso de doentes com estas situações a esses locais, nomeadamente pelo agravamento de taxas moderadoras para os doentes que persistam no recurso aos SU com situações não urgentes ou de implementação de estratégias de reorientação rápida de doentes dos SU para os CSP, desde que sejam respeitados pressupostos organizativos entre Unidades de Saúde e salvaguardados critérios de segurança;
- ✓ Definição da estrutura humana, física e logística dos SU, de forma a responder ao doente urgente e emergente;
- ✓ Exigência de qualidade e normalização da formação dos recursos humanos dos SU, caminhando progressivamente para um sistema de titulação e creditação reconhecido e regulado pelas Ordens Profissionais;
- ✓ Integração crescente dos sistemas Extra-Hospitalar e Hospitalar de Urgência, criando um Sistema de Urgência único e integrado;
- ✓ Definição de uma Rede de Referência genérica e de Redes de Referência específicas para as quatro Vias Verdes e para competências ou procedimentos específicos, que clarifique os circuitos de doentes;
- ✓ Aproveitamento das infra-estruturas existentes e dos centros de qualidade já constituídos;

- ✓ Apoio ao desenvolvimento de Centros que podem e devem, com facilidade, atingir níveis de responsabilidade superiores com ganhos de acesso e de eficiência, permitindo que o país desenvolva o número de SUP e de Centros Trauma (CT) adequados à sua população e demografia e reduzindo a sobrecarga das Unidades de Saúde de Porto, Coimbra e Lisboa;
- ✓ Implementação de uma rede que difunda valor do Centro ou pólo para a periferia, partindo de uma oferta central forte e capaz e criando mecanismos que estendam esse valor pela dinamização de uma cadeia de processo e de utilização integrada de recursos, aumentando qualidade e eficiência;
- ✓ Maximização de 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 demografia e casuística mas distantes de outros SU;
- ✓ Reconhecimento e valorização do papel dos Serviços de Urgência Básicos (SUB) como estruturas capazes de avaliação e estabilização inicial do doente urgente/emergente;
- ✓ Evicção da redundância desnecessária de recursos, utilizando estratégias de centralização e integração e garantindo o transporte inter-hospitalar de doentes através da maximização da utilização de meios INEM e da integração destes meios nos SU;
- ✓ Valorização crescente do papel do INEM, para transporte pré-hospitalar e inter-hospitalar qualificado, permitindo o sucesso de estratégias de *by-pass*, centralização e integração de recursos;
- ✓ Incorporação crescente do conceito de *by-pass* de Pontos de Rede, de forma a conseguir o encaminhamento de doentes graves ou específicos para local capaz do seu tratamento definitivo, desde que o meio de transporte pré-hospitalar seja qualificado;
- ✓ Definição clara das valências e especialidades que caracterizam os SUP e os CT e do papel central da Neurocirurgia nesta definição;
- ✓ Valorização do papel da Formação e Titulação em Emergência Médica e em Medicina Intensiva na avaliação e gestão do doente emergente e crítico nos SUMC e sobretudo nos SUP.

Capítulo 2: Organização, Gestão e Estrutura

O desenho da gestão de um Serviço de Urgência (SU) deve basear-se em alguns pontos-chave, nomeadamente: tipo atividade assistencial, relação com estruturas circundantes, estrutura física, recursos humanos e materiais, qualidade.

Atividade Assistencial

Relativamente à **atividade assistencial**, entendemos **urgência** como um processo que exige intervenção de avaliação e/ou correção em curto espaço de tempo (curativa ou paliativa); por **emergência** entende-se um processo para qual existe um risco de perda de vida ou de função orgânica, necessitando de intervenção em curto espaço de tempo; a situação é **crítica** se não for rapidamente reversível, isto é, sempre que se prolonga no tempo, e necessitar de metodologias de suporte avançado de vida e de órgão.

No exato entendimento destas definições, as situações agudas ou agudizadas que não implicam intervenção corretiva em curto espaço de tempo não deveriam estar contidas nos objetivos assistenciais dos SU. No entanto, a população tem um padrão de utilização que não corresponde a este perfil.

De acordo com o inquérito realizado por esta Comissão, apenas 54% dos casos atendidos em 2010 nos SU Nacionais eram “urgentes”, “muito urgentes” ou “emergentes”. De facto, o atendimento no SU é um valor culturalmente enraizado nas sociedades modernas, conotado a valores de segurança, bem-estar, disponibilidade e acessibilidade. O cidadão incorporou expectativas e comportamentos, como exigência de atenção imediata, utilização de serviços sem prévia triagem e referência clínica, exigência de atendimento personalizado e de informação e utilização do SU como serviço de atendimento continuado não urgente, que pesam no funcionamento dos SU.

Este padrão traduz-se em mais de 6 milhões de episódios de urgência anuais em Portugal Continental, mantendo-se o valor praticamente inalterado nos últimos dois anos, e cerca de 4 milhões de episódios em estruturas tipo “Serviço de Atendimento Permanente/Consulta Aberta”. Como tal, é necessário evoluir de forma a focar o padrão assistencial dos SU, mas isso terá de ser feito considerando as expectativas do cidadão. Este passo é essencial para o

planeamento de qualidade em Serviços de Urgência¹. Factores regionais têm, certamente, influência no recurso ao SU. O quadro seguinte mostra as assimetrias regionais em termos de número de episódios de urgência por mil habitantes, em 2010, nas várias ARS:

ARS	Episódios de Urgência/1000 hab.
Norte	547,33
Centro	608,06
LVT	582,52
Alentejo	862,25
Algarve	706,80
Total	593,14

Relação com estruturas circundantes

A regulação da procura assistencial urgente implica uma visão integral dos processos de urgência, em que o SU se terá de **relacionar muito mais intimamente com estruturas circundantes**, nomeadamente os sistemas telefónicos de triagem e orientação, a emergência extra-hospitalar, os serviços de internamento hospitalar e os CSP.

Os **SU e CSP** são sistemas comunicantes. Na opinião da esmagadora maioria dos profissionais, quanto melhor a relação dos SU com os CSP e melhor a pedagogia e continuidade de cuidados exercida pelos CSP numa determinada região, menor será o recurso à urgência e, sobretudo, menos frequentes serão as readmissões. Esta perceção, no entanto, é contrariada por dados investigacionais, em que a educação sanitária dos hiperutilizadores não leva a redução do número de episódios de urgência^{2,3}, salvo em grupos muito específicos^{4,5}. O aumento da

acessibilidade a CSP também não parece diminuir a utilização inadequada do SU, salvo quando acompanhado de outros mecanismos de barreira, como por exemplo a implementação de sistemas de co-pagamento ou a utilização de sistemas de triagem dos casos não urgentes e orientação para CSP^{6,7}. Mesmo estas medidas de barreira têm efetividade incerta e os seus critérios baixa especificidade na recusa de doentes graves^{8,9}.

Alguns estudos favorecem que a existência de “Consultas Abertas” para atendimento rápido nos CSP pode reduzir as Urgências Hospitalares, mas a maioria conclui que este efeito é imprevisível e muitas vezes o impacto é nulo¹⁰. No entanto, há claramente impacto da melhoria de acesso a “Consultas Abertas” em CSP em determinados grupos populacionais, como os idosos¹¹. Portanto, em conclusão, não é claro que possamos vincular a melhoria de acessibilidade em CSP a diminuição de utilização de SU de forma genérica ou para todos os grupos populacionais, mas parece evidente que esse deve ser um objetivo sanitário independentemente do putativo efeito nos SU.

A nossa situação atual caracteriza-se por um excesso de oferta, muitas vezes redundante, insuficientemente regulada e por vezes inadequada. Em nossa opinião, a melhoria não passará nunca por introduzir nos CSP termos que possam confundir o utente ou induzi-lo em erro, fazendo alusão a atendimento de “situações urgentes” (ex: Serviço de Atendimento a Situações Urgentes - SASU), nem por tomar medidas na área dos CSP ou na área do SU de forma independente ou por vezes até independente e simultânea. A resposta exige **coordenação dos dois sistemas – SU e CSP**. Só a coordenação permitirá adequar a oferta, identificar os papéis de cada um dos sistemas, percebendo as expectativas do cidadão e a cultura das estruturas clínicas, e reduzir a redundância, ganhando qualidade e eficiência. A descoordenação é uma ameaça permanente à melhoria da eficiência.

Kesby define três níveis de coordenação¹².

O nível inferior é denominado de **Cuidados Paralelos**, situação em que dois sistemas prestam cuidados ao mesmo doente, mas em que cada um possui objetivos diferentes e não está totalmente garantida a continuidade de cuidados.

No nível imediatamente acima, serviços ou sistemas diferentes, embora tendo objetivos diferentes, conseguem construir protocolos ou algoritmos de processo clínico que asseguram continuidade; este nível foi designado de **Cuidados Continuados**.

O nível máximo de funcionalidade e eficiência é o de **Cuidados Integrados**, em que o objetivo central de ambos os sistemas é precisamente a continuidade e em que ambos se comprometem a garantir, exercendo papéis diferentes, mas como parceiros interagentes que funcionam em consenso e tomam decisões partilhadas.

No nosso país, e apesar de algumas formas organizativas e de gestão terem sido pensadas favorecendo a coordenação entre Hospitais e CSP – Unidades Locais de Saúde (ULS) -, não ultrapassamos o segundo nível e em muitas regiões estamos claramente no nível inferior. É essencial iniciarmos este caminho de integração.

Parece-nos essencial que todas as Equipas de Saúde da pessoa e da família (Unidade Saúde Familiar “USF” + Unidade Cuidados Saúde Primários “UCSP”) dos Centros de Saúde possam garantir a possibilidade de contacto, acesso, avaliação e decisão profissional qualificada, no próprio dia, em todas as situações percebidas como agudas pelos utentes. Cada Equipa deve encontrar as melhores formas de organização para concretizar este princípio. Para cada Equipa/Unidade, devem ser estabelecidos indicadores, monitorização e avaliação regular deste “processo de cuidados nas situações de doença aguda”, num caminho de criação de processos assistenciais integrados entre os SU e os CSP.

Há, portanto, que pensar o atendimento agudo de forma global, reconhecendo a distinção entre o “urgente” e o “não urgente” e tentando definir o papel das duas estruturas - SU e CSP - num sistema articulado para a doença aguda. As metodologias de **triagem clínica de prioridade e orientação centralizada, por via telefónica**, são fundamentais para este objetivo. É absolutamente necessário promover a sua utilização, reforçar o seu papel decisor da orientação do doente e aumentar a sua qualidade, através de sólidos mecanismos de auditoria de desempenho. A utilização deste tipo de sistema deverá ser incentivada, por exemplo através da redução das taxas moderadoras e da priorização de atendimento nos CSP ou no SU (respeitando o nível de gravidade). Esta integração de cuidados, com clara identificação de papéis, é também fundamental para a definição de perfis de recursos humanos, logística e estrutura física.

A possibilidade de rápida e adequada referenciação entre as duas redes é fundamental. A identificação de utentes com elevado recurso à urgência é, também, fundamental para exercer pedagogia de adequação da procura, se o recurso for inadequado, ou para melhoria do *management* crónico da doença, se o recurso decorrer de agudizações de doença crónica.

Assim, recomendam-se algumas medidas concretas:

- 1) Organização e clara divulgação de resposta dos CSP para situações agudas não urgentes, adaptada à procura e à casuística, nomeadamente em termos de horário de atendimento e de acesso preferencial ao médico assistente pela existência de períodos diários de atendimento não programado;
- 2) Organização de relações de referenciação, comunicação e formação profissional comum, entre os profissionais de saúde dos CSP de uma área geográfica e das urgências dessa área;
- 3) Elaboração de Normas de Orientação Clínica adaptadas à realidade Institucional local, construídas em parceria entre o Hospital, o SU e os CSP;
- 4) Realização de Programas de Formação Contínua, comunicação, discussão casuística, debate e consultoria entre Médicos e Enfermeiros do CSP e do Hospital, envolvendo o atendimento em SU;
- 5) Implementação de canais de comunicação permanentes, ágeis e eficazes (p. ex. telemóvel dedicado), entre os CSP e as urgências de uma área, para consultoria, discussão de casos e orientação remota;
- 6) Discriminação positiva dos utentes referenciados pelos CSP ao SU (atendimento prioritário dentro do mesmo nível de urgência, isenção ou redução significativa da taxa moderadora);
- 7) Discriminação positiva dos utentes referenciados pela Linha Saúde 24 ao SU ou aos CSP para consulta no mesmo dia (atendimento prioritário dentro do mesmo nível de urgência, isenção ou redução significativa da taxa moderadora);
- 8) Envio eletrónico da Nota de Alta do SU (relatório semi-automático a partir do processo clínico eletrónico, de preferência com o resultado dos Meios Complementares de Diagnóstico e Tratamento - MCDT) para o CS / MF do utente, se devidamente autorizado;

- 9) Possibilidade dos MCDT do Hospital responderem a pedidos de análises laboratoriais ou imagiologia vindos dos CSP, de modo a capacitar a resposta destes e a atenuar a referência ao SU pelos CSP por necessidade de MCDT;
- 10) Possibilidade do SU aceder, através da Plataforma de Dados em Saúde, a um resumo do processo clínico eletrónico do CS do utente (se devidamente autorizado);
- 11) Inclusão, dentro dos indicadores de qualidade e desempenho das unidades dos CSP, de indicadores e metas associadas ao atendimento de doentes com situações agudas e à redução da necessidade de recurso a SU, sobretudo, de recurso recorrente a SU;
- 12) Avaliação e auditoria dos SU com maior e menor percentagem de atendimentos não urgentes, para identificação de eventuais problemas e de boas práticas;
- 13) Avaliação e auditoria das unidades dos CSP com maior e menor percentagem de utentes a recorrer aos SU com situações não urgentes, para identificação de eventuais problemas e de boas práticas;
- 14) Monitorização e publicação dos tempos de resposta (inscrição-atendimento médico e inscrição-alta) e taxa de referência (CSP-SU e SU-SU) das unidades que assistem a população, por freguesia, com os contactos das entidades, horários de atendimento, localização e distância, de modo a informar a população sobre a capacidade de resposta das Instituições;
- 15) Possibilidade do SU agendar (e-agenda) consulta nos CSP e nas consultas de especialidade hospitalar para horas/poucos dias depois.

Igualmente, os **sistemas extra-hospitalar e hospitalar de urgência** devem funcionar como elos do mesmo processo, integrando-se num sistema de emergência/urgência comum. Activação de meios, transporte pré-hospitalar, avaliação em serviço de urgência, transporte inter-hospitalar e tratamento definitivo em SU de nível superior são elos de um processo único, que terão a robustez do seu elo mais fraco. A integração de Equipas de urgência e de Equipas de Suporte Imediato de Vida (SIV) e Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), expressa no Despacho nº 14898/2011, publicado em DR, 2ª série, a 3 de Novembro, é um claro passo neste sentido, desde que os critérios de gestão das viaturas sejam partilhados e

consensualizados de forma clara entre INEM e SU e a formação dos ativos de ambas as partes seja normalizado e consolidado.

Finalmente, **a relação entre o serviço de urgência e o internamento hospitalar** deve ser ágil e fisiológica, acordando-se claramente o papel de cada uma das partes e critérios de internamento para os processos patológicos mais prevalentes. O doente não deverá ter a sua estadia no SU prolongada por indisponibilidade de camas em internamento nem o SU deverá conter um setor de internamento, declarado ou mascarado, para obviar esse problema. Metodologias como a existência de um clínico gestor de camas (“czarina of bed control”), processo de controlo de camas sob o escrutínio do SU em tempo-real e informatização do processo de proposição, aceitação e transferência do doente para o internamento, sem necessidade de observação clínica pela equipa do internamento podem contribuir para a agilização da relação SU-enfermaria¹³.

A adequada coordenação entre os diferentes níveis assistenciais que atuam neste mesmo processo é um objetivo primordial que deve colocar-se às organizações na hora de definição estratégica, garantindo a continuidade assistencial. A gestão inter-níveis por processos integrais é uma aposta que deve ser encorajada. De facto, o sistema operativo dos SU depende de vários outros micro-sistemas e também do macro-sistema de saúde¹⁴.

Estrutura Física e Recursos Materiais

A **estrutura física** dos nossos SU é extremamente variável. Deve, necessariamente, incluir: área de admissão e registo, área de triagem de prioridades, área de espera, área de avaliação clínica, área de emergência/críticos com condições para suporte avançado de vida, área de ortotraumatologia, área de curta permanência e observação, área de informação e comunicação com familiares, áreas não assistenciais. Deverá haver acesso fácil a meios complementares de diagnóstico, e no caso dos SUMC e SUP, também a bloco operatório. Devem existir fluxos de doentes pré-estabelecidos e absolutamente claros, diferenciados por tipo de problemas e/ou por prioridade de observação, definindo-se claramente que atividades se realizam em cada uma das áreas e como se relacionam com as restantes.

Deverá haver a preocupação de facilitar o acompanhamento do doente por familiar, respeitar escrupulosamente os conceitos de privacidade e conforto e permitir comunicação e informação personalizada e humanizada. Para além disso, devem garantir-se condições de visualização e fácil acesso ao doente. As áreas de circulação, nomeadamente corredores, devem manter-se livres, sem estacionamento de doentes ou macas.

A existência de **recursos materiais** não é apenas uma matéria quantitativa; é também fundamental usá-los com eficiência, isto é, para aquilo em que devem ser usados e obtendo a máxima rentabilidade. O sistema de gestão de urgências deve portanto contemplar a manutenção dos recursos materiais existentes, a alienação dos que se tornam desnecessários e a aquisição de novos recursos com evidência científica demonstrada. O desenho de uma estrutura física servidora de uma estratégia de fluxos e circuitos de doentes por nível de prioridade de observação ou por tipologia de problema clínico favorece a organização e alocação de recursos materiais e a sua sinergia com recursos humanos.

Recursos Humanos

O exercício clínico praticado no Serviço de Urgência é uma prática clínica específica, com conhecimentos, competências e capacidades específicas, respeitando um ampla gama de patologias e situações clínicas de carácter médico, cirúrgico e traumático, num largo espectro de gravidade, orientada para a avaliação de problemas clínicos e usando metodologias de triagem, estabilização, avaliação e resolução. Por isso mesmo, esse trabalho exige um exercício de comunicação e de interação multi-disciplinar e multi-profissional e uma adequada decisão sobre quando a triagem do problema remete para avaliação e resolução pelo médico de atendimento primário ou quando obriga a referenciar o doente para uma valência, especialidade ou centro específico. Mais, pela posição dos SU no sistema de saúde, os seus profissionais desempenham importante papel na gestão do sistema, tanto na interface com os cuidados de saúde primários, como com as consultas e o internamento hospitalar.

Desde há muito que os SU têm quadro específico de Enfermeiros e Assistentes Operacionais, que dedicam toda a sua atividade clínica a esse serviço. Tal não acontece, maioritariamente, com os Médicos, apesar de existir legislação nesse sentido (*Despacho Normativo nº 11/2002, de 6 de Março*). Mais, a heterogeneidade de perfis entre os Médicos a realizar SU é gigantesca,

mesmo considerando apenas aqueles que realizam o atendimento primário. Muitos dos profissionais estão também desmotivados, o que radica não apenas no stress e sobrecarga assistencial mas também nas condições em que trabalham, isolados do resto do sistema de saúde e sem intervenção num processo de gestão de saúde mais amplo, e na ausência de estatuto reconhecido, nomeadamente ausência de carreira, programa formativo, titulação, creditação e avaliação por pares.

De facto, o *Despacho Normativo nº 11/2002, de 6 de Março*, criou o **Serviço de Urgência Hospitalar como serviço de acção médica**, preconizando a constituição de Equipas médicas adequadas ao seu movimento assistencial e prevendo que haverá uma progressiva dedicação ao trabalho naquele serviço, por parte de Médicos dotados de competências e qualificações próprias. Mais, o *Despacho nº 47/SEAS/2006* afirma que “o Conselho de Administração deve promover a constituição de Equipas dedicadas constituídas por Médicos que afetem parte ou a totalidade do seu horário semanal de trabalho ao SU, com carácter definitivo ou temporário”.

Existem **três modelos de recursos humanos médicos**:

- **Modelo “clássico”**: Médicos dos vários serviços e especialidades fazem 12 a 24 horas do seu horário semanal no SU;

- **Modelo “dedicado”**, muitas vezes designado vulgarmente como “urgência fixa”: a urgência é assegurada por Médicos que, na sua totalidade ou maioritariamente, trabalham apenas no SU e que têm vocação e competência para essa prática clínica, constituindo o *staff* médico do serviço; esta definição exclui, evidentemente os SU assegurados com recurso a “Empresas de Médicos”, que não possuem as características acima referidas e não constituem um serviço de acção médica; os Médicos “urgencistas” realizam todo o atendimento primário no SU e resolvem a esmagadora maioria das situações, referindo para Médicos de valências específicas os doentes que exigem esse passo.

- **Modelo “misto”**: parte dos recursos, habitualmente no setor não cirúrgico, é de tipo “dedicado” e na vertente cirúrgica é de tipo “clássico”.

O modelo “clássico” tem várias fragilidades, determinantes de vários problemas, nomeadamente:

- a) O SU acaba por ser uma soma não sinérgica e nem sempre aditiva de várias urgências das múltiplas especialidades, não satisfazendo a definição de serviço de acção médica;
- b) O SU constitui-se como “área de ponte”, isto é, um problema de todos e, como tal, um problema de ninguém;
- c) O Director do SU tem a sua acção dificultada, uma vez que os seus colaboradores são inúmeros e dependem de outros Diretores de Serviço.
- d) Os ativos de outros serviços hospitalares consomem uma boa parte do seu horário no SU; se imaginarmos que 12 a 24 horas do horário de cada Médico, ou seja entre 29 e 68%, é devotado ao SU, isto significa que apenas 11 a 30 horas são dedicadas às atividades do serviço de base, reduzindo significativamente a produção dos serviços;
- e) A política de comunicação e pedagogia no SU é dificultada pelo número e diáspora de recursos humanos médicos, sendo a normalização, auditoria e a promoção de circuitos de melhoria menos eficazes e mais complicadas;
- f) A implementação de protocolos clínicos é mais difícil;
- g) O sentimento de pertença e de grupo é, igualmente, menor;
- h) A política de recrutamento para trabalho em SU é impossível, numa área em que a vocação e o talento são determinantes;
- i) Os doentes readmitidos não são discutidos entre quem o avalia na readmissão e quem o avaliou na admissão;
- j) O serviço é gerido num paradigma por funções/classes e não num paradigma por processo; uma vez que existem Equipas específicas de Enfermeiros e de Assistentes Operacionais e não de Médicos, reforça-se o comando vertical por grupos profissionais e reduz-se a gestão por processos.

O facto de a Medicina de Urgência se ter radicado como uma prática clínica específica, já reconhecida em múltiplos países europeus e pela Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS), com curriculum consolidado, o facto de se reconhecerem as dificuldades e problemas inerentes ao modelo “clássico” de recursos humanos médicos e ainda o facto de ter crescido a consciência e surgido a evidência da importância do tempo até resposta adequada para obter bons resultados em determinados processos patológicos (“tempo é vida”) levaram a que tenha

surgido nos últimos dez anos uma lenta e progressiva evolução para modelo “dedicado” ou, pelo menos, modelo “misto” de recursos humanos médicos.

As respostas ao inquérito realizado pela CRRNEU e as visitas aos nossos Pontos de Rede de Urgência permitem concluir que 5% dos nossos SU têm modelo “dedicado”, 49% modelo “misto” e 46% modelo “clássico”. Dois terços dos SUP e metade dos SUMC têm modelo “dedicado” ou “misto”.

O modelo “dedicado” permite estruturar o SU como uma estrutura autónoma dotada de missão e objetivos claros e de recursos humanos próprios e específicos, recursos logísticos e cultura organizacional. Com este modelo é possível adequada política de recrutamento, regulação adequada de alocação de profissionais às tarefas clínicas para que estão preparados e em que são valor adicional e integração de recursos extra e intra-hospitalares, construindo e consolidando um processo centrado no doente. Permite, também, facilitar a reorganização de todo o Hospital, libertando-o, total ou parcialmente, do peso e da sobrecarga da urgência, conseguindo-se assim que os serviços e departamentos passem a ser capazes de cobrir a totalidade das suas atividades, maximizando produção, produtividade e qualidade.

A implementação deste tipo de modelo deve envolver todos os profissionais do Hospital, estudando o sistema local, avaliando factores institucionais e considerando a sua cultura organizacional, isto é, adaptando localmente o processo de implementação. Por um lado exige e, por outro lado, facilita a criação de sólidas metodologias de recrutamento, avaliação coletiva e individual, retribuição variável com base em indicadores, formação e desenvolvimento profissional.

Numa época de muito sério constrangimento orçamental, o modelo dedicado, surge como um modelo com potencial para redução dos custos com recursos humanos, uma vez que o trabalho extraordinário a realizar em urgência tem tendência para ser reduzido já que os recursos médicos efetuam quase todo o seu tempo de trabalho em horário normal.

Não há, até ao momento, estudos que avaliem qualidade comparada entre os vários modelos existentes no país. Na ausência dessa avaliação, julga esta Comissão que será de favorecer uma progressiva opção por modelos “dedicados”.

A célula base deste modelo é o “Médico Urgencista”. Urge caminhar para homogeneização e normalização de competências e capacidades destes Médicos e definir claramente processos da sua formação, titulação e creditação. A homogeneização e normalização podem ser, numa fase inicial, garantidas através da realização com sucesso de cursos, a titulação e creditação implica o envolvimento da Ordem dos Médicos e poderá ter um formato de sub-especialidade ou, preferencialmente, de especialidade (*ver capítulo sobre competência e formação*).

A Union Européene des Médecins Spécialistes no seu *European Training Chapter for Medical Specialists*, no capítulo 6 sobre *Specialty Requirements defined by the UEMS, MJC and European Board of Emergency Medicine – UEMS 2011/36¹⁵* define os requisitos para a especialidade de Medicina de Urgência, clarificando o seu programa curricular e a metodologia formativa. Define-a como: “.....an independent medical specialty based on the knowledge and skills required for the prevention, diagnosis and management of the acute and urgent aspects of illness and injury affecting patients of all age groups with a full spectrum of undifferentiated physical and behavioral disorders.” Declara que “...it is a specialty in which time is critical...”, “encompasses the pre-hospital and in-hospital reception, resuscitation and management of undifferentiated urgent and emergent cases until discharge from the ED or transfer to the care of other physician”. Torna, também, claro que os Médicos de Medicina de Urgência cuidam de doentes num largo espectro de patologias e problemas e numa grande amplitude de gravidade e grupos etários. Assim, a Emergência Médica é uma parte integrante da Medicina de Urgência, sendo esta uma ciência e prática clínica mais vasta que inclui a primeira.

Em Portugal, a Ordem dos Médicos reconhece a competência de Emergência Médica, havendo admissão à competência por análise curricular. A Medicina de Urgência não tem ainda estatuto de competência, sub-especialidade ou especialidade. Na opinião desta Comissão devem ser dados passos sólidos para constituir uma titulação para esta área do saber e da prática médica, nomeadamente como sub-especialidade ou, preferencialmente, especialidade. Pensamos que este processo é irreversível, até porque o reconhecimento de novas especialidades decorre de novas necessidades sociais e da organização dos serviços de saúde. As tendências são claras. A Geriatria, a Medicina Intensiva e a Medicina de Urgência são claros exemplos disso, no mundo de hoje.

A “EU Directive for medical qualifications” conhecida como ‘Doctors Directive’ inicialmente publicada como 1993/16/EC e recentemente atualizada como 2006/100/EC reconhece 53

especialidades médicas hospitalares, sendo uma delas a Medicina de Urgência. Em 14 de Outubro de 2011, a UEMS criou formalmente a secção UEMS de Medicina de Urgência (UEMS Info Members, 14thOct2011). Atualmente, na Europa, existe especialidade de Medicina de Urgência num número crescente de países, desde 1997. São atualmente nove os países europeus que lhe dão estatuto de especialidade, incluídos na Diretiva, nomeadamente Bulgária, República Checa, Hungria, Irlanda, Malta, Polónia, Roménia, Eslováquia e Reino Unido (*Diretivas Europeias 2005/36/EC e 2006/100/EC*). Seis outros países são já elegíveis para a Diretiva: Bélgica, Itália, Luxemburgo, Estónia, Letónia e Eslovénia. A Medicina de Urgência é subespecialidade em França, Finlândia, Grécia e Suécia e tem programa de treino normalizado, inferior a cinco anos na Estónia, Letónia e Holanda.

Este trajeto de crescente reconhecimento de especialização nesta área específica verifica-se também em Enfermagem. Recentemente, a Ordem dos Enfermeiros definiu também as competências específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem de pessoa em situação crítica, publicadas em *Diário da República II série nº 35 de 18 Fevereiro 2011 (Regulamento124/2011)*.

De forma a cativar as novas gerações para a prática da Urgência/Emergência, é também essencial que se promova o ensino pré-graduado de Medicina e da Enfermagem de Urgência/Emergência. A exposição precoce às áreas de saber e prática clínica promove a sua escolha para campo de atividade profissional¹⁶.

Até ser conseguida a criação de clara creditação em Medicina de Urgência é fundamental que se definam *standards* mínimos de formação e curriculum que permitam o exercício clínico em SU, reconhecendo, de forma realista um curriculum nuclear comum para a prática em qualquer nível de SU e algum grau de variação de exigência conforme o nível de responsabilidade do SU (ver capítulo sobre formação). Este curriculum nuclear comum é amplamente justificado pelos dados obtidos no inquérito realizado por esta Comissão que demonstram que a percentagem de doentes laranjas e vermelhos sobe dos SUB para os SUP, mas a variação é ligeira: 8% nos SUB e 10% nos SUP.

Lembre-mos que um estudo transversal, realizado nos Estados Unidos da América, detetou que os Médicos Especialistas de Urgência se sentiam mais *stressados* e desmotivados pelas condições, problemas e restrições nos serviços de saúde do que pela responsabilidade e sobrecarga do exercício clínico¹⁷. Como tal é necessário pôr igual e simultânea ênfase na

modificação da organização e gestão do sistema de urgência e de resposta a problemas de saúde agudos, por um lado, e na consolidação da estrutura de formação, titulação e creditação, por outro. Atuar na segunda sem melhorar a primeira aumentaria, em efeito *boomerang*, a insatisfação, *burnout* e desmotivação profissionais.

Evidentemente, SUP e SUMC terão de ter valências médicas, constituídas como especialidades, no SU. A casuística e a frequência com que são chamadas a observar doentes devem determinar quais as que devem estar em presença física na área do SU, quais aquelas que poderão estar em presença física no Hospital mas com possibilidade de realizar outras tarefas para além do SU e quais as que estarão fora do Hospital, embora rapidamente convocáveis ao SU (regime de prevenção).

Triagem e Encaminhamento do Doente no Serviço de Urgência

A capacidade de identificar os doentes que mais rapidamente necessitam de cuidados é especialmente necessária numa realidade caracterizada por uma casuística elevada que impossibilita o atendimento simultâneo de todos os casos. Assim, é relevante a implementação de sistemas de triagem de prioridades no SU. Realizada a classificação de risco, é obrigatório o encaminhamento do doente no serviço de acordo com norma previamente definida e padronizada, respeitando e privilegiando a seriação feita na triagem de prioridades, para melhor garantir que o doente seja observado no local, com a logística e pela Equipa mais adequada, em tempo útil.

O Doente Emergente e Crítico

Um grupo minoritário mas significativo de doentes urgentes apresenta risco de perda de vida ou de função orgânica ou de membro. Este grupo de doentes é definido como doente emergente. Se a situação não for rapidamente reversível, o doente satisfaz critérios de doente crítico.

Em todos estes doentes, há clara vantagem na presença ou rápido acesso a médico titulado em Medicina Intensiva, desde a admissão no SU¹⁸. É na receção do doente que mais se pode

ter impacto positivo no resultado¹⁹. São portanto de incentivar e reforçar os modelos de participação dos serviços e unidades de Medicina Intensiva na área emergente e crítica do SU. Esta integração pode também constituir enorme valor adicionado no *management* das Vias Verdes, especialmente nas Vias Verdes de Sepsis e de Trauma. São também de favorecer estruturas de gestão integrada ou departamental com ambos os serviços: Medicina Intensiva e Urgência.

Vias Verdes (Sistemas de Resposta Rápida)

As **Vias Verdes (VV)**, nome vulgarmente utilizado em Portugal para designar **sistemas de resposta rápida**, são algoritmos clínicos de avaliação e tratamento de processos patológicos frequentes, em que a relação entre o tempo para realização de um grupo de atitudes clínicas é absolutamente determinante do resultado terapêutico, isto é, em que “tempo é tecido” e em que “tempo é vida”. A necessidade de implementar sistemas de resposta rápida decorre da inadequação dos sistemas de triagem de prioridades normalmente utilizados para estes processos e da sua relevância em termos de Saúde Pública. Cada uma das VV radica num modelo colaborativo entre o SU e diferentes especialidades, em que uma delas é fundamental: Neurologia/Medicina Interna para o AVC, Cardiologia/Cateterismo cardíaco para a Coronária, Cirurgia Geral para o Trauma e Medicina Intensiva para a Sepsis.

As respostas ao inquérito da CRRNEU revelam que é ainda insuficiente a implementação destas VV: 56% para a VV AVC, 51% para a Coronária, 24% para a Sepsis e 17% para o Trauma. É também assimétrica a distribuição da sua implementação, sendo claramente mais prevalentes na ARS-Norte.

É absolutamente necessário continuar e intensificar este processo de implementação que permite comprovadamente reduzir morbi-mortalidade e estimula o processo formativo, colaborativo e integrativo do sistema de saúde. Nestes processos, cada nível de SU desempenha um papel específico, mas sempre substantivo, na cadeia de resposta, reforçando-se assim a colaboração entre os vários níveis. É também fundamental que as VV se iniciem no local do evento ou da apresentação dos sintomas, isto é, que os sistemas hospitalar e extra-hospitalar garantam a continuidade e a integração de cuidados. Em termos de integração, será de relevar a vantagem de o sistema extra-hospitalar referir diretamente o doente para o local

de melhor resolução do problema, pólo da respetiva VV, eventualmente fazendo *by-pass* a outros SU. Os sistemas de telemetria poderão facilitar esta integração maximamente eficiente, através do envio dos dados do local do evento ao pólo da VV.

A Liderança

A escolha da pessoa para Director de SU é determinante para a qualidade do Serviço. Deverá ser uma escolha cuidada e refletida, já que a tarefa é determinante para todo o Hospital. O Director de um SU deverá ter:

- a) Qualidades administrativas, nomeadamente em termos de comunicação, gestão de conflito, negociação, gosto pelo trabalho em Equipa, gestão de discussão convergente, supervisão e cumprimento de obrigações reguladoras e fiduciárias;
- b) Qualidades humanas, nomeadamente compaixão, ética, respeitabilidade e fiabilidade;
- c) Qualidades clínicas reconhecidas pelos pares e exercidas diariamente.

O líder deve ser escolhido por ter a confiança e a credibilidade de Médicos e Enfermeiros, por ser inspirador como exemplo, por ser bom observador e bom ouvinte, por ser altruísta e promover a satisfação e motivação de todos, por ser capaz de gerir conflitos e de vencer a resistência à mudança, por ser capaz de marcar o comportamento e a cultura organizacional, por distinguir o importante do urgente e, finalmente, por ter resiliência para um trabalho em que todos os dias surgem novos problemas que exigem decisões sólidas e rápidas²⁰. Da mesma forma, será desejável que o Enfermeiro Chefe, para além das qualidades humanas intrínsecas à sua profissão, seja capaz de supervisionar os cuidados de enfermagem e coordenar, tecnicamente, a atividade de enfermagem, colaborando nos planos de acção e promovendo a utilização otimizada dos recursos humanos e materiais.

Em resumo, esta Comissão recomenda:

1. Melhoria da relação entre SU e Emergência Médica extra-hospitalar; entre SU e CSP e ainda entre SU e restantes serviços hospitalares. Esta melhoria deve ocorrer tendencialmente numa lógica de integração de processos;

2. Consolidação da continuidade de cuidados de saúde e do acesso do doente ao seu médico assistente e da resposta rápida dos CSP às situações de doença aguda não urgente.
3. Promoção da triagem telefónica (INEM e/ou Linha Saúde 24) como primeiro garante de adequação da procura de SU;
4. Manutenção de sistemas de triagem de prioridades no SU;
5. Reforço da implementação das VV (Coronária, AVC, Sépsis e Trauma);
6. Definição de um conjunto de *standards* de estrutura de SU, que promovam o bom funcionamento e a boa gestão de fluxos de doentes com características e necessidades diferentes, aproveitando ao máximo as potencialidades da triagem de prioridades, nomeadamente na alocação de recursos humanos e materiais aos grupos de doentes com diferentes níveis de prioridade de observação;
7. Promoção da implementação do modelo de “equipas dedicadas” nos SU;
8. Promoção da criação de centros de formação e titulação dos profissionais de saúde em matéria de Urgência;
9. Promoção de gestão e da governação clínica em toda a atividade de urgência;
10. Perceção da importância da escolha dos líderes de SU.
11. Implementação de um sistema nacional de monitorização da qualidade do SU, com um painel de indicadores, mecanismos de monitorização e divulgação de resultados e sua eventual utilização para *benchmarking*.

Referências

¹ Juran J. *Juran on quality by design*. New York. The Free Press; 1992

² O'Shea JS et al. *An attempt to influence health care visits of frequent hospital emergency facility users*. *Clin Pediatr* 1984; 23: 559-62

³ Chande VT et al. *Educational interventions to alter pediatric emergency department utilization pattern*. *Arch Ped Adolesc Medicine* 1996; 150: 525-8

⁴ Redelmeier DA et al. *A randomised trial of compassionate care for the homeless in an emergency department*. *Lancet* 1995; 345: 1131-4

⁵ Andren KG et al. *Heavy users of an emergency department: psycho-social and medical characteristics, other health care contacts and the effects of an hospital social worker intervention*. *Social Science & Medicine* 1985; 21: 761-70

- ⁶ Martin A et al. Innapropriate attendance at an accident and emergency by adults registered in local general practices: how it is related to their use of primary care? *J Health Serv & Reserach Policy* 2002; 7: 160-5
- ⁷ Kotagal UR et al. Relationship between early primary care and emergency department use in early infancy by the Medicaid population; *Arch Pediatr & Adolescent Med* 2002; 156: 710-6
- ⁸ Leydon GM et al. The cost of alternative models of care for primary care patients attending accidents and emergency departments: a systematic review. *J Acc & Emerg Med* 1998; 15: 77-8
- ⁹ Roberts E et al. Can primary care and community based models of emergency care substitute for the hospital A&E department. *Health Policy* 1998; 44: 191-214
- ¹⁰ Bolibar I et al. El Impacto de la reforma de la atencion primaria en la utilizacion de servicios de urgência hospitalarios. *Med Clin* 1996; 107: 287-95
- ¹¹ Coleman EA et al. Reducing emergency visits in older adults with chronic illness. A randomized controlled trial of group visits *Effective Clin Practice* 2001; 4: 49-57
- ¹² Kesby S. Nursing care and collaborative practice. *J Adv Nursing* 2002; 11: 357-66
- ¹³ Kosnik LK, Espinoza JA. Microsystems in health care: part 7. The microsystem as a platform for merging strategic planning and operations. *Jt Comm J Qual Saf* 2003; 29: 452-9
- ¹⁴ Kosnik LK. The new paradigm of crew resource management: just what is needed to re-engage the stalled collaborative movement. *Jt Comm J Qual Improv* 2002; 28: 253-41.
- ¹⁵ <http://www.uems.net/uploadedfiles/176.pdf>
- ¹⁶ Garcia-Barbero et al. Teaching critical care in Europe: analysis of a survey. *Crit Care Med* 1996; 24: 696-704).
- ¹⁷ Rund DA et al. Longitudinal study of emergency physicians by the American Board of Emergency Medicine. *Ann Emerg Med* 1997; 29: 617-20.
- ¹⁸ Rivers E et al. Critical and emergency medicine. *Curr Opin Crit Care* 2002; 8: 600-6.
- ¹⁹ Nguyen HB et al. Critical care in the emergency department: a physiologic assessment and outcome evaluation. *Acad Emerg Med* 2000; 7: 1354-61.
- ²⁰ LaSalle G. Leadership and the emergency department. *Emerg Med Clin North Am* 2004; 22:1-18

Capítulo 3: Rede Nacional de Serviços de Urgência - Níveis de Responsabilidade e Pontos da Rede

No âmbito do trabalho da CRRNEU, nomeadamente no redesenhar da Rede de Serviços de Emergência/Urgência, entende esta Comissão ser importante esclarecer e redefinir os conceitos de níveis de responsabilidade dos SU bem como parte da abrangência do atendimento não programado ao utente do SNS.

Devem pois considerar-se três níveis essenciais de SU, sendo eles:

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

O atendimento não programado de doença aguda ou agudizada não urgente é da responsabilidade dos CSP, que deverão desenvolver os serviços e a capacidade de resposta para satisfazer este objetivo.

Serviço de Urgência Polivalente (SUP):

É o nível mais diferenciado de resposta à situação de Urgência/Emergência.

A sua oferta deve responder a necessidades de procura, resultantes da demografia regional e às necessidades resultantes das redes de referência existentes.

Em termos de *ratio*, é recomendável e genericamente aceite que exista um SUP por cada 750.000 – 1.000.000 habitantes. Assim, é aceitável definir, para Portugal Continental, uma rede com cerca de 10 a 13 SUP.

Estes devem oferecer resposta de proximidade à população da sua área, nomeadamente assegurando resposta semelhante ao nível de responsabilidade de SUMC, devendo portanto, possuir todos os recursos referidos abaixo na definição desse nível de SU.

O que os diferencia é a sua resposta específica nas valências e nas respostas de Neurocirurgia, Imagiologia, com Angiografia Digital e RMN, Patologia Clínica com Toxicologia, Cirurgia Vasculuar, Pneumologia (com endoscopia), Via Verde da Sepsis, Via Verde do AVC, Via Verde do Trauma e Via Verde Coronária (com cardiologia de intervenção).

Idealmente, devem ainda assegurar a prestação de cuidados de saúde no âmbito das valências de Cirurgia Cardiorácica, Cirurgia Maxilo-facial, Cirurgia Plástica e Reconstructiva e Gastrenterologia (com endoscopia). No entanto, em grandes centros urbanos onde existe mais

do que um SUP é possível e até eventualmente recomendável, que estes cuidados possam ser assegurados por um único SU.

Os SUP devem ter uma VMER em gestão integrada, que participe na prestação de cuidados ao doente crítico do SU e que colabore no seu transporte.

Sem prejuízo do anteriormente referido, devem destacar-se, por necessidade de maior diferenciação, SUP dedicados ao doente politraumatizado, designados por **Centro de Trauma (CT)**. A estes CT cabe a responsabilidade do tratamento sistematizado e definitivo do doente politraumatizado grave. Baseado no objetivo de rentabilização de recursos já instalados ou a instalar, sistematização da atuação, formação e diferenciação das Equipas de saúde, a atribuição da designação de CT recairá sobre hospitais com SUP, bem como a sua distribuição geográfica deve obedecer a uma racionalização demográfica e acesso centrípeto a jusante de todas as unidades de saúde de uma região. Como valor indicativo deverão estes CT cobrir uma população entre os 750.000 e 1.000.000 de habitantes.

A estes CT serão referenciados os doentes a incluir na VVT seja a partir do extra-hospitalar, quando a abordagem for realizada por profissionais de saúde qualificados 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.

Os CT devem idealmente possuir ou, pelo menos, ter acesso fácil a heliporto.

Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC):

É o segundo nível de acolhimento das situações de urgência.

Deve existir em rede, localizando-se como forma primordial de apoio diferenciado à rede de SUB existentes a montante e satelizando SUP, para onde referencia situações específicas, definidas nas respetivas redes de referência.

Assumindo um *ratio* de 1 SUP para cada 750.000 - 1.000.000 de habitantes (10 a 13 SUP), dever-se-á agora assumir um *ratio* de 2-3 SUMC por cada SUP, dependendo da densidade demográfica e das distâncias a percorrer, o que dará um valor compreendido entre os valores mínimo de 20 e máximo de 39 SUMC em Portugal Continental.

Como valor indicativo, a valorizar nos diferentes contextos, este serviço deve distar mais de 60 minutos de outro SU de nível médico-cirúrgico ou polivalente. É, contudo, admissível a existência de mais de um SUMC num raio de demora inferior ao citado nos casos em que a população abrangida por cada hospital seja superior a 200.000 habitantes.

Ainda como valor indicativo, a distribuição nacional de SUMC e SUP deverá tendencialmente garantir uma distância tempo de, no máximo, 60 minutos entre qualquer local do território nacional e um destes serviços. Nas poucas áreas de reduzida demografia e casuística em que este objetivo seja, eventualmente, inexecutável no curto-médio prazo, ou absolutamente desaconselhável do ponto de vista técnico pela sua relação custo-benefício e pelo seu elevado custo de oportunidade, deverão ser garantidas condições de avaliação, estabilização e transporte do doente através de serviços de urgência básica e da garantia de capacidade de resposta dos meios de emergência extra-hospitalar.

Deve dispor dos seguintes recursos:

Humanos — Equipas de Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica e outros profissionais de saúde de dimensão e especialização adequada e necessários ao atendimento da população da respetiva 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, Anestesiologia, Bloco Operatório (24 horas), Imagiologia (radiologia convencional, ecografia simples, TAC), Patologia Clínica (devendo assegurar todos os exames básicos, 24 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) deve fazer-se de acordo com o definido nas respetivas redes de referênciação.

Nos locais onde exista mais de um SU com as referidas especialidades, deve ser ponderado, à exceção da Medicina Intensiva, assegurar o atendimento urgente com recurso à rentabilização e centralização de recursos humanos num número menor de SU, valorizando os de maior nível de responsabilidade.

Os SUMC devem ter uma VMER em gestão integrada que participe na prestação de cuidados ao doente crítico do SU e que colabore no seu transporte.

Serviço de Urgência Básico (SUB):

É o primeiro nível de acolhimento a situações de urgência.

Constitui um nível de abordagem e resolução das situações mais simples e mais comuns de urgência, constituindo-se ainda como um nível de estabilização inicial de situações urgentes/emergentes de maior complexidade, quando as mesmas não possam ser diretamente encaminhadas para um nível de cuidados mais diferenciado. Tal deverá apenas acontecer quando o Sistema de Emergência Médica Pré-hospitalar não tenha condições para assegurar, com qualidade e segurança, o transporte direto para um nível de responsabilidade

de serviço de urgência 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, erradamente, directamente ao SUB mais próximo.

Como valor indicativo, os SUB devem existir onde exista população em número considerável e, simultaneamente, o seu acesso a um nível de SU superior (SUMC ou SUP) não esteja assegurado em menos de 60 minutos. Devem-se, no entanto, manter os SUB, cujo encerramento provocasse irresolúveis problemas de resposta no ponto da Rede de Urgência mais próximo.

O SUB permite o atendimento das situações urgentes com maior proximidade das populações, dispondo dos seguintes recursos mínimos:

Humanos — dois Médicos em presença física, dois Enfermeiros, Técnico(s) de Diagnóstico e Terapêutica de áreas profissionais adequadas, de acordo com a diversidade dos exames a efetuar, um Auxiliar de Ação Médica e um Administrativo, por Equipa. A presença mínima de dois Médicos e/ou dois Enfermeiros decorre da eventual necessidade de assegurar um transporte de doente urgente/emergente, seja este um transporte primário ou um transporte secundário;

De equipamento — material para assegurar a via aérea, oximetria de pulso, monitor com desfibrilhador automático e marca passo externo, eletrocardiógrafo, 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.

Tendencialmente, todos os SUB devem ter uma SIV em gestão integrada, cujo elemento de enfermagem participe na prestação de cuidados e colabore no transporte de doentes críticos.

Salientam-se também, sem prejuízo do anteriormente referido, dois tipos de centros específicos:

Centros de ECMO (Oxigenação por Membrana Extracorporal). Estes centros serão capazes de realizar esta técnica, com resposta em menos de 12 horas. Como valor indicativo, estes centros deverão servir uma população de 5 a 7 milhões de habitantes e estar sedeados em Hospitais com SUP e com Serviços de Medicina Intensiva e Serviço de Cirurgia Cardiorácica. Admite-se a existência de centros de “ECMO Cardíaco” em Hospitais com Programa de Transplante Cardíaco Ativo.

Centros de Medicina Hiperbárica: Estes centros deverão ser capazes de iniciar de forma imediata o tratamento com oxigenoterapia hiperbárica, com resposta urgente e estar sedeados em hospitais com SUP ou SUMC e com Serviço de Medicina Intensiva.

Segue-se lista de pontos de Rede de SU e sua classificação por níveis de responsabilidade:

Nível de Responsabilidade dos SU

Serviço de Urgência	Classificação Despacho nº 5414/2008	Classificação Real	Classificação proposta
Amarante – CH Tâmega e Sousa	SUB com act. cirúrgica	SUB c/ act cx	SUB
Arouca	SUB	SUB	SUB
Barcelos	SUB com act. cirúrgica	SUB c/ act cx	SUB
Braga	SUP	SUP	SUP e CT
Bragança – ULS Nordeste	SUMC	SUMC	SUMC
Chaves - CHTMAD	SUMC	SUB	SUB c/ atend. ped.
Centro Hospitalar do Porto - HSA	SUP	SUP	SUP e CT
Cinfães	SUB	SUB	SUB
Fafe – CH Alto Ave	SUB	SUB	Não ponto rede SU
Famalicão – CH Médio Ave	SUMC	SUMC	SUMC
Feira – CH Entre Douro e Vouga	SUMC	SUMC	SUMC
Foz Côa	SUB	SUB	SUB
Gaia – CHVN Gaia/Espinho	SUP	SUMC	SUMC
Guimarães – CH Alto Ave	SUMC	SUMC	SUMC
Hospital São João – CH São João	SUP	SUP	SUP e CT
Lamego – CHTMAD	SUB com act. cirúrgica	SUB c/ act cx	SUB
Macedo de Cavaleiros – ULS Nordeste	SUB	SUB	Não ponto rede SU
Matosinhos – ULS Matosinhos	SUMC	SUMC	SUMC
Mirandela – ULS Nordeste	SUMC	SUMC	SUB
Mogadouro	SUB	SUB	SUB
Moimenta da Beira	SUB	SUB	SUB

Nível de Responsabilidade dos SU

Serviço de Urgência	Classificação Despacho nº 5414/2008	Classificação Real	Classificação proposta
Monção	SUB	SUB	SUB
Montalegre	SUB	SUB	SUB
Oliveira de Azeméis – CHEDV	SUB	SUB	Não ponto rede SU
Ponte de Lima – ULS Alto Minho	SUB	SUB	SUB
Póvoa do Varzim – CHPV/VC	SUMC	SUMC	SUB c/ atend. ped.
Santo Tirso – CH Médio Ave	SUB	SUB	Não ponto rede SU
Vale do Sousa – CH Tâmega e Sousa	SUMC	SUMC	SUMC
Valongo – CH São João	SUB	SUB	Não ponto rede SU
Viana do Castelo – ULS Alto Minho	SUMC	SUMC	SUMC
Vila Real – CHTMAD	SUP	SUMC	SUP e CT
Águeda – CH Baixo Vouga	SUB com act. cirúrgica	SUB c/ act cx	SUB
Arganil	SUB	SUB	SUB
Aveiro – CH Baixo Vouga	SUMC	SUMC	SUMC
Castelo Branco – ULS Castelo Branco	SUMC	SUMC	SUMC
CHUC-Covões	SUP	SUP	SUMC
CHUC-HUC	SUP	SUP	SUP e CT
Covilhã – CH Cova da Beira	SUMC	SUMC	SUMC
Figueira da Foz	SUMC	SUMC	SUB c/ atend. ped.
Guarda – ULS Guarda	SUMC	SUMC	SUMC
Idanha-a-Nova	SUB	Não é SU	Não ponto rede SU
Leiria – CH Leiria-Pombal	SUMC	SUMC	SUMC

Nível de Responsabilidade dos SU

Serviço de Urgência	Classificação Despacho nº 5414/2008	Classificação Real	Classificação proposta
Pombal – CH Leiria-Pombal	SUB	SUB	SUB
Seia	SUB	SUB	SUB
Sertã	SUB	Não é SU	SUB
S. Pedro do Sul	SUB	SUB	SUB
Tondela – CH Tondela-Viseu	SUB	SUB	SUB
Viseu – CH Tondela-Viseu	SUP	SUMC	SUP e CT
Abrantes – CH Médio Tejo	SUMC	SUMC	SUMC
Aigualva-Cacém	SUB	Não é SU	Não ponto rede SU
Albufeira	SUB	SUB	SUB
Alcácer do Sal	SUB	SUB	SUB
Alcobaça – CH Oeste Norte	SUB	SUB	SUB
Almada	SUP	SUMC	SUMC
Amadora-Sintra	SUMC	SUMC	SUMC
Barreiro – CH Barreiro Montijo	SUMC	SUMC	SUMC
Beja – ULS Baixo Alentejo	SUMC	SUMC	SUMC
Caldas da Rainha – CH Oeste Norte	SUMC	SUMC	SUMC
Cascais	SUMC	SUMC	SUMC
Castro Verde	SUB	SUB	SUB
Coruche	SUB	Não é SU	SUB
Elvas – ULS Norte Alentejano	SUB com act. cirúrgica	SUB c/ act. cx	SUB
Estremoz	SUB	Não é SU	Não ponto rede SU

Nível de Responsabilidade dos SU

Serviço de Urgência	Classificação Despacho nº 5414/2008	Classificação Real	Classificação proposta
Évora	SUP	SUMC	SUMC
Faro	SUP	SUMC	SUP e CT
Lagos – CH Barlavento Algarvio	SUB	SUB	Não ponto rede SU
CH Lisboa Central	SUP	SUP	SUP e CT
CH Lisboa Norte – H St Maria	SUP	SUP	SUP e CT
CH Lisboa Ocidental	SUP	SUP	SUP e CT
Hospital Curry Cabral	SUMC	Não é SU	Não ponto rede SU
Litoral Alentejano–Santiago Cacém	SUMC	SUMC	SUMC
Loulé	SUB	SUB	Não ponto rede SU
Loures	SUB	SUB	SUMC
Montemor-o-Novo	SUB	SUB	Não ponto rede SU
Montijo – CH Barreiro Montijo	SUB	SUB	Não ponto rede SU
Moura	SUB	SUB	SUB
Odemira	SUB	SUB	SUB
Peniche – CH Oeste Norte	SUB	SUB	Não ponto rede SU
Portalegre – ULS Norte Alentejano	SUMC	SUMC	SUMC
Ponte de Sôr	SUB	SUB	SUB
Portimão – CH Barlavento Algarvio	SUMC	SUMC	SUMC
Santarém	SUMC	SUMC	SUMC
Serpa – ULS Baixo Alentejo	SUB	SUB	Não ponto rede SU
Setúbal – CH Setúbal	SUMC	SUMC	SUMC

Nível de Responsabilidade dos SU

Serviço de Urgência	Classificação Despacho nº 5414/2008	Classificação Real	Classificação proposta
Tomar – CH Médio Tejo	SUB	SUB	Não ponto rede SU
Torres Novas – CH Médio Tejo	SUB	SUB	SUB c/ atend. ped.
Torres Vedras – CH Torres Vedras	SUMC	SUMC	SUB
Vila Franca de Xira	SUMC	SUMC	SUMC
Vila Real de St. António	SUB	SUB	SUB

Comparando o determinado no Despacho de 2008, a avaliação da situação atual realizada localmente pela Comissão e a nossa proposta, podemos resumir a situação no quadro seguinte:

	Conforme Despacho 2008				Conforme avaliação atual				Proposta da Comissão			
	Norte	Centro	Sul	Total	Norte	Centro	Sul	Total	Norte	Centro	Sul	Total
SUP	5	3	6	14	3	2	3	8	4	2	4	10
SUMC	10	6	14	30	11	7	16	34	8	6	15	29
SUB	16	8	21	45	17	6	18	41	14	8	12	34
TOTAL	31	17	41	89	31	15	37	83	26	16	31	73

A avaliação realizada mostra que não se constituíram os SUP que era determinado existirem no *Despacho 5414/2008* e que alguns dos SUB não estão implementados. Apenas a ARS-Norte e a ARS-Algarve têm todos os Pontos de Rede ativos. De um total de 89 Pontos de Rede previstos, apenas 83 estão ativos como SU.

A nossa proposta prevê um aumento dos SUP realmente existentes, construindo um rácio de SUP e CT por população adequado, e parece mais realista do que a proposta anterior. Cremos, ser fundamental apoiar o desenvolvimento para SUP dos SU de Vila Real, Viseu e Faro, sendo para isso determinante a constituição de valência de Neurocirurgia de Urgência nesses pólos. Não nos parece realista considerar possível a curto prazo a constituição de mais de 10 SUP e

CT. O estabelecimento destes três SUP adicionais, igualmente CT e pólos de VV, permitirá reduzir a sobrecarga dos Centros de Lisboa, Porto e Coimbra, passando Vila Real a assumir-se como pólo de tratamento definitivo dos doentes urgentes de Trás-os-Montes, Viseu das Beiras Alta e Baixa, Faro do Algarve e do Baixo Alentejo (ver capítulo de Rede de Referência). Desta forma, em Lisboa, Porto e Coimbra serão suficientes três, dois e um SUP, respetivamente. Parece-nos ainda que um eventual desenvolvimento, a médio-prazo, do SU de Leiria, poderá ainda levar a uma redução ulterior da oferta em Coimbra e Lisboa, nomeadamente ponderando a redução do nível do SU do CHUC-Covões para SUB e levando a referência para Norte dos SU do Médio-Tejo. Sugere-se que o estabelecimento do SU Viseu como SUP, que deverá acontecer a curto prazo, leve a uma reponderação da situação do SU CHUC-Covões.

Relativamente aos SU do Grande Porto, a necessidade do SU do Hospital de São João absorver a resposta urgente dada atualmente pelo SU Valongo, deve levar a uma repartição das freguesias do Porto pelos dois SUP. Assim, os moradores de Paranhos e Campanhã serão avaliados em situação de urgência pelo SU HS João e todas as outras freguesias da cidade, nomeadamente a totalidade da freguesia de Bonfim, será avaliada no SU do H St. António. Os SU do H St António e do Hospital Gaia devem desenvolver em comum a organização da resposta polivalente à área Sul do Douro (Feira, Arouca) da ARS Norte, numa estratégia concertada. Como exemplo, esta Comissão propõe que o SU Gaia, embora nesta altura classificado como SUMC, seja o pólo da VVC, uma vez que o Hospital possui boa resposta local e Serviço de Cirurgia Cardiorácica. Na sequência desta cooperação crescente entre o Hospital de Santo António e o Hospital de Gaia, será de se proceder, em momento ulterior à reavaliação da situação no contexto desses interlocutores, considerando condicionalismos e realidades pertinentes.

Igual desenvolvimento de estratégia concertada e reponderação de níveis de responsabilidade é por nós proposta para os SU de CHLO-HSFX e H. Garcia da Orta-Almada, na área da Grande Lisboa.

Relativamente ao encerramento de alguns SUB, pensa esta Comissão que ele poderá ser realizado de forma faseada, por exemplo, inicialmente apenas no período noturno, e que só poderá ser realizado após constituição de capacidade de resposta tanto ao nível dos CSP, de forma a garantir atendimento rápido de situações agudas não urgentes, como ao nível do SU mais próximo, assegurando cuidados para as situações realmente urgentes. A capacidade de resposta rápida a situações agudas não urgentes por parte dos CSP é absolutamente fundamental, conforme explicitado no capítulo “Organização, Gestão e Recursos”.

A nossa proposta extingue também o nível “SUB com atividade cirúrgica” que, no fundo, era uma definição que continha um paradoxo, já que os SUB são por definição SU em que não existe capacidade cirúrgica.

Salientamos, igualmente, que os SUMC não deverão, salvo por razões específicas e relevantes, ter especialidades definidoras do estatuto de SUP e que julgamos ser de incentivar o esforço

de concentração de urgências de determinadas valências de uma determinada região em estruturas tipo “Urgências Metropolitanas” ou “Urgências Regionais”.

Estudo realizado por equipa coordenado pela Prof^a Dr^a Paula Santana (Universidade de Coimbra) e que integrou o Prof^o Dr. António Rodrigues (Universidade Nova de Lisboa) e a Mestre Cláudia Costa (Universidade de Coimbra), demonstra que com o desenho de Pontos de Rede formulado na nossa proposta, 99,9% da população portuguesa continental ficará a distar menos de 60 minutos de um SU e 94,9% distará menos de 30 minutos.

Mesmo considerando apenas os SUMC e SUP, isto é, excluindo os SU sem capacidade cirúrgica, 98,4% da população ficará a distar menos de 60 minutos de um destes Pontos da Rede de Urgência e 99,9% distará menos de 90 minutos (ver anexo).

Em resumo, são recomendações gerais:

- Progressiva colocação de ambulância SIV em cada SUB, com Equipa integrada;
- Desenvolvimento de resposta não programada dos CSP nomeadamente nos locais onde há encerramento de SUB;
- Integração de VMER nos SUMC e SUP;
- Clarificação das valências e recursos necessários, por nível de SU;
- Não prever especialidades cirúrgicas de urgência em SUB;
- Os SUB devem articular-se com o Hospital SUMC/SUP da área;
- Os SUMC não deverão, salvo por razões específicas e relevantes, ter especialidades definidoras do estatuto de SUP;
- Crescente investimento em Urgências metropolitanas como forma de rentabilizar recursos;
- São SUP e, simultaneamente, CT: Hospital de S. João, Sto. António, Braga, Vila Real, Viseu, Hospitais da Universidade de Coimbra, Sta. Maria-CHLN, S. José-CHLC, S. Francisco Xavier-CHLO, Faro;
- São Centros ECMO: Hospital de S. João e Hospital de Sta. Maria-CHLN;
- São Centros de Medicina Hiperbárica: Hospital Pedro Hispano e Hospital da Marinha em Lisboa, este apenas para doentes não críticos;
- Rede de Urgências com menos pontos de Rede mas com melhor cobertura da população, considerando os tempos alvo de trajeto previstos até ao SU mais próximo.

Capítulo 4: Rede de Referenciação - Conceitos e Propostas

A organização da Rede de Urgências implica, entre outros aspetos, a consideração dos Pontos de Rede (SU – número e diferenciação técnica), a acessibilidade até esses SU (articulação com a emergência extra-hospitalar e os CSP) e o encaminhamento previsto dos doentes ao longo da rede (entre os Pontos de Rede, segundo a lógica do envio para o local mais adequado e com o acompanhamento técnico indicado). Assim, conclui-se que para além da determinação do número de SU, é fundamental organizar orientações para o envio do doente para o destino indicado (face às suas patologias e necessidades) e valorizar a capacidade e diferenciação dos meios de transporte secundário (inter-unidades de saúde). Esta metodologia de trabalho implica o transporte para o local mais adequado - não necessariamente o mais próximo - e o respeito por normas de boa prática no transporte de doentes.

Resulta daqui o reconhecimento da importância do INEM e dos Sistemas de Coordenação Locais e Regionais 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.

Neste contexto, entende-se como Rede de Referenciação, o sistema através do qual se organizam as relações de complementaridade, hierarquização e de apoio técnico entre as Instituições, sustentado num sistema integrado de informação e articulação inter-institucional. Desta forma, garante-se a acessibilidade dos doentes às unidades de saúde, numa lógica integrada e com a máxima rentabilização da capacidade instalada, para a prestação de cuidados de saúde apropriados.

Assim, são objetivos da Rede de Referenciação:

- 1) Garantir a acessibilidade aos diferentes Pontos de Rede, nos tempos de trajeto indicativos e objetivos alvo definidos para o efeito;
- 2) Encaminhar o doente para o Ponto de Rede mais próximo e adequado à sua situação clínica (não necessariamente o de maior proximidade);
- 3) Assegurar o bom funcionamento das VV existentes (Coronária, Acidente Vascular Cerebral, Sépsis e Trauma);

- 4) Promover a concentração de recursos humanos e tecnológicos, numa lógica de trabalho integrado em cada região;
- 5) Sistematizar e planejar a capacidade de acompanhamento e transporte pré e inter-unidades de saúde;
- 6) Diminuir o número de transportes secundários que não implicam benefício para o doente;
- 7) Promover que o tempo entre o início da doença, o tratamento definitivo e o regresso à vida ativa, seja o mais curto possível.

Para a prossecução destes objetivos, impõe-se a atualização da Rede de Referência hospitalar existente, tendo em conta a evolução da rede, as novas acessibilidades, a criação e a reclassificação dos níveis de diferenciação técnica dos SU. A presente proposta sistematiza a Rede de Referência relativa à Urgência Geral. A Rede de Referência Pediátrica está expressa em capítulo específico.

São princípios a atender na elaboração da proposta de Rede de Referência:

- 1) Identificação do local para a Referência Primária (entende-se como Referência Primária, o encaminhamento para o local mais próximo da Rede de Urgências);
- 2) Identificação do local para a Referência Secundária (entende-se como Referência Secundária, o encaminhamento para uma Instituição hospitalar mais diferenciada);
- 3) Identificação do local de Referência por Especialidade, para SUP ou SUMC que possuam as valências e logísticas necessárias;
- 4) Identificação do local de Referência por Via Verde, para os pólos de cada uma das VV, isto é, para os Centros que possuam capacidade de tratamento definitivo, em cada região;
- 5) O fator determinante para a referência correta, tanto no contexto das Redes definidas para as situações eletivas como para a Urgência/Emergência Médica, é a existência de valências médicas e cirúrgicas específicas (a localização das especialidades médicas e as unidades especializadas – cuidados intensivos

polivalentes ou dedicados a determinadas patologias, por exemplo, cardíacas, queimados, ou outras) e/ou a capacidade de execução de procedimentos ou técnicas com impacto direto no resultado (cateterismo cardíaco, etc.);

- 6) Na planificação e organização dos meios de resposta, devem ser previstos mais Pontos de Rede para as situações eletivas e a concentração de meios no que se concerne à Urgência/Emergência Médica. Enquanto a resposta programada às populações para as situações eletivas exige uma base alargada de oferta mais próxima do utente, no caso da Urgência/Emergência Médica a resposta junto do utente é essencialmente pré-hospitalar, devendo o mesmo ser rapidamente encaminhado para centro de abordagem e tratamento qualificado, com concentração de recursos, casuística e experiência;
- 7) Planificação do transporte primário para Hospitais com SUMC e/ou SUP, ou transferência direta de SUB para o local de Referência de Especialidade, se a situação clínica assim o indicar (dão-se como exemplos, as patologias enquadradas nas VV, podendo ser admissível o encaminhamento do doente diretamente para o Centro mais adequado, sem passagem prévia por outro nível assistencial);
- 8) Referência a Pontos de Rede de melhor acessibilidade, nem sempre os mais próximos em distância, mas com menores tempos de trajeto (considerando a rede viária instalada). Pelo descrito, é fundamental investir na triagem precoce e eficaz das situações, na referência célere segundo normas previamente definidas, com acompanhamento técnico qualificado nesta sequência de eventos. Compreendido este conceito, é defensável que haja lugar ao envio direto de doentes graves para centros mais especializados, com *by-pass* ao local de atendimento mais próximo, mesmo que eventualmente este seja um SU (embora menos diferenciado). Nesse trajeto há que garantir a segurança no socorro inicial e no transporte até ao destino mais apropriado, pelo que é fundamental o reforço da qualificação da emergência extra-hospitalar;
- 9) No que se refere à Urgência e Emergência Médica, não se trata de uma Rede de Referência “Hospitalar”. Existe o envolvimento da emergência extra-hospitalar bem como se encontra prevista a existência de SUB em alguns Centros de Saúde. Pelo descrito, a “Rede Nacional de Referência de Urgência/Emergência Médica” ultrapassa o conceito hospitalar não devendo a sua designação induzir em erro ou limitar o âmbito do conceito verdadeiramente em causa;

- 10) Referenciação centrípeta, como regra geral, a adaptar às circunstâncias locais, aproximando o doente dos Hospitais com SUP, de modo a evitar transportes "contra-corrente", no que respeita ao sentido de encaminhamento mais frequente e natural dos doentes. Assim, no encaminhamento secundário, da primeira unidade de saúde até ao destino posterior, tecnicamente mais diferenciado, não deve haver lugar à necessidade de realizar trajeto rodoviário inverso ao preconizado para o encaminhamento primário, isto é, do local da ocorrência até à unidade de primeira observação;
- 11) Reconhecendo que o vértice da pirâmide da resposta em situação de emergência é o Hospital com SUP, que efetivamente representa o fim de linha para o encaminhamento do doente mais grave, é lógico e defensável valorizar as áreas de influência naturais de cada Hospital Polivalente como unidades de gestão integradas relativamente à Urgência/Emergência Médica onde os diversos intervenientes têm de articular esforços. Pelo descrito, o Hospital Polivalente deve participar ativamente na coordenação funcional entre as unidades Médico-Cirúrgicas e Básicas na sua área de influência.

Assim, é óbvio que a Rede de Referenciação constitui um instrumento essencial para a melhor 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.

Conhecidos estes dados, existirá capacidade de resposta do sistema de socorro em todos os possíveis cenários:

- 1) Ao doente que pretende saber para onde se deve dirigir;
- 2) Ao *Call Center* Saúde 24 e Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) e INEM que necessitam de encaminhar o doente para o local mais adequado;
- 3) À Equipa Médica no SUB que necessita de saber qual o destino a dar aos doentes que tem para transferir;
- 4) Aos Hospitais Polivalentes e Médico-Cirúrgicos que conhecerão exatamente quais as suas áreas de influência e populações abrangidas (e, subseqüentemente, conhecerão a sua área de responsabilidade institucional), bem como à localização

de valências e logísticas mais diferenciadas para de forma organizada e em tempo útil enviar os seus doentes mais graves.

De acordo com estes pressupostos, apresenta-se abaixo a proposta de referência relativa aos diferentes Concelhos e Freguesias de Portugal Continental, considerando os Pontos de Rede (SU) agora recomendados.

A Rede está construída e apresentada em termos de referência genérica por níveis de responsabilidade e também em termos dos quatro processos patológicos que se constituíram em VV. Os meios de emergência extra-hospitalar, existentes e/ou a implementar, devem assegurar, no modelo de Equipas integradas em SU, os transportes inter-hospitalares de doentes das VV.

Relativamente à VVC (Documento orientador das VV do Enfarte do Miocárdio e do AVC - <http://www.acs.min-saude.pt/files/2008/01/documento-orientador-das-vias-verdes-de-eam-e-de-avc-dezembro-2007-25-01-2007.pdf>), definem-se como pólos de Rede os Centros que tenham capacidade de intervenção coronária percutânea primária permanente. Para a decisão dos pólos, tomou-se ainda em conta a existência no mesmo Hospital ou Centro Hospitalar de Serviço de Cirurgia Cardiorácica. A capacidade de realização desta intervenção, em regime de urgência, deve ser centralizada nos seguintes Hospitais: Hospital de Braga, Hospital de Vila Real, Hospital de São João, Hospital de Gaia (servindo a área de referência do Centro Hospitalar do Porto e do Hospital de Gaia), HUC, Hospital de Viseu, Hospital de Leiria, Hospital de Santa Maria (CHLN), Hospital de Santa Marta (CHLC), Centro Hospitalar Lisboa Ocidental (servindo a Rede de Referência do CHLO-H.S. Francisco Xavier e do Hospital de Almada), Hospital de Évora e Hospital de Faro.

Os SUB e SUMC que não são pólos de VVC e os meios INEM deverão transmitir dados clínicos e ECG ao pólo de VVC mais próximo de forma a se determinar qual a melhor estratégia de referência, sendo que sempre que possível o doente com enfarte agudo miocárdio com supra de ST ou bloqueio de ramo esquerdo de novo deverá ser transportado para o pólo da VVC mais próximo, eventualmente com by pass de outros SU.

A definição dos pólos de VVC acima referidos é determinante para efeitos de referência, mas não impede o funcionamento de outros Serviços de Hemodinâmica/Cateterismo Cardíaco, no período diurno.

Deve, igualmente, ser garantida a capacidade de iniciar a realização de fibrinólise, tanto no extra-hospitalar como em qualquer SU em casos em que o transporte para o pólo VVC não possa ser realizado na janela temporal de benefício, e sob indicação do referido pólo.

Relativamente à VVAVC (*Direcção-Geral da Saúde. “Acidente Vascular Cerebral. Itinerários clínicos.”. LIDEL - edições técnicas, Lisboa, 2010*) (<http://www.acs.min-saude.pt/files/2008/01/documento-orientador-das-vias-verdes-de-eam-e-de-avc-dezembro-2007-25-01-2007.pdf>), todos os SUMC e SUP deverão ter a capacidade para diagnóstico clínico e imagiológico de AVC agudo, bem como de efetuar o tratamento trombolítico, nos casos com indicação. Deverá, 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. A complexidade e a exigência técnica desta abordagem bem como os casos atualmente selecionados para a sua realização recomendam uma rigorosa definição da sua localização e Rede de Referência.

Relativamente à VVS (Circular Normativa da DGS nº1/DQS/DQCO de 06/01/2010), são definidos dois níveis de responsabilidade:

Nível 1: SU **SEM** Cuidados Intensivos (SUB e SUMC de Hospitais que não possuam Unidades de Cuidados Intensivos)

Nível 2: SU **COM** Cuidados Intensivos (SUMC que possuam Unidades de Cuidados Intensivos e SUP).

Como Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) entende-se unidade de monitorização e tratamento intensivo com rácio Enfermeiro/Doente de, pelo menos, 1 para 2 e com Médico dedicado em presença física 24 horas por dia e com, pelo menos um Intensivista, no seu quadro.

Os SU de ambos os níveis devem cumprir o seu papel na Rede, em termos de VVS, garantindo-se o transporte inter-hospitalar dos casos com indicação ou o *by-pass* de Centros de Nível 1, sempre que o transporte pré-hospitalar for realizado por VMER e a situação o justificar.

Relativamente à VVT (*Circular Normativa nº 7/DQS/DQCO de 31 de Março de 2010*), todos os níveis de SU da Rede devem assumir responsabilidades na abordagem e tratamento dos doentes traumatizados. Os SUP definidos neste relatório devem constituir-se como CT de adultos e, como tal, pólos desta Rede de Referência. São eles: Braga, Vila Real, S. João, Sto. António, Viseu, Hospitais da Universidade de Coimbra, Sta. Maria, S. José, S. Francisco Xavier e Faro. 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. A estes CT serão referenciados os doentes a incluir na VVT, seja a partir do extra-hospitalar, quando a abordagem for por profissionais de saúde qualificados e determinem a estabilização do doente, recorrendo ao curto-circuito 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. Os Centros de Trauma Pediátricos (CTP) estão referidos no capítulo de Rede de Referência Pediátrica.

Para referência de **doentes adultos queimados graves**, e após avaliação e estabilização em SU, idealmente CT, identificam-se quatro Centros nacionais, nomeadamente: Hospital de São João, Hospitais da Universidade de Coimbra, Hospital de Santa Maria e Hospital São José. De acordo com dados recentes, as necessidades atuais de camas para doentes adultos queimados críticos, nomeadamente com ventilação e monitorização invasiva seriam de 15 a 20. A elevada complexidade e especificidade dos recursos necessários e a necessidade de uma casuística mínima para garantir experiência e qualidade recomenda que essas camas se concentrem em não mais de quatro Centros nacionais.

É também de referir a Rede de Referência para **Centros de ECMO**, que deverão estar localizados no Hospital de São João e no Hospital de Santa Maria, sendo este o número ideal para as necessidades nacionais e para a aquisição de experiência casuística e creditação internacional. Os Hospitais da ARS-Norte e da ARS-Centro e das regiões autónomas da Madeira e dos Açores devem ser referidos, primariamente, para o Hospital de São João e os restantes para o Hospital de Santa Maria.

O **Centro de Medicina Hiperbárica** continental localiza-se no Hospital Pedro Hispano. O Hospital da Marinha, em Lisboa, possui também duas câmaras hiperbáricas que poderão ser utilizadas para doentes não críticos mas urgentes.

Para a devida operacionalização do proposto, é importante o conhecimento do terreno detido e o empenho efetivo das ARS e dos CODU do INEM na gestão e operacionalização da Rede de Referência em cada região. Uma vez definida a Rede Nacional de Referência de Urgência /Emergência Médica, esta deverá ser adotada e implementada uniformemente por todas as entidades intervenientes. Defende-se que a mensagem a ser divulgada ao público pelo Ministério da Saúde, o aconselhamento da Linha Saúde 24, o encaminhamento do CODU do INEM, as redes locais implementadas pelas ARS, e outras, devem todas obedecer à mesma lógica para existir coordenação de esforços e coerência no sistema de triagem, encaminhamento e tratamento de doentes graves.

Assumida uma solução para a Rede Nacional de Referência de Urgência/Emergência Médica, será útil e necessário proceder com o seguinte, o que realça a importância do envolvimento das ARS:

- 1) Negociação de acordos locais entre unidades de forma a rentabilizar recursos e melhor responder aos utentes. Por exemplo, a possibilidade de, nas grandes cidades, centralizar especialidades de urgência durante o período noturno;
- 2) Clarificação de formas de colaboração entre Unidades de Saúde numa determinada área regional, por área de influência de Hospital Polivalente, assumindo acordos escritos na forma de Cartas de Referência locais, onde se determinam normas e procedimentos em vigor. Isto é importante porque as regras e recomendações devem ser claras e estarem disponíveis para todos os intervenientes na cadeia de socorro e, embora os princípios em causa possam ser transversais a diversas regiões, as soluções concretas podem variar em função das realidades locais;
- 3) Exercício de auditoria, regulação e desenvolvimento estratégico.

Compreendidos os conceitos e propostas em causa, conclui-se que o fator mais determinante para o sucesso deste esforço organizativo será a capacidade de mobilização de recursos humanos em função das necessidades efetivas do doente e do bom funcionamento da Rede de Urgências. Presentemente, existem avanços nesta matéria decorrentes da possibilidade de

melhor gerir recursos no contexto de recentemente criados Centros Hospitalares e, com margem de melhoria e maior incremento, através de acordos inter-institucionais. Devem ser equacionados mecanismos para, no interesse público, mandar a possibilidade de rentabilização de recursos humanos numa determinada região, dotando as ARS de mecanismos legais que possibilitem a mobilização de recursos humanos, em horário completo ou apenas no que se refere ao período de prestação de serviço urgente, entre unidades de saúde.

Em conclusão, a Rede de Referenciação constitui um conceito de gestão e, simultaneamente, um instrumento prático de gestão clínica. Trata-se de uma solução que implica a definição de circuitos de encaminhamento de doentes, articulação de entidades, rentabilização de recursos, tudo segundo metodologia de trabalho conducente à melhor gestão de risco clínico possível com os meios disponíveis. Mais, ao promover a melhor organização presente, contribui para a identificação das melhores opções para o futuro. Esta abordagem é fundamental em qualquer cenário, mas muito especialmente no contexto da atual necessidade de otimizar a rentabilização dos recursos e minimizar o desperdício, mantendo a melhor resposta possível ao doente.

Quadro: Proposta de Rede de Referenciação

ZONA	SU - Local	CLASSIFICAÇÃO	SU a Montante
Norte	Bragança	SUMC Pólo de VVS Pólo de VVAVC	Bragança, Mogadouro, Mirandela
Norte	Vila Real	SUP Centro de Trauma Pólo de VVC Pólo de VVT	Vila Real, Mogadouro, Mirandela, Bragança, Chaves, Moimenta da Beira, Lamego, Montalegre,
		Pólo de VVS Pólo de VVAVC	Vila Real, Chaves, Moimenta da Beira, Lamego, Montalegre
Norte	Viana do Castelo	SUMC Pólo VVAVC Pólo VVS	Viana do Castelo, Monção, Ponte de Lima

ZONA	SU - Local	CLASSIFICAÇÃO	SU a Montante
Norte	Braga	SUP Centro de Trauma Pólo VVT Pólo VVC	Braga, Viana do Castelo, Monção, Ponte de Lima, Barcelos, Famalicão, Guimarães
		Pólo VVS Pólo VVAVC	Braga, Barcelos, Famalicão
Norte	Guimarães	SUMC Pólo VVS Pólo VVAVC	Guimarães
Norte	Vale do Sousa	SUMC Pólo VVS Pólo AVC	Vale do Sousa, Amarante, Cinfães
Norte	Matosinhos	SUMC Centro de Med. Hiperbárica Pólo VVS Pólo AVC	Matosinhos, Póvoa do Varzim
Norte	CHP (St. António)	SUP Centro de Trauma Pólo VVT	CHP, Gaia, Feira, Arouca
		Pólo VVAVC Pólo VVS	CHP
Norte	CHGaia	SUMC Pólo VVS Pólo AVC	Gaia
		Pólo VVC	Gaia, CHP (H. St. Antonio), Feira e Arouca
Norte	CH São João	SUP Centro de Trauma Pólo VVT Pólo VVC	CHS. João, Matosinhos, Póvoa do Varzim, Vale do Sousa, Cinfães, Amarante

ZONA	SU - Local	CLASSIFICAÇÃO	SU a Montante
		Pólo VVAVC Pólo VVS	CHS. João
		Centro ECMO	ARS Norte, ARS Centro, Madeira e Açores
		Centro Queimados	ARS Norte
Norte	Feira	SUMC Pólo VVS Pólo VV AVC	Feira, Arouca
Centro	Viseu	SUP Centro de Trauma Pólo VVT Pólo VVC	Viseu, S. Pedro do Sul, Guarda, Castelo Branco, Covilhã, Tondela, Seia, Foz Coa
		Pólo VVAVC Pólo VVS	Viseu, S. Pedro do Sul, Tondela, Seia.
Centro	Guarda	SUMC Pólo VVS Pólo AVC	Guarda, Foz Coa
Centro	Covilhã	SUMC Pólo VVS Pólo VVAVC	Covilhã
Centro	Castelo Branco	SUMC Pólo VVS Pólo VVAVC	Castelo Branco, Sertã
Centro	Aveiro	SUMC Pólo VVS Pólo VVAVC	Aveiro, Águeda
Centro	HUC	SUP Pólo VVT	HUC, Covões, Aveiro, Águeda, Figueira da Foz, Arganil, Pombal, Leiria, Sertã
		Pólo VVC	HUC, Covões, Aveiro, Águeda, Arganil, Figueira da Foz, Sertã

ZONA	SU - Local	CLASSIFICAÇÃO	SU a Montante
		Pólo VVS Pólo VVAVC	HUC, Arganil, Figueira da Foz
		Centro de Queimados	ARS Centro
Centro	Covões	SUMC Pólo VVS Pólo VVAVC	Covões
Centro	Leiria	SUMC Pólo VVS Pólo VVAVC	Leiria, Pombal, Alcobaça,
		Pólo VVC	Leiria, Pombal, Alcobaça, Torres Novas, Abrantes, Caldas da Rainha, Santarém
Sul	Abrantes	SUMC Pólo VVS Pólo VVAVC	Abrantes, Torres Novas
Sul	Caldas da Rainha	SUMC	Caldas da Rainha
Sul	Santarém	SUMC Pólo VVS Pólo VVAVC	Santarém, Caldas da Rainha
Sul	Vila Franca de Xira	SUMC	Vila Franca de Xira
Sul	Loures	SUMC	Loures
Sul	Cascais	SUMC Pólo VVS Pólo VVAVC	Cascais
Sul	Amadora-Sintra	SUMC Pólo VVS Pólo VVAVC	Amadora-Sintra
Sul	CHLN-HS Maria	SUP Pólo VVT	CHLN-HSM, Amadora-Sintra, Torres Vedras, Loures, Santarém, Torres Novas, Abrantes, Alcobaça, Caldas da Rainha

ZONA	SU - Local	CLASSIFICAÇÃO	SU a Montante
		Pólo VVC	CHLN-HSM, Amadora-Sintra, Torres Vedras, Loures
		Pólo VVS Pólo VVAVC	CHLN-HSM, Torres Vedras, Loures
		Centro ECMO	ARSLVT, ARS Alentejo, ARS Algarve
		Centro de Queimados	ARSLVT
Sul	CHLC-HS José	SUP Pólo VVT	CHLC-HSJ, Vila Franca de Xira, Coruche, Setúbal, Alcácer do Sal, Santiago do Cacém, Portalegre, Ponte de Sor, Elvas, Évora
		Pólo VVC	CHLC-HSJ, Coruche, Vila Franca de Xira, Setúbal, Alcácer do Sal, Santiago do Cacém
		Pólo VVS Pólo VVAVC	CHLC-HSJ, Coruche, Vila Franca de Xira
		Centro de Queimados	ARS Alentejo e ARS Algarve
Sul	CHLO-HSF Xavier	SUP Pólo VVT Pólo VVC	CHLO-HSFX, Almada, Barreiro, Cascais
		Pólo VVS Pólo VVAVC	CHLO-HSFX
Sul	Almada	SUMC	Almada
		Pólo VVS Pólo VVAVC	Almada
Sul	Barreiro	SUMC Pólo VVS Pólo VVAVC	Barreiro
Sul	Setúbal	SUMC Pólo VVS Pólo VVAVC	Setúbal, Alcácer do Sal
Sul	Santiago de Cacém	SUMC Pólo VVS Pólo VVAVC	Santiago do Cacém, Odemira

ZONA	SU - Local	CLASSIFICAÇÃO	SU a Montante
Sul	Portalegre	SUMC Pólo VVS Pólo VVAVC	Portalegre, Ponte de Sor
Sul	Évora	SUMC Pólo VVS Pólo VVAVC	Évora, Elvas
		Pólo VVC	Évora, Elvas, Portalegre, Ponte de Sor, Beja, Moura
Sul	Beja	SUMC Pólo VVS Pólo VVAVC	Beja, Moura, Castro Verde
Sul	Portimão	SUMC Pólo VVS Pólo VVAVC	Portimão
Sul	Faro	SUP Pólo VVT	Faro, Vila Real Santo António, Albufeira, Portimão, Beja, Castro Verde, Moura, Odemira
		Pólo VVC	Faro, Vila Real Santo António, Albufeira, Portimão, Castro Verde, Odemira
		Pólo VVS Pólo VVAVC	Faro, Vila Real Santo António, Albufeira

Capítulo 5: Rede de Urgência/Emergência em Pediatria

Articulação com Cuidados de Saúde Primários (CSP)

A procura inadequada e excessiva de cuidados de saúde em SU, por familiares de crianças em situações de doença aguda, mas não urgente/emergente, é um fenómeno de causalidade multifatorial.

Estratégias a desenvolver para tentar limitar a procura inadequada de cuidados nos SU deverão incluir, entre outros, os seguintes pressupostos:

- a. Organização de relações de referenciação, comunicação e formação profissional, entre os profissionais de saúde dos CSP de uma área geográfica e das urgências pediátricas dessa área. Elaboração de Normas de Orientação Clínica para situações pediátricas, construídas em parceria com os CSP e adaptadas à situação local;
- b. Realização de programas de formação contínua, comunicação, discussão casuística, debate e consultoria para Médicos e Enfermeiros do CSP;
- c. Implementação de canais de comunicação permanentes, ágeis e eficazes (p. ex. telemóvel dedicado), entre os CSP e as Urgências Pediátricas de uma área, para consultoria, discussão de casos e orientação remota. Estes processos podem aumentar a segurança na orientação de muitas crianças com situações não urgentes, obviando a necessidade de recurso desadequado a SU. Outras possibilidades incluem a criação, pelos Serviços de Pediatria, de consultas específicas, semi-abertas, por exemplo com compromisso de atendimento em dois dias, de crianças referenciadas em contacto prévio dos CSP;
- d. Implementação de diversos mecanismos de contenção de procura inadequada do SU e de reorientação de doentes não urgentes para os CSP dentro de determinada área com uma organização de rede específica (ACES, ULS). Parece-nos recomendável a opção por processos de discriminação positiva (atendimento prioritário nos SU de crianças referenciadas dos CSP, salvaguardadas as situações urgentes);
- e. Ponderação de outras opções, como a orientação rápida para os CSP de crianças com mais de 6 ou 12 meses* trazidas aos SU sem referenciação, após exclusão de doença grave ou urgente, ou o pagamento de taxas moderadoras

mais elevadas em situações semelhantes, desde que esteja construída uma organização local que garanta capacidade de resposta a nível dos CSP;

- f. Promoção da utilização adequada da Linha Saúde 24, como discriminador telefónico de necessidade de ida a um SU, a uma consulta não programada ou a uma consulta de rotina em determinado prazo. Este sistema já funciona e funcionou na linha dedicada “Dói Dói Trim Trim”, com reconhecidas vantagens.

* Nos primeiros meses de vida é maior a probabilidade de doença grave sem sinais evidentes, o que dificulta a triagem em segurança sem observação completa do lactente.

Emergência pré-hospitalar

A coordenação e complementaridade de esforços entre a Rede de Emergência pré-hospitalar e as Urgências Pediátricas são um pilar fundamental para a prestação de cuidados de qualidade às crianças em situação de doença ou trauma graves.

A formação específica em suporte de vida e reanimação pediátrica dos profissionais da emergência pré-hospitalar deve ser considerada essencial e manter-se como uma prioridade, de modo contínuo.

Devem ser envidados esforços pela coordenação da Emergência pré-hospitalar para que se diminua o número de transportes secundários desnecessários de crianças, efetuando os transportes primários, sempre que seja possível e a estabilidade da criança o permita, para local com atendimento pediátrico diferenciado.

Para que esta lógica seja válida, há que manter uma comunicação de alta qualidade entre o CODU do INEM e as Urgências Pediátricas, bem como garantir que estes funcionam como verdadeiros pólos de estabilização para as situações em que a referência posterior para um SUP se verifique necessária.

A manutenção de canais de comunicação adequados entre as Urgências Pediátricas e a coordenação INEM deverá também permitir a consolidação do trabalho positivo que vem a ser efetuado no transporte secundário, inter-hospitalar pediátrico, que está já a funcionar com base em Lisboa, Porto e Coimbra.

Níveis de Atendimento de Crianças na Rede de Urgências

O acesso a prestação de cuidados de saúde a crianças em situação de urgência deve existir ao longo de toda a Rede, se bem que com diversos formatos de acordo com a tipologia do Ponto de Rede em causa. O princípio deve ser o de uma rede associada à estrutura e à orgânica dos Pontos de Rede de urgência de adultos e não de uma rede independente, sobreposta de algum modo a esta.

O atendimento urgente a crianças deve assim estar disponível em SUB, SUMC e SUP. Cria-se ainda a definição de **Serviço de Urgência Pediátrica Polivalente (SUPP)**.

- Nos SUB, o atendimento a crianças estará englobado no atendimento geral;
- Nos SUMC, SUP e, a título de exceção nalguns SUB, o atendimento a crianças será da responsabilidade de **Urgências Pediátricas**;
- Como Pontos de Rede de Urgência Pediátrica de “fim de linha” cria-se o conceito de SUPP.

1. Atendimento Pediátrico nos SUB

- a. Recursos Humanos / Equipas - Por definição, o atendimento a crianças nos SUB está englobado no atendimento geral, sendo da responsabilidade de Médicos e Enfermeiros não diferenciados em Pediatria. Se bem que o atendimento de situações pediátricas de maior gravidade deva ser uma exceção nos SUB, tal não dispensa a necessidade de preparação/formação adequada dos profissionais que aí trabalham. Estes profissionais devem receber formação em Suporte Avançado de Vida Pediátrico (SAVP) ou, quando impossível, em Suporte Imediato de Vida Pediátrico (SIVP), garantindo 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 deverá 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 - Sempre que as condições locais o permitam, os SUB deverão dispor de uma sala dedicada ao atendimento de crianças, que permita também, se necessário, a sua permanência para observação de curta duração em espaço separado do atendimento dos adultos. A existência de espaços de admissão e salas de espera dedicados à idade pediátrica pode ser considerada como ideal, mas não é fundamental num SUB.

2. Urgências Pediátricas - Atendimento Pediátrico nos SUMC e SUP

Deverá haver Urgências Pediátricas (por definição, presença de pelo menos um Pediatra em presença física permanente no SU) em todos os hospitais com SUMC ou SUP em que haja um Serviço de Pediatria.

(A existência de urgências pediátricas em alguns SUB será considerada em situações pontuais, dependendo de necessidades específicas, de acordo com características demográficas, casuísticas e geográficas particulares ou na ausência de alternativa adequada em SUMC com proximidade mínima aceitável.)

De um modo geral, o atendimento em Urgências Pediátricas deve abranger todos os utentes até aos 17 anos e 364 dias de vida. As Urgências Pediátricas deverão funcionar como primeiro ponto de atendimento pediátrico especializado na Rede de Referência de urgência e emergência. Com base numa lógica de proximidade e organização regional, é para estas urgências que deve ser efetuado o transporte primário de crianças identificadas pela Coordenação da Emergência pré-hospitalar como situações urgentes/emergentes.

Estas urgências 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 (por ex. Cirurgia Pediátrica, Neurocirurgia, etc). A referência para estas Unidades, via transporte inter-hospitalar pediátrico, deve ser protocolada regionalmente ou coordenada, idealmente e sempre que necessário, pelo INEM, entidade responsável.

- a. Recursos Humanos / Equipas – As urgências pediátricas de hospitais com SUMC ou SUP devem dispor da presença física permanente de pelo menos um Pediatra com experiência em urgência. A dimensão e organização da Equipa de Urgência Pediátrica deverão ser ajustadas às necessidades ditadas pela casuística local. Os Médicos e Enfermeiros das equipas de urgência pediátrica devem dispor de formação em SAVP ou, quando impossível, em SIVP. Em qualquer caso, em cada momento deve estar presente na Equipa pelo menos um Pediatra com formação em SAVP. É recomendada a constituição de equipas dedicadas à Urgência Pediátrica, pelo menos em alguns períodos do dia, se possível face aos recursos humanos do hospital;
- b. Equipamentos – Para além da disponibilidade dos MCDT 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 idealmente 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.

3. Serviços de Urgência Pediátrica Polivalente

Define-se como Serviço de Urgência Pediátrica Polivalente (SUPP) um serviço com características que lhe permitem constituir-se como atendimento de “fim de linha” para crianças com situações de doença ou trauma grave, em atendimento primário ou referenciadas.

Um SUPP deverá dispor localmente de todos os recursos mínimos definidos para um SUP (apoio em termos de diagnóstico e terapêutica e das diversas especialidades, incluindo Neurocirurgia) e da disponibilidade, local e permanente, de Cirurgia Pediátrica e Cuidados Intensivos Pediátricos. Um SUPP deve possuir características de CTP, devendo as suas Equipas ter formação específica adequada. No mesmo sentido, todos os apoios disponíveis, em termos de recursos humanos e de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, deverão estar preparados para o atendimento diferenciado de trauma grave, incluindo neuro-trauma.

Para além destas capacidades, deverá dispor de apoio, local ou protocolado e facilmente acessível, de Cardiologia Pediátrica e Pedopsiquiatria. O processo de agilização destes e de outros apoios não obrigatoriamente presenciais, deverá tomar em consideração as especificidades locais e rentabilizar as práticas, até agora implementadas e bem sucedidas, em alguns destes Centros.

No que diz respeito especificamente a recursos humanos, recomenda-se para os SUPP a constituição de Equipas de urgência dedicadas, de acordo com as especificidades locais, bem como a formação em SAVP a todos os Médicos e Enfermeiros que prestam serviço no SU, particularmente aos que integrarem eventuais Equipas dedicadas. Estas Equipas deverão ter preparação adequada para que os SUPP funcionem como CTP.

No contexto atual, e sem prejuízo da consideração de outras possibilidades face a novas realidades no futuro, considera-se adequada neste momento a existência no país de quatro SUPP, no Porto, Coimbra, Lisboa e Faro. Os SU Pediátrica que atualmente mais se adequam a esta estratégia e distribuição geográfica e apresentam as características acima descritas são os do Hospital de São João (Porto), do Hospital Pediátrico (Coimbra), do Hospital de Santa Maria (Lisboa) e do Hospital de Faro. Deverão ser tomadas as iniciativas adequadas para garantir o reforço dos meios necessários ao funcionamento pleno dos SUPP de acordo com os requisitos definidos acima, nos casos em que se verifique haver essa necessidade.

Sabendo que:

- As crianças que necessitam de cuidados intensivos devem ser tratadas em unidades especializadas de centros terciários com recursos técnicos e humanos adequados à gravidade da sua situação;
- Com a diferenciação crescente ao nível dos cuidados de doentes críticos, não é possível, para muitos hospitais, assegurar as condições necessárias para oferecer este tipo de cuidados a crianças. Por esse motivo, é frequente a necessidade de transferência de uma criança gravemente doente de um Hospital de Nível I ou II para uma das Unidades capazes de responder à situação;
- Vários estudos demonstram que o transporte de doentes críticos feito por uma equipa especializada permite reduzir a morbilidade e mortalidade. Além dos benefícios óbvios para os doentes, este tipo de transporte mostrou uma boa relação custo-benefício;
- Durante o transporte não diferenciado os doentes são sujeitos a risco acrescido. O objectivo é que as condições assistenciais no transporte sejam iguais ou superiores às condições pré-transporte. O sistema de transporte deve permitir que os cuidados intensivos se desloquem até ao doente o mais precocemente possível;
- É conhecida a experiência de sucesso na organização do transporte inter-hospitalar especializado do sub-sistema de Transporte de Recém-Nascidos de Alto Risco, integrado no INEM, com cobertura nacional desde 1987, que permite a prestação de socorro de emergência a recém-nascidos em situação de risco e prematuros, proporcionando o transporte para hospitais onde existam unidades de Neonatologia.

E tendo em conta a situação atual do transporte de doentes críticos em Pediatria e o recente alargamento do Subsistema de Transporte de Recém-Nascidos de Alto Risco, do INEM, à idade pediátrica, no Porto, Coimbra e Lisboa, em modelo de equipas médicas integradas nas Unidades de Cuidados Intensivos, recomenda-se que este sistema de Transporte Inter-hospitalar Pediátrico, de crianças em estado crítico, exista em cada um dos 4 SUP Pediátricos do País, dando desta forma coerência e reforço ao modelo de transporte de crianças em estado crítico e sustentabilidade ao sistema.

Rede e Circuitos de Referência Pediátrica

Devem ser valorizados e considerados os processos de Referência de Doentes Pediátricos que têm vindo a ser efetuados desde há muito entre SU de diversos níveis. Para além da Rede de Referência estabelecida no âmbito da estabilização e transporte inter-hospitalar do doente crítico, os diversos serviços foram estabelecendo, ao longo de anos, sinergias, parcerias, colaborações e relações inter-institucionais que não seria benéfico (seria mesmo contra-producente) procurar coartar, a não ser nas situações em que a sua inadequação seja demonstrada.

De um modo geral, a referência de crianças de Pontos da Rede de urgência para outros de nível superior, deverá acontecer numa lógica semelhante à que estiver definida para a referência de adultos: se um SUMC transfere os doentes adultos para um determinado Hospital com SUP, as transferências pediátricas deverão ser para a Urgência Pediátrica desse mesmo Hospital.

Há no entanto exceções que devem ser cumpridas: as transferências de crianças com necessidade de Cuidados Intensivos Pediátricos ou de Cirurgia Pediátrica devem ser efetuadas para um Hospital (idealmente um SUPP) com estas valências em disponibilidade permanente, em proximidade geográfica, de forma a garantir capacidade para cuidados definitivos. As crianças vítimas de trauma grave devem ser referenciadas para um Hospital com SUPP classificado como CTP.

Os SUPP/CT devem também ser o local de referência e estabilização inicial dos grandes queimados. No que diz respeito aos cuidados posteriores e tratamento definitivo destas crianças existe atualmente no país uma única Unidade de Queimados Pediátrica (Hospital de Dona Estefânia), o que parece insuficiente e deverá merecer aumento próximo da capacidade de resposta, a nível nacional, que se deverá situar nas 8-9 camas.

Outras situações particulares, específicas, podem também justificar referência fora da regra geral (por exemplo Queimados, Pedopsiquiatria, Cirurgia Cardiorádica ou outras valências que por alguma razão não estejam baseadas num SUPP).

A crescente abrangência do sistema de transporte inter-hospitalar pediátrico de doente crítico, com a coordenação do INEM, deverá facilitar esta organização de referências, nomeadamente coordenando regionalmente com os diversos Centros Pediátricos as

disponibilidades dos diversos apoios e a gestão de vagas em Cuidados Intensivos, quando esse factor seja relevante.

Dado que existe actualmente um SUPP (com Cuidados Intensivos Pediátricos, Cirurgia Pediátrica e capacidade de atendimento de trauma grave) em cada uma das cidades de Porto, Coimbra e Faro, a referência pediátrica para estas valências, das Zonas Norte, Centro e Baixo Alentejo/Algarve deverá fazer-se para esses Centros.

No caso de Lisboa, onde há dois Centros com capacidade adequada em Cuidados Intensivos Pediátricos e Cirurgia Pediátrica, o Hospital de Santa Maria deverá receber crianças referenciadas dos SU que na Rede de Referência geral estão a montante desse hospital. O Hospital de Dona Estefânia deverá receber crianças referenciadas dos SU que, segundo a Rede de Referência geral, drenam para os Hospitais de São José e São Francisco Xavier. Esta divisão não se aplica aos casos de politrauma grave e neurotrauma, que devem ser referenciados para o SUPP/CTP do Hospital de Santa Maria.

Organização da Rede de Urgências Pediátricas nos Centros Urbanos

Tal como referido no ponto inicial deste documento, qualquer reorganização das urgências deve compreender uma importante coordenação com os CSP e uma revisão da política de referência e atendimento de doentes não urgentes/emergentes.

Para além disto, deve ser procurada ativamente a integração/centralização das Urgências Pediátricas de grandes centros urbanos onde atualmente existam diversos pólos de atendimento urgente pediátrico, com possibilidades de ganhos de eficácia e eficiência, sem prejuízo da qualidade, segurança e equidade do atendimento urgente ao utente em idade pediátrica.

No Porto, existe já uma Urgência Polivalente Integrada de Pediatria (UPIP), sediada no Hospital de São João, e que integra Pediatras dos Hospitais de São João, Pedro Hispano (Matosinhos) e Centro Hospitalar do Porto (CHP) e Cirurgiões Pediátricos do Hospital de São João, do CHP e do Centro Hospitalar Gaia/Espinho.

Em Coimbra, há uma única Urgência Pediátrica no Hospital Pediátrico do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra.

No caso de Lisboa, onde há atualmente três Urgências Pediátricas (Hospital de Santa Maria, Hospital D. Estefânia e Hospital S. Francisco Xavier) em funcionamento diurno e

duas no período noturno, essa integração/centralização ajudará a rentabilizar os recursos humanos e técnicos disponíveis e deve ser equacionada, numa fase inicial, num único Centro para o período noturno. O Hospital onde será centralizado o atendimento noturno deverá necessariamente ter capacidade de atendimento e receção de todo o tipo de situações, primárias ou referenciadas, incluindo trauma grave e neuro-trauma, devendo portanto ser um SUPP/CTP. Estratégias para outras eventuais modificações em termos de centralização de Urgências Pediátricas em Lisboa poderão ser refletidas no futuro, de acordo com a conjuntura e a realidade local e regional.

Capítulo 6: Rede Nacional de Viaturas de Emergência Médica (RNVEM)

A Rede Nacional de Viaturas de Emergência Médica (RNVEM) é constituída pelas Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER), as Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (Ambulâncias SIV), as Ambulâncias de Suporte Básico de Vida (Ambulâncias SBV) e os Motociclos de Emergência Médica (MEM).

A sua distribuição atual, apesar de muito eficaz e de representar uma significativa e notável melhoria face ao que se verificava há alguns anos atrás, pode ainda ser otimizada, com ganhos de eficácia, eficiência, acesso, equidade, qualidade e segurança.

A sua atividade de prestação de cuidados de emergência médica no pré-hospitalar, bem como a sua participação no transporte secundário de doentes críticos implicam a necessária e recomendável articulação e integração com a Rede de SU, que agora é revista.

Esta é, por isso, uma excelente oportunidade para implementar as necessárias alterações que conduzam a um sistema mais eficiente, eficaz, equilibrado, equitativo e sinérgico em termos de resposta de Emergência Médica, respeitando e melhorando as relações de integração, colaboração e complementaridade que devem existir entre ambas as redes (de Emergência Extra-hospitalar e de SU), potenciando ainda as suas possíveis sinergias, constituindo **um único sistema de Emergência/Urgência**.

As propostas de alteração da RNVEM, aqui apresentada, e do Sistema de Helicópteros de Emergência Médica (SHEM), apresentada noutro capítulo, ambos parte do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), surgem enquadradas num projeto de gestão que visa a melhoria contínua da sustentabilidade do sistema, privilegiando uma melhor gestão dos meios disponíveis, diminuindo ao mínimo o desperdício, evitando a sobreposição e os fenómenos de tipo concorrenciais entre parceiros e consolidando estratégias de partilha de recursos.

Rede de Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER)

Atuando na dependência direta dos CODU, as VMER têm base hospitalar, tendo como objetivo a prestação de cuidados de saúde para a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita, em situações de emergência.

A tripulação (Médico e Enfermeiro) tem formação específica em Emergência Médica, nomeadamente em SAV e SAVT. A VMER foi concebida para o transporte rápido de uma Equipa Médica diretamente ao local onde se encontra o doente/sinistrado, tem como objetivo a estabilização pré-hospitalar e o acompanhamento médico durante o transporte de doentes críticos, vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência e dispõe de equipamento de SAV.

Atualmente existem 42 VMER em funcionamento no País (quadro 1). Estas viaturas de Emergência Médica estão sedeadas em Unidades de Saúde, por regra, com SUMC ou SUP, devendo ser verdadeiras extensões dos mesmos ao Extra-Hospitalar. As competências dos seus profissionais são muito semelhantes às exigíveis aos profissionais dos SU mas verifica-se que, na maioria dos casos, são duas atividades que funcionam de uma forma relacionada, mas não integrada.

Quadro 1 – Rede VMER

Distrito	Concelho	Base da VMER	N.º de Acionamentos	
			Ano1	Média Diária
Aveiro	Aveiro	Hospital Infante D. Pedro	1.963	5,4
Aveiro	St.ª Maria da Feira	Hospital Sta Maria da Feira	1.710	4,7
Beja	Beja	Hospital de Beja	935	2,6
Braga	Braga	Hospital de S Marcos	1.528	4,2
Braga	Guimarães	Hospital de Guimarães	1.473	4,0
Braga	Vila Nova deFamalicão	Hospital de Famalicão	1.174	3,2
Braga	Barcelos	H Santa Maria Maior - Barcelos	957	2,6
Bragança	Bragança	Hospital Distrital de Bragança	492	1,3

¹ Dados 2011

Distrito	Concelho	Base da VMER	N.º de Acionamentos	
			Ano1	Média Diária
Castelo Branco	Castelo Branco	Hospital Amato Lusitano	868	2,4
Castelo Branco	Covilhã	Hospital da Covilhã	748	2,0
Coimbra	Coimbra	HUC - Coimbra	2.077	5,7
Coimbra	Coimbra	CHC - Coimbra	1.715	4,7
Coimbra	Figueira da Foz	Hospital Figueira Foz	1.043	2,9
Evora	Evora	Hospital do Espírito Santo	1.014	2,8
Faro	Faro	Hospital Distrital de Faro	1.643	4,5
Faro	Portimão	Hospital Barlavento Algarvio	1.436	3,9
Faro	Albufeira	Centro de Saúde de Albufeira	1.066	2,9
Guarda	Guarda	Hospital Sousa Martins	695	1,9
Leiria	Leiria	Hospital Santo André - Leiria	1.672	4,6
Leiria	Caldas da Rainha	Hospital Caldas da Rainha	1.317	3,6
Lisboa	Lisboa	Hospital S Francisco Xavier	2.672	7,3
Lisboa	Lisboa	Hospital Curry Cabral	Passa para o Hospital Beatriz Angelo	
Lisboa	Loures	Hospital Beatriz Angelo	Absorve VMERdo Curry Cabral	
Lisboa	Lisboa	Hospital de Santa Maria	2.486	6,8
Lisboa	Lisboa	Hospital de São José	2.309	6,3
Lisboa	Cascais	Centro Hospitalar de Cascais	1.843	5,0
Lisboa	V. Franca de Xira	Hospital Reynaldo dos Santos	995	2,7
Lisboa	Amadora	Hospital Fernando da Fonseca	A Implementar	
Lisboa	Torres Vedras	Hospital Torres Vedras	628	1,7
Setúbal	Barreiro	Hospital do Barreiro	A implementar	
Portalegre	Portalegre	Hospital Dr. Jose M Grande	570	1,6
Porto	Porto	Hospital de São João	2.872	7,9
Porto	V. Nova de Gaia	C. H. Vila Nova de Gaia	1.830	5,0
Porto	Marco de Canaveses	Hospital Padre Américo	1.551	4,2
Porto	Porto	Hospital de Santo António	1.499	4,1

Distrito	Concelho	Base da VMER	N.º de Acionamentos	Média
			Ano1	Diária
Porto	Matosinhos	Hospital Pedro Hispano	1.161	3,2
Santarém	Santarém	Hospital Distrital Santarém	1.644	4,5
Santarém	Abrantes	Hospitalar Abrantes	1.082	3,0
Setúbal	Almada	Hospital Garcia da Orta	1.338	3,7
Setúbal	Setúbal	Hospital de São Bernardo	1.118	3,1
Setúbal	Santiago do Cacém	Hospital Litoral Alentejano	837	2,3
Viana do Castelo	Viana do Castelo	Hospital Viana Castelo	1.233	3,4
Vila Real	Vila Real	Hospital Vila Real	1.121	3,1
Vila Real	Chaves	Hospital Distrital de Chaves	578	1,6
Viseu	Viseu	Hospital S Teotónio	1.692	4,6

De acordo com o Relatório de Atividades de 2010 do INEM, cada VMER é acionada, em média, cerca de 3,5 vezes em cada 24 horas, a nível nacional.

O financiamento desta atividade é suportado, maioritariamente, pela Unidade de Saúde e, co-participado pelo INEM.

A recente Requalificação da Rede de SU, a criação de algumas Urgências Metropolitanas ou mesmo Regionais, o funcionamento das VV já implementadas trazem um amplo e reconhecido benefício para os doentes, criam novas exigências em termos de disponibilidade de Recursos Humanos com formação e experiência em Emergência Médica e aumentam a necessidade de transporte inter-hospitalar e a distância percorrida em transporte primário de forma a atingir mais vezes e mais rapidamente o Centro, pólo do processo, capaz de resolução do problema.

Estas novas exigências, a par da atual escassez relativa de profissionais qualificados nos SU e nos meios de Emergência Médica Extra-hospitalar, só poderão ser respondidas com uma perspetiva conjunta e efetivamente integradora de necessidades e de soluções sinérgicas no âmbito do Sistema de Emergência/Urgência.

A atividade de Emergência Médica e de Medicina de Urgência têm uma série importante de afinidades e requerem um significativo conjunto de conhecimentos e competências comuns. Para além disso, a sua boa articulação e continuidade são fundamentais para o sucesso de

toda a cadeia de cuidados. A participação regular nas várias fases deste processo é, para além do mais, uma forma de manutenção de gestos, destrezas e competências específicos.

A integração de Equipas de urgência e de Equipas SIV e VMER, expressa no *Despacho nº 14898/2011, publicado em DR, 2ª serie, a 3 de Novembro*, constituirá uma *learning organization* que potenciará competências e capacidades em Médicos e Enfermeiros, permitirá uma visão mais abrangente e sistémica conducente a uma melhor e mais informada decisão e a uma gestão mais integrada e poderá, finalmente, garantir capacidade de resposta acrescida e mais adequada às necessidades dos utentes emergentes, tanto extra, como intra- e inter-hospitalares.

Nesse sentido **recomenda-se**²:

1. As Equipas das VMER (e das SIV) deverão ser progressivamente integradas nas Equipas dos SU das Unidades de Saúde onde estão instaladas;
2. O SU assumirá com uma Equipa selecionada e com a formação recomendada pelo INEM, a resposta a uma ativação de VMER (e/ou de SIV) efetuada pelo INEM (CODU);
3. Os elementos das VMER (e das SIV) deverão participar no transporte inter-hospitalar de Doentes Críticos urgentes, mantendo capacidade de resposta local à emergência pré-hospitalar, sob iniciativa do SU e arbitragem do CODU;
4. Dever-se-ão **manter as 42 VMER** atualmente existentes, mesmo nos SU que venham a passar a SUB e/ou a encerrar, sob proposta desta Comissão (caso de Chaves e da Figueira da Foz, que passam a SUB);
5. A eventual cessação de atividade de qualquer VMER deverá ter por base a sua casuística, a existência de possibilidade da sua atividade ser maioritariamente assegurada por outro meio de Emergência Médica extra-hospitalar de nível igual ou superior, a oferta de SU existente na região, bem como num parecer positivo do INEM;
6. Deverão ainda ser implementadas **duas novas VMER** nos SUMC que ainda não as possuem - Hospital Fernando da Fonseca e Hospital do Barreiro – e a VMER anteriormente sediada no Hospital Curry Cabral deverá ser deslocalizada para o novo Hospital de Loures.

Face a eventuais restrições de dotação orçamental ou escassez de meios materiais ou de recursos humanos disponíveis, bem como de capacidade de contratação e de formação de

novos profissionais, é admissível, se não recomendável, uma implementação faseada, baseada em níveis de prioridade.

Rede de Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida

As ambulâncias de SIV destinam-se a garantir **cuidados de saúde diferenciados**, designadamente manobras de reanimação, até estar disponível uma Equipa com capacidade de prestação de SAV. Tem ainda como objetivo, no Modelo Integrado nos SU (*Despacho nº 14898/2011, de 3 de Novembro*) assegurar o acompanhamento durante o transporte de doentes críticos, de acordo com as recomendações da Ordem dos Médicos sobre a matéria.

A tripulação é composta por um Enfermeiro e um Técnico de Ambulância de Emergência e actua sobre orientação do CODU.

Ao nível dos recursos técnicos tem a carga de uma ambulância de SBV, acrescida de alguns equipamentos, como por exemplo um monitor – desfibrilhador e diversos fármacos. O equipamento das SIV permite a transmissão de eletrocardiograma e sinais vitais para os CODU e, idealmente, deverá permitir a sua transmissão para o SU mais próximo com cateterismo primário, logo pólo da VVC na região em causa.

A atual Rede de Ambulâncias SIV atravessa neste momento um processo de melhoria na gestão dos recursos através da consolidação de **parcerias com as ARS** que, dando cumprimento ao *Despacho nº 14898/2011, publicado em DR, 2ª serie, a 3 de Novembro*, permitirão a integração das ambulâncias nos SU (quadro 2). Estas parcerias permitem uma **otimização na gestão dos recursos**, na medida em que potenciam o seu desenvolvimento técnico e permitem uma partilha de responsabilidades financeiras, como é comprovado pelos locais onde tal integração já se encontra concretizada, bem como dão corpo a uma rede organizada de efetivação do transporte do doente crítico, até então inexistente.

Quadro 2 - Distribuição da Rede de Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida

Delegação	Amb. SIV
<i>Norte</i>	16
<i>Centro</i>	5
<i>Lisboa</i>	5
<i>Faro</i>	4
TOTAL	30

No seguimento do Despacho referido acima e da análise dos resultados favoráveis alcançados até ao momento, preconiza-se a localização de uma ambulância SIV associada a cada um dos SUB da Rede de Serviços de Urgência em vigor. Por outro lado e dada a baixa casuística existente, não se justifica a manutenção de algumas das SIV antes implementadas.

O quadro 3 resume as alterações relativas a ambulâncias SIV.

Quadro 3 - Alteração Proposta para os Meios SIV

Distrito	Concelho	Posto de Ambulância	Saídas		Retirar	Criar
			Ano	Dia		
Aveiro	Águeda	INEM Águeda		0,0		SIV
Aveiro	Arouca	INEM Arouca		0,0		SIV*
Aveiro	Oliveira de Azeméis	INEM Oliveira de Azeméis		0,0		SIV
Beja	Castro Verde	INEM Castro Verde		0,0		SIV
Braga	Cabeceiras de Basto	INEM Cabeceiras de Basto	397	1,1	SIV	
Bragança	Macedo de Cavaleiros	INEM Macedo de Cavaleiros		0,0		SIV
Bragança	Mogadouro	INEM Mogadouro		0,0		SIV*
Castelo Branco	Idanha-a-Nova	INEM Idanha-a-Nova		0,0		SIV
Castelo Branco	Sertã	INEM Sertã		0,0		SIV*
Coimbra	Arganil	INEM Arganil		0,0		SIV*
Coimbra	Cantanhede	INEM Cantanhede	1128	3,1	SIV	
Faro	Tavira	INEM Tavira	866	2,4	SIV	
Guarda	Vila Nova de Foz Coa	INEM Foz Côa		0,0		SIV
Leiria	Alcobaça	INEM Alcobaça		0,0		SIV
Porto	Valongo	INEM Valongo		0,0		SIV
Santarém	Coruche	INEM Coruche		0,0		SIV**
Santarém	Tomar	INEM Tomar		0,0		SIV
Santarém	Torres Novas	INEM Torres Novas		0,0		SIV*
Setúbal	Alcácer do Sal	INEM Alcácer do Sal		0,0		SIV*
Setúbal	Montijo	INEM Montijo		0,0		SIV
Viana do Castelo	Melgaço	INEM Melgaço	587	1,6	SIV	
Viana do Castelo	Monção	INEM Monção		0,0		SIV
Viana do Castelo	Paredes de Coura	INEM Paredes de Coura (N)	40	0,0	SIV	
Viana do Castelo	Valença	INEM Valença	894	2,4	SIV	
Vila Real	Alijó	INEM Alijó	166	0,5	SIV	
Vila Real	Peso da Régua	INEM Peso da Régua (N)	400	1,1	SIV	
Viseu	Cinfães	INEM Cinfães		0,0		SIV*
Viseu	Moimenta da Beira	INEM Moimenta da Beira		0,0		SIV*
Viseu	São Pedro do Sul	INEM São Pedro do Sul		0,0		SIV
			Criar			21
			Retirar		8	

* Prioritárias

** Prioritária mas a necessitar de ser realizada uma maior capacitação do SUB, antes de abrir uma SIV integrada.

Quadro 4 - Meios SIV existentes em locais com SUB

Distrito	Concelho	Posto de Ambulância	Existe	Saídas	
				Ano	Dia
Beja	Odemira	Odemira	SIV	849	2,3
Beja	Moura	Moura	SIV	851	2,3
Braga	Fafe	Fafe*	SIV	830	2,3
Bragança	Mirandela	Mirandela	SIV	1.516	4,2
Évora	Estremoz	Estremoz*	SIV	598	1,6
Faro	Lagos	Lagos*	SIV	921	2,5
Faro	Loulé	Loulé*	SIV	1.527	2,4
Faro	Vila Real de Santo António	V. Real Stº António	SIV	735	2,0
Guarda	Seia	Seia	SIV	639	1,8
Leiria	Peniche	Peniche*	SIV	904	2,5
Leiria	Pombal	Pombal	SIV	1.215	3,3
Portalegre	Elvas	Elvas	SIV	828	2,3
Portalegre	Ponte de Sôr	Ponte Sôr	SIV	514	1,4
Porto	Amarante	Amarante	SIV	1.325	3,6
Porto	Gondomar	Gondomar	SIV	1.228	3,4
Porto	Santo Tirso	Santo Tirso*	SIV	1.067	2,9
Viana do Castelo	Ponte de Lima	Ponte de Lima	SIV	1.838	5,0
Vila Real	Montalegre	Montalegre	SIV	514	1,4
Viseu	Lamego	Lamego	SIV	1.283	3,5
Viseu	Tondela	Tondela	SIV	790	2,2
* Manutenção do meio a avaliar com eventual encerramento do SUB			Total		20

Em locais onde existe atualmente um SUB e uma SIV e, onde é recomendação desta Comissão o encerramento do SUB, a SIV lá existente deverá manter-se, idealmente integrada na estrutura de saúde, até nova avaliação da sua atividade, a ser realizada pelo INEM em parceria com ARS respetiva (casos de Fafe, Estremoz, Lagos, Loulé, Peniche e Santo Tirso).

Nos locais onde existe atualmente um SUB e não existe uma SIV e é recomendação desta Comissão o encerramento do SUB, deverá ser implementada/reforçada, se necessário e justificado, a oferta de meios de emergência médica extra-hospitalar (casos de Valongo, Oliveira de Azeméis, Idanha-a-Nova, Montijo e Tomar).

Rede de Ambulâncias de Suporte Básico de Vida

A rede de ambulâncias SBV atualmente disponível é composta por ambulâncias operadas diretamente por elementos do próprio INEM ou por outras entidades, tais como Bombeiros e Cruz Vermelha Portuguesa, através de acordos e protocolos de colaboração.

Quanto à relação estabelecida com o INEM, existem quatro conjuntos de meios - Ambulâncias SBV do INEM, Postos de Emergência Médica (PEM), Postos Reserva e Ambulâncias NINEM.

Sugere-se que se evolua com base nos seguintes princípios genéricos:

1. O reforço de meios de SBV em zonas onde tal se verifica como necessário pela elevada casuística existente;
2. O reforço de meios SBV em zonas com menor capacidade de resposta instalada;
3. A diminuição de sobreposições regionais/locais de meios SBV;
4. O aproveitamento de sinergias entre Redes de viaturas de emergência de diferentes níveis e/ou de diferentes entidades.

Rede de Ambulâncias dos Postos de Emergência Médica

Conforme já exposto relativamente às ambulâncias SBV, o encerramento e/ou deslocação de algumas destas ambulâncias, pode originar a necessidade de garantir uma resposta de idêntica qualidade na área do SBV, com o compromisso adequado à resposta a todas as ativações na área da Emergência pré-hospitalar, nomeadamente pela progressiva implementação de PEM adicionais em sua substituição (como nos casos de Celorico de Basto, Vieira do Minho,

Estarreja, Miranda do Douro, Torre de Moncorvo, Fundão, Oleiros, Fratel, Silves, Sabugal, Figueira de Castelo Rodrigo, Trancoso, Figueiró dos Vinhos e Mortágua).

Resultante da reestruturação da Rede SIV acima proposta, recomenda-se que, nos locais onde se sugere o encerramento de um meio SIV, seja reforçada a Rede de SBV (caso de Cantanhede) ou a Rede PEM (casos de Cabeceiras de Basto, Peso da Régua e Alijó).

Recomenda-se ainda o reforço dos meios SBV e/ou PEM nos grandes aglomerados populacionais (por exemplo em Guimarães, Viana do Castelo, Braga, Almada, Loures e Cascais).

Para além disso recomenda-se igualmente o reforço da rede PEM na Região do Alentejo, de baixa densidade populacional mas com necessidade de reforço da oferta de meios de emergência para melhorar o acesso a cuidados de Urgência/Emergência (casos da criação de novos PEM em Aljustrel, Serpa, Almodôvar, Alter do Chão, Avis, Fronteira, Marvão, Sousel e Alpiarça).

Rede de Motociclos de Emergência Médica

As Motas de Emergência Médica (MEM), são meios de socorro que tiveram início em Julho de 2004. Inicialmente foram implementadas nas cidades do Porto e Lisboa. Em Junho de 2011, o INEM na perspetiva de melhorar a sua atuação e eficácia, abriu mais três motas em Braga, Coimbra e Faro. Atualmente o INEM possui, no total, 5 motas de Emergência Médica sedeadas nas principais cidades do País.

A MEM, caracteriza-se por ser um veículo ágil, rápido, muito eficaz em meios citadinos, assim como, pode tornar-se muito eficiente em meios com difíceis acessos, tais como, ruas antigas e estreitas, locais pedonais inseridos em locais de lazer, trilhos para desportos aventura (BTT, corrida, parapente, escalada), entre outros. Desta forma, é possível comprovar que as características deste meio de socorro e a sua agilidade, permite chegar a locais que os meios de emergência tradicionais (ambulância) não alcançam. As MEM transportam um Técnico de Ambulância de Emergência com formação específica em condução de motociclos e estão equipadas com um aparelho de Desfibrilhação Automática Externa (DAE), oxigénio, adjuvantes de via aérea e ventilação, equipamento de sinais vitais, entre outros materiais de SBV e de Trauma. Permitem desta forma, a estabilização de uma vítima até que sejam reunidas condições ideais para o eventual transporte.

Em 2011 o número de acionamentos dos MEM aumentou 74% face a 2010 (2.745/1.582). Comparando apenas os dois motociclos que existiam em 2010 e 2011, Porto e Lisboa, registou-se um aumento de 25% em 2011.

Sugere-se a continuidade do crescimento da rede de MEM do INEM, em zonas onde tal se justifique, nomeadamente como reforço da rede SBV, e/ou em zonas de elevada densidade populacional e congestionamento de trânsito, de forma a diminuir tempos de resposta.

Profissionais da Rede de Ambulâncias do INEM e suas Competências

Como foi acima referido, a Rede de Ambulâncias do INEM está organizada pelo nível de diferenciação dos meios, nomeadamente **Suporte Básico de Vida (SBV)** e **Suporte Imediato de Vida (SIV)**.

As primeiras são tripuladas por dois Técnicos de Ambulância de Emergência (TAE) e as segundas por um TAE e um Enfermeiro.

Uma vez que a **Rede de SBV** tem uma muito maior dispersão territorial e implementação em zonas rurais, traduz-se, na prática, no primeiro elo da cadeia ou, de outra forma, na Rede de Emergência de proximidade aos utentes.

É por isso necessário dotar estes meios de competências, autonomia e capacidade técnica e material para realizarem manobras *life-saving*, determinantes para a sobrevivência de um utente que dessa intervenção eventualmente necessite.

Assim, sugere-se o aumento das competências dessa classe profissional, no âmbito daquilo que é considerado o “Ato Médico Delegado”, sempre no escrupuloso cumprimento de regras de qualidade e segurança que salvaguardem o interesse máximo do utente.

Reforça-se que é condição necessária para este aumento de competências que as situações que coloquem em risco a vida do utente se encontrarão bem definidas e enquadradas em protocolos terapêuticos, com validação médica e formação adequada para a aquisição das necessárias competências.

Por outro lado, a **Rede de SIV**, não a substituindo, é um importante **complemento** à Rede de SAV (VMER/Helicóptero) em situações de maior gravidade e/ou complexidade. Para além

disso, a sua integração na Rede de SUB e a sua crescente participação no sistema de transporte secundário de doentes críticos ditam a oportunidade, por um lado, e a necessidade de dotar sua tripulação de enfermagem de competências acrescidas na área do SAV e da Medicina de Urgência.

Também este acréscimo de competências a estes profissionais, que constituem, na sua maioria, atos médicos delegados, deve estar prevista em protocolos terapêuticos com validação médica e deve implicar formação adequada.

Capítulo 7: Sistema de Helicópteros de Emergência Médica (SHEM) em Portugal Continental

ENQUADRAMENTO

Em todo o mundo, existem mais de 750 serviços que utilizam o Helicóptero em missões no âmbito da Emergência Médica. Estes serviços são genericamente designados por HEMS (*Helicopter Emergency Medical Services*).

As missões realizadas com recurso ao Helicóptero podem ser divididas em três tipos:

1. Missões Primárias

- O helicóptero coloca uma Equipa Médica e equipamento no local da ocorrência;
- As vítimas nem sempre são helitransportadas. Em vários serviços, frequentemente, a vítima é transportada em Ambulância para o Hospital, acompanhada ou não pela Equipa do Helicóptero;
- Neste tipo de missões (nos serviços com essa capacidade) incluem-se as missões SAR (*Search And Rescue* – Busca e Salvamento).

2. Missões Secundárias

- O helicóptero transporta doentes entre Unidades de Saúde. Sendo um “transporte secundário”, assenta no pressuposto de que a Unidade de Saúde de origem assegura os cuidados de saúde necessários até à chegada da Equipa que realizará o transporte¹;
- Em alguma literatura é utilizada a expressão “transportes terciários” para designar os transportes inter-hospitalares para Hospitais mais diferenciados (“Tertiary Hospitals”, daí a designação), reservando a expressão “transportes secundários” para aqueles que são realizados a partir de locais de aterragem pré-definidos ou de unidades de saúde mais próximas da ocorrência, com a estabilização inicial das vítimas a ser feita por outros meios.

3. Outras Missões

- Transporte de órgãos, transporte de Equipas Médicas especializadas, etc.

Embora alguns serviços disponham de aparelhos e Equipas dedicadas exclusivamente à realização de missões secundárias, a maior parte dos HEMS faz todos os tipos de missão, com a proporção entre missões primárias e missões secundárias a variar de forma significativa de país para país e, inclusivamente, entre serviços do mesmo país.

Relativamente à constituição das Equipas dos serviços HEMS, existem diferentes modelos (Médico e Enfermeiro; Enfermeiro e Técnico; Técnico e Técnico; Médico e Técnico), estando muito longe o consenso sobre esta matéria. Algumas das diferenças a este nível podem ser justificadas pelo tipo preponderante de missões que são realizadas e pelas características do modelo de Serviços de Emergência Médica (SEM) implementado no país, na medida em que a maioria dos HEMS se coordena com eles.

Alguns modelos de Helitransporte existentes a **Nível Internacional**:

- **Andaluzia**

Com uma área de cerca de 88.000 Km² e cerca de 8,2 milhões de habitantes (muito semelhante a Portugal, com 89.000 Km² e menos de 10 milhões de habitantes) tem 5 helicópteros a operar unicamente em regime diurno (“sol a sol”)².

- **Grécia**

Com uma área de cerca de 132.000 Km² e cerca de 11 milhões de habitantes tem 3 helicópteros de Emergência Médica que foram cedidos à Força Aérea que os opera³.

- **Reino Unido**

Com uma área de cerca de 245.000 Km² e cerca de 59 milhões de habitantes, tem 12 helicópteros de Emergência Médica, dos quais 11 são tripulados por Técnicos e 1 (de Londres) é tripulado por Médico⁴. Não foi possível apurar se operam 12 ou 24h.

- **Holanda**

Com uma área de 42.000 Km² e cerca de 17 milhões de habitantes, tem 4 helicópteros de Emergência Médica a operar exclusivamente em período diurno (07h-19h)⁵.

- **Países Nórdicos⁶**

- **Dinamarca**

Com uma área de cerca de 43.000 Km² e 5,4 milhões de habitantes não tem helicópteros de Emergência Médica.

- **Finlândia**

Com uma área de 337.000 Km² e 5,3 milhões de habitantes tem 4 helicópteros que partilham atividade de Emergência Médica e busca/salvamento. Não foi possível apurar se operam 12 ou 24h.

- **Suécia**

Com cerca de 490.000 Km² de área e 9 milhões de habitantes tem 7 helicópteros de Emergência Médica. Não foi possível apurar se operam 12 ou 24h.

- **Nova Zelândia**

Com cerca de 800.000 Km² de área e cerca de 7 milhões de habitantes, tem 6 aviões afetos a transporte de Emergência Médica.⁷

Helitransporte em Portugal

Após algumas experiências-piloto com a utilização de helicópteros para evacuações aéreas, limitadas em termos de duração e cobertura, e algumas utilizações pontuais para apoio médico a eventos desportivos, o SHEM foi criado pelo INEM no ano de 1997, tendo sido inaugurado oficialmente a 17 de Julho. Inicialmente, os dois helicópteros Bell 222 operavam entre o nascer e o pôr-do-sol a partir do Aeródromo de Tires–Cascais (Heli 1) e do Aeródromo de Espinho (Heli 2).

A partir de 1 de Julho de 2000 até Abril de 2010, funcionou, em período noturno, uma Equipa Médica do INEM em parceria com meios de Helitransporte da Autoridade Nacional de Proteção Civil/Serviço Nacional de Bombeiros, em Santa Comba Dão, que foi o único meio nacional noturno, entre Julho 2000 e Outubro de 2002.

Em 16 de Outubro de 2002, os dois helicópteros Bell 222 passaram a funcionar durante 24 horas. Atualmente, o Heli 1 (Bell 412) localiza-se no Heliporto de Salemas (em Loures) e o Heli 2 (Bell 412) no Heliporto de Baltar (em Paredes, Porto).

Em Abril de 2010, na sequência do processo de requalificação da rede de serviços de Urgência/Emergência, três novos helicópteros Agusta 109P vieram reforçar o dispositivo, cuja distribuição geográfica visou dar uma resposta complementar de meios no território continental nacional, permitindo que as zonas mais afastadas dos Hospitais de referência ficassem melhor servidas de serviços de Emergência Médica extra-hospitalar. As três novas aeronaves - Agusta 109P - foram escolhidas pois apresentavam características de leveza e de facilidade de manobra que permitiam mais facilmente aceder e aterrar nos locais das ocorrências (“missões primárias”). Ficaram baseados em Macedo de Cavaleiro (Heli 3), Santa Comba Dão (Heli 4) e Loulé (Heli 5). Em Março de 2011, o Heli 4 foi reposicionado em Aguiar da Beira.

Ou seja, apenas há cerca de 1 ano é que o INEM passou a assentar o seu SHEM na existência de cinco helicópteros dedicados à Emergência Médica extra-hospitalar e ao transporte secundário de doentes críticos.

A tripulação dos helicópteros do INEM é constituída pela Equipa de pilotos (o Comandante e um Piloto) e pela Equipa Médica (um Médico e um Enfermeiro), ambas em presença física permanente junto dos aparelhos.

Os Médicos e os Enfermeiros que prestam serviço no SHEMA têm formação específica, compreendendo um Curso de Fisiologia de Voo e Segurança em Heliportos, com uma carga horária de 10 horas, e um curso de VMER, com uma carga horária de 112 horas. Estes profissionais devem ainda ter experiência em Emergência Extra-hospitalar, em Cuidados Intensivos ou SU.

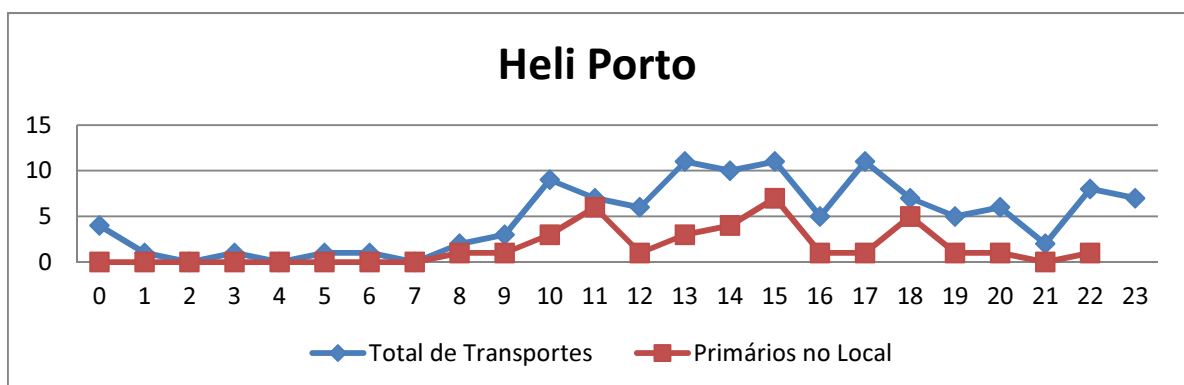
Enquanto parte do SIEM, o funcionamento do SHEMA é coordenado pelos CODU. Assim, a decisão de ativar qualquer um dos helicópteros para uma missão primária ou para um transporte secundário, compete ao Médico Regulador do CODU do INEM.

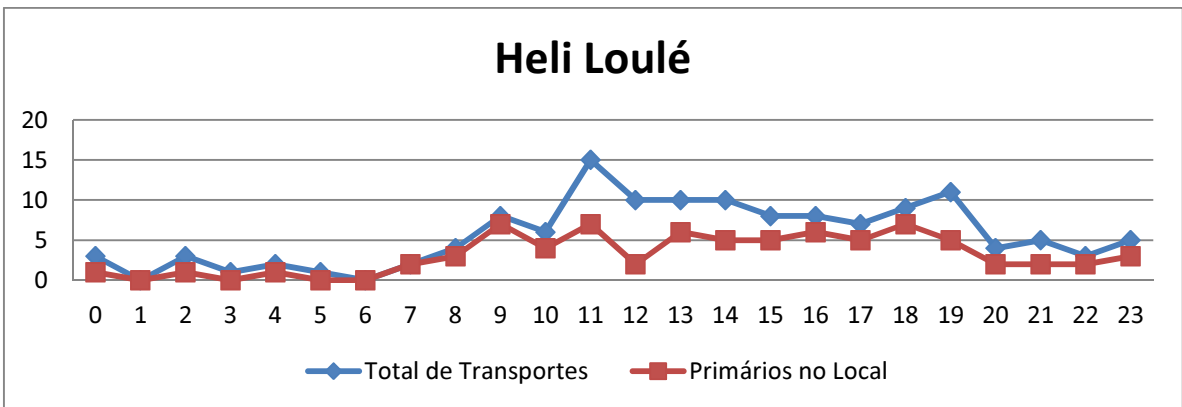
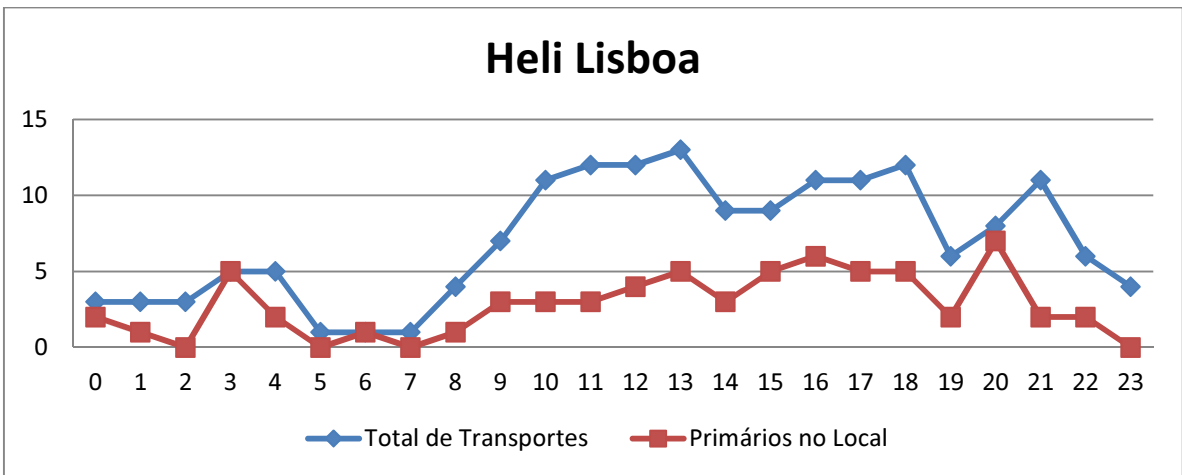
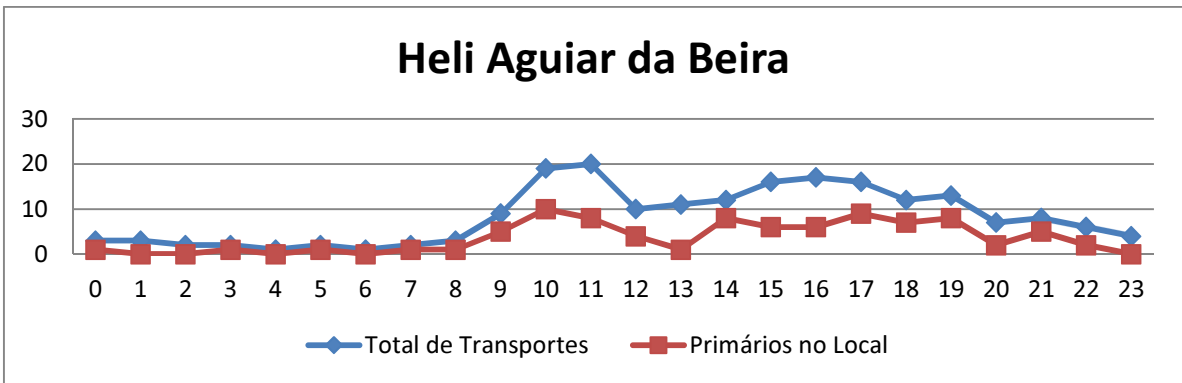
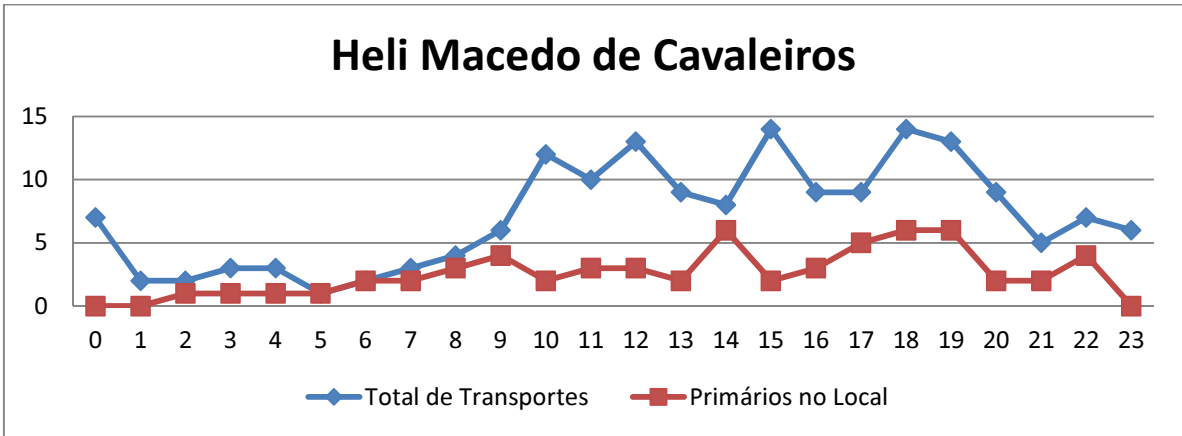
O SHEMA, além de complementar a assistência médica extra-hospitalar da rede de VMER e de Ambulâncias, veio permitir o transporte secundário mais rápido e seguro de muitos doentes críticos e colmatar a lacuna existente em muitas unidades de saúde no que se refere às condições necessárias para esses transportes, quer em termos do material, quer em termos dos recursos humanos.

CASUÍSTICA

Da atividade do ano de 2011, apresentam-se os dados INEM acumulados a 31 de Outubro:

Número Total de Transportes por Hora do Dia (Jan/Out 2011)





Assim, e com base na casuística apresentada, pode verificar-se que o número de transportes realizados em 10 meses, no período noturno (das 20 às 8 horas) é muito reduzido - ou mesmo nulo - principalmente no que respeita aos transportes primários, ou seja, com origem no local da ocorrência.

Os transportes primários (até ao local do acidente e depois até ao Hospital) são particularmente importantes em zonas de difícil acesso, áreas com menor cobertura de meios de Emergência Médica e regiões com maior tempo de deslocação até um SU. Por outro lado, estas são missões com um elevado número de limitações, relacionadas essencialmente com questões de segurança de voo, das quais as que afetam a visibilidade (como as condições climatéricas) e as que afetam o espaço livre para aterragem serão, eventualmente, as mais importantes.

Estas limitações são tanto maiores quanto pior *performance* tiver a aeronave. A título de exemplo, um helicóptero ligeiro semelhante aos que o Ministério da Administração Interna possui ("Esquilo") está interdito de voar depois de anoitecer e/ou a aterrar em heliportos hospitalares em que seja considerado que a "zona livre" para aterragem é insuficiente, podendo uma eventual manobra de aterragem forçada colocar em risco pessoas ou bens.

Por tudo isto, associado ao facto de uma relativa menor incidência de eventos durante a noite, a casuística de transportes primários durante os 10 meses analisados foi extremamente baixa, com médias diárias de 0,04-0,05 para cada um dos 3 helicópteros ligeiros, **o que significa que cada um transporta, em média, cerca de 15 doentes por ano (0,04 x 365 dias = 14,6).**

Os transportes secundários, que são realizados entre unidades de saúde, têm, por definição, subjacente um maior tempo de resposta, uma vez que o utente já está em ambiente de unidade de saúde, a ser estabilizado e/ou tratado por uma Equipa Médica e necessitará, eventualmente, de ser transferido para um nível superior ou diferente de cuidados, enquadrando-se em absoluto numa "**transferência inter-hospitalar de doentes críticos**".

A Ordem dos Médicos publicou, em 2008, recomendações sobre essa matéria¹ que assentam objetivamente na responsabilidade de estabilização e tratamento inicial do doente a ser realizado na Unidade de Saúde de origem. Os próprios algoritmos de tratamento inicial exigem

um necessário consumo de tempo no Hospital de origem antes que o transporte, por qualquer meio, possa ser efetuado.

Ora, é precisamente nesse tempo necessário para estabilizar o doente que assentam os modelos internacionais, em que os meios de transporte com Equipas mais diferenciadas se encontram nos Hospitais Centrais.

Foi também esse o modelo adotado em Portugal, com reconhecido sucesso, para o transporte (secundário) de crianças gravemente doentes (Transporte Inter-hospitalar Pediátrico) em que as Equipas e a ambulância estão sedeadas no Hospital de São João, no Porto, no Hospital Pediátrico do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra e no Hospital de Santa Maria/MAC, em Lisboa, e se deslocam as outras Unidades de Saúde do País para ir buscar as crianças doentes e realizar o acompanhamento até ao hospital de destino.

Nestes pressupostos, os transportes secundários realizados pelos helicópteros ligeiros podem ser, na sua totalidade, absorvidos pela disponibilidade dos Helicópteros de Lisboa e Grande Porto, locais para onde se realizam parte significativa dos transportes secundários e onde existem mais Equipas Médicas diferenciadas, em matérias/competências mais complexas (como por exemplo em ECMO; a colheita de órgãos; etc.).

A eficácia dos helicópteros é maior, aumentando o acesso dos utentes a este serviço, se a circunferência de ação do helicóptero em tempo útil estiver sobre o território terrestre, isto é, se não interessar o mar. A colocação da base no litoral diminui a acessibilidade.

Há vantagem da base Heli estar junto de um Hospital com SUP ou SUMC com UCI, isto é, de um SU capaz de absorver/receber a maioria dos doentes para lá transportados, reduzindo assim os voos em triângulo e a duração do tempo total de voo e aumentando a disponibilidade do meio.

Os maciços montanhosos do Marão e Montejunto-Estrela determinam dificuldades de transposição em voo sobretudo em determinadas condições climáticas, que podem condicionar o acantonamento do helicóptero.

Os heliportos hospitalares são fator importante para a obtenção de ganhos de eficácia e eficiência desta Rede. Nesse sentido parece importante promover a implementação e/ou adequação de heliportos nos (ou na sua proximidade) vários pontos da rede de Serviços de

Urgência, para maximização dos referidos ganhos, com particular importância nos principais Hospitais de destino da maioria dos doentes (Hospitais com SUP).

Atividade de Helitransporte

2011 Jan a Out (304 dias)						
	24 Horas		20-8 Horas		20-8 Horas	
	Total	Primários no Local	Total	Primários no Local	Total Média Diária	Primários no Local/Média Diária
Porto	118	36	31	2	0,10	0,01
Lisboa	170	67	51	22	0,17	0,07
Total Médios	288	103	82	24	0,27	0,08
Macedo	171	61	50	16	0,16	0,05
Aguiar Beira	199	86	41	13	0,13	0,04
Loulé	135	76	29	14	0,1	0,05
Total Ligeiros	505	223	120	43	0,39	0,14
Total Global	793	326	202	67	0,66	0,22

Operação Noturna em Missão Primária

Considerando a atual vocação dos helicópteros ligeiros para atuar em transporte primário, esta atividade fica extremamente limitada em voo noturno havendo, habitualmente a necessidade prévia de realizar um transporte do doente em ambulância para local onde se torne possível aterrar a aeronave em condições de segurança, limitando desta forma o potencial de resposta primária do meio aéreo durante a noite. Esta situação obriga na quase totalidade das vezes à intervenção de outros meios de SAV e SIV ou transporte por meios SBV para SUB, tornando a maioria das missões em verdadeiros transportes secundários. Os 3 meios aéreos ligeiros e as suas equipas **não tiveram nenhuma atividade de transporte de doentes em período noturno em 88% dos dias.**

A casuística de transporte por helicóptero no nosso Sistema de Urgência/Emergência é baixa e o sistema é francamente ineficiente.

A ineficiência resulta de baixa produção e elevado custo, sendo claramente possível atuar em ambos os lados da equação, isto é reduzir custos e aumentar produção.

É possível aumentar produção integrando progressivamente os sistema pré-hospitalar e hospitalar de Urgência/Emergência, transformando o sistema pré-hospitalar (nomenclatura inadequada e indutora de erro de avaliação de missão) em sistema extra-hospitalar, isto é, aumentando o número de transportes secundários (inter-unidades de saúde) e terciários (para centros de referência/excelência) realizados pelos helicópteros.

De facto, a necessária e bondosa “regionalização” e “centralização” de urgências, com concentração de recursos e aproveitamento de infra-estruturas, aumenta a necessidade de transporte inter-unidades (aumentou em todos os países europeus em que foi realizada) e o INEM terá de ter aí papel de fundamental de elo do processo e de garante de segurança e qualidade. Por outro lado, a criação e creditação de Centros de excelências em determinados processos - por exemplo Trauma, ECMO, Cateterismo Cardíaco -, criando conceitos de referência não só por geografia mas também por qualidade, aumentará o número de transportes terciários por INEM e nomeadamente por helicópteros. É fundamental, portanto, aumentar a participação do INEM nos transportes secundários e terciários.

Temos como certo que, mesmo com esta utilização maximizada dos meios de transporte heli, há, atualmente, claro exagero de oferta.

Pensamos ser possível, com evidente ganho de eficiência e sem perda de produção e de papel, a redução da atividade noturna dos helicópteros.

A decisão da seleção dos helicópteros a manter em funcionamento durante as 24 h deverá ser feita com base nas características do aparelho, nomeadamente no seu ecletismo e multifuncionalidade (adaptado a todos os tipos de transporte) e não com base no local da sua atual base e na sua casuística, até porque esse local pode ser facilmente alterado e a sua casuística resulta, não só da procura, mas também da oferta atualmente existente.

As aeronaves médias (2) em funcionamento apresentam melhor relação custo-benefício, mais autonomia e melhor versatilidade para as várias missões em causa.

Cobertura e atividade SAV/SIV (Garantia de Acessibilidade)

A atividade de Emergência Médica funciona em “rede” de complementaridades, que fica devidamente assegurada, mesmo após esta redução noturna, com a atual existência de meios VMER (42), SIV (cerca de 30) e SBV (mais de 400) existentes no País.

Os meios devem ser todos complementares e sinérgicos de forma a conseguirmos a implementação de **um sistema** de Emergência/Urgência e não a manutenção de dois sistemas - um pré-hospitalar (e um pouco inter-hospitalar) e outro hospitalar.

A anulação da atividade noturna de um helicóptero, não deverá significar, pelo menos nesta altura, o encerramento no mesmo período da VMER que lhe dá apoio, nomeadamente em zonas com menor oferta da Rede de VMER/Ambulâncias e da Rede de SU. Estas poderão, eventualmente, continuarem a ser úteis durante a noite, em funcionamento normal, até que nova avaliação da sua real importância dite o contrário.

PROPOSTA

Face ao exposto, nomeadamente:

- História muito recente de existência de 5 helicópteros de Emergência Médica no País (desde Abril 2010);
- Nos primeiros 5 anos e meio de atividade, os únicos dois helicópteros disponíveis funcionaram apenas no período diurno;
- Os 3 últimos helicópteros, ligeiros, “nasceram” com o objetivo de assegurar as missões primárias de regiões mais interiores de Portugal;
- A casuística demonstra que a maioria dos serviços primários para os quais estes 3 helicópteros foram criados ocorre, maioritariamente, no período diurno;
- Os 3 helicópteros ligeiros existiram, durante os primeiros 10 meses de 2011, para assegurar a abordagem primária a cerca de 43 doentes durante o período noturno (0,04 doentes/dia/helicóptero)
- Existe ainda grande margem para aumento de atividade dos dois helicópteros médios (Loures e Baltar), tanto em missões primárias como secundárias;

- Estes dois últimos helicópteros têm uma maior capacidade de operação, o que permitiria assegurar a realização de missões mais distantes do seu ponto de origem e transportes de doentes de maior duração/distância;
- Muitos dos modelos de SHEM internacionais, nomeadamente europeus, oferecem apenas serviços diurnos e/ou com uma oferta relativa (população e/ou área) semelhante ou menor do que a existente em Portugal;
- Importância de ganhos de eficiência do sistema, por aumento da produção e por diminuição de desperdício;
- Interesse estratégico de manutenção da oferta de missões primárias de helicóptero a populações residentes em zonas com uma menor densidade de rede de VMER, ambulâncias e de SU e com piores acessibilidades;
- Possibilidade de maximizar a cobertura do território continental português com SHEM;
- Possibilidade de otimizar a utilização de recursos de elevado grau de complexidade, existentes maioritariamente nos SUP e/ou SUMC com elevada diferenciação em doentes críticos.

Parece adequado, do ponto de vista técnico, propor:

- **Reajustar a “oferta”** deste serviço, com ganhos de eficiência, da seguinte forma:
 - Manter os dois helicópteros médios a funcionar **24 horas**, 7 dias por semana, um na região do **Grande Porto** e outro na região de **Grande Lisboa**;
 - Manter um helicóptero ligeiro na região de **Trás-os-Montes** a funcionar **24 horas**;
 - Reduzir o horário de funcionamento dos outros dois helicópteros ligeiros para **das 8-20 horas**, um na **Beira Alta** e outro no **Baixo Alentejo**.

- **Aumentar a utilização** do SHEMA, nomeadamente através de uma maior divulgação da sua disponibilidade e através de uma maior abrangência dos seus critérios de utilização quer no transporte primário como no secundário e terciário.
- **Melhorar as condições de operação dos heliportos** na rede de SU ou na sua proximidade.

Desta forma, será claramente melhorada a cobertura do território nacional pelo SHEMA e ficará assegurado o acesso a cuidados diferenciados aos cidadãos que deles venham, eventualmente, a necessitar, através da rede articulada de meios que hoje tem à disposição da população (Ambulâncias, VMER e helicópteros), aumentando a eficiência global da sua atividade.

Esta alteração agora proposta permitirá, segundo cálculos do INEM, uma **redução anual de cerca de 1.000.000 euros**, com ganhos de eficiência em toda a atividade do SHEMA.

Referências

¹ “Transporte do Doente Critico - Recomendações” da Ordem dos Médicos e Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

²PESQUEIRA ALONSO et al. Unidades de soporte vital avanzado em Espana 2008. Mapa de situación. *Emergencias* 21:269-275, 2009

³PAPASPYROU ELENI et al. International EMS systems: Greece. *Resuscitation* 63:255-259, 2004

⁴BLACK JJM et al. International EMS Systems: United Kingdom. *Resuscitation* 64:21-29, 2005.

⁵RINGBURG AN. Helicopter emergency services. Effects, costs and benefits. Optima Grafische Communicatie BV, Rotterdam, the Netherlands, 2009

⁶LANGHELLE A et al. International EMS Systems: the Nordic countries. *Resuscitation* 61:9-21, 2004.

⁷TREVITHICK et al. International EMS systems: New South Wales, Australia

Capítulo 8: Recomendações sobre Competências e Formação em Urgência/Emergência

Na sequência de uma análise da realidade atual da Rede de Serviços de Urgência existente em Portugal Continental e, no seguimento do que foi proposto e publicado em 2009 pela Comissão Regional do Doente Crítico, da ARS Norte¹ nesta matéria, julga esta Comissão fundamental recomendar um plano formativo que permita, num espaço temporal limitado, a convergência com os parâmetros de qualidade definidos para o sector.

Neste pressuposto, considera-se que a formação dos profissionais desta área, Médicos, Enfermeiros e Auxiliares, é de importância fulcral pelo que se definem as seguintes recomendações e etapas formativas:

1. Recomendação de Fundo – Formação em Urgência:

Médicos – Medicina de Urgência

- a. Criação de um plano de formação em Medicina de Urgência, para Médicos, sob a forma de subespecialidade ou, preferencialmente, especialidade.
- b. Que sejam promovidos/implementados Centros de Formação em Medicina de Urgência com idoneidade para concretizarem Programas de Formação com vista à obtenção dessa Especialidade ou Subespecialidade.
- c. Estes Centros deverão ser estabelecidos em SU da Rede de Serviços de Urgência, preferencialmente de nível Polivalente, e organizados num modelo “dedicado” ou “misto” (por oposição ao modelo “clássico”), com parâmetros de qualidade comprovados (ver definições dos modelos no capítulo “Organização, gestão e estrutura”).
- d. Que, a médio prazo, todos os Médicos que efetuam **atendimento de primeira linha dos SU**, isto é, aqueles que realizam a primeira observação médica após a triagem de prioridades, detenham uma titulação específica em Medicina de Urgência atribuída pela Ordem dos Médicos.

Enfermeiros – Enfermagem de Urgência

É desejável que, pelo menos uma parte da Equipa de enfermagem, possua certificação equivalente ou numa Especialidade na vertente do Doente Urgente, obtida através de processo definido internamente pela Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente que reúna as competências específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem de pessoa em situação crítica, tal como descritas pela Ordem dos Enfermeiros e publicadas em *Diário da República II série nº 35 de 18 Fevereiro 2011 (Regulamento124/2011)*.

2 - Recomendação a Médio-Prazo – Competência em Emergência Médica

- a. Que sejam promovidos/implementados Centros de Formação em Medicina de Urgência com idoneidade para concretizarem Programas de Formação com vista à obtenção dessa Competência;
- b. Estes Centros deverão ser estabelecidos em SU da Rede de Serviços de Urgência, preferencialmente de nível Polivalente, e organizados num modelo “dedicado” ou “misto” (por oposição ao modelo “clássico”);
- c. Que todos os Médicos que efetuam atualmente atendimento de primeira linha de doentes graves adquiram a “Competência em Emergência Médica”, atribuída pela Ordem dos Médicos, num prazo de 5 anos;
- d. No que se refere à Pediatria, devem ser promovidos e implementados 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 SUPP.

3 - Recomendação no Imediato – Formação dos Profissionais de primeira linha – Níveis de Formação e Programas respectivos

Numa estratégia a curto prazo (3 anos), a Comissão recomenda a seguinte formação dos profissionais que efetuam atendimento de primeira linha dos SU dos vários níveis de SU:

3.1 – Formação por Níveis

a. SU Básico e SU Médico-Cirúrgico

- Médico
 1. Formação em Suporte Avançado de Vida;
 2. Formação em Suporte Avançado de Vida em Trauma;
 3. Formação em Emergências Pediátricas (Curso de Suporte Avançado de Vida Pediátrico -2 dias); no caso de SU Básico, a formação em Suporte Imediato de Vida Pediátrico é alternativa aceitável, se o SAVP não for possível;
 4. Formação em Ventilação e Controle Hemodinâmico;
 5. Formação em Transporte de Doentes Críticos;
 6. Formação em Vias Verdes.

- Enfermeiro
 1. Formação em Suporte Avançado de Vida;
 2. Formação em Suporte Avançado de Vida em Trauma;
 3. Formação em Emergências Pediátricas (Curso de Suporte Imediato de Vida Pediátrico);
 4. Formação em Ventilação e Controle Hemodinâmico;
 5. Formação em Transporte de Doentes Críticos;
 6. Formação em Vias Verdes.

- Auxiliar
 1. Formação Suporte Básico de Vida;
 2. Formação Técnicas de Trauma e Imobilização.

b. SU Polivalente

- Médico
 1. Formação em Suporte Avançado de Vida;
 2. Formação em Suporte Avançado de Vida em Trauma;
 3. Formação em Suporte Avançado de Vida Pediátrico e Formação Avançada em Trauma Pediátrico#;
 4. Formação em Prática Básica de Medicina Intensiva;
 5. Formação em Gestão de Situações Multivítimas;
 6. Formação em Transporte de Doentes Críticos;
 7. Formação em Vias Verdes.

- Enfermeiro
 1. Formação em Suporte Avançado de Vida;
 2. Formação em Suporte Avançado de Vida em Trauma;
 3. Formação em Suporte Avançado de Vida Pediátrico e Formação Avançada em Trauma Pediátrico#;
 4. Formação em Prática Básica de Medicina Intensiva;
 5. Formação em Gestão de Situações Multivítimas;
 6. Formação em Transporte de Doentes Críticos;
 7. Formação em Vias Verdes.

- Auxiliar
 1. Formação Suporte Básico de Vida
 2. Formação Técnicas de Trauma e Imobilização

A Formação em Comunicação e Relacionamento em Equipa, Gestão de Conflitos, Comunicação do risco e “más notícias” e *Coping/Burnout* profissional devem também ser contempladas nos Programas de Formação dos profissionais do SU.

As especificidades de atuação em Emergência em ambiente intra- ou extra-hospitalar devem ser alvo de formação e gestão adequada.

Referências

¹Comissão Regional de Doente Crítico. “Um ano de reflexão e mudança.” Administração Regional de Saúde do Norte, 2009

Exclusivo para os Profissionais de Urgências Pediátricas

Capítulo 9: Requisitos para a Informatização Clínica dos Serviços de Urgência

Introdução

A informatização clínica, integrada com o componente administrativo e financeiro, constitui um objetivo estratégico no âmbito da reestruturação do sistema de saúde.

Como entidade defensora da boa prática clínica, compete ao Ministério da Saúde zelar pela definição de critérios e exigências que, também no âmbito dos sistemas de informação, promovam o bom desempenho dos serviços e dos profissionais.

Nesse contexto, considerando relevante a definição e atualização dos requisitos funcionais para a informatização clínica dos SU, propõe-se uma listagem funcional atualizada.

Enquadramento

Em 2005, o Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF) definiu as “Funcionalidades Técnicas para a Informatização Clínica dos Serviços de Urgência”, divulgando as mesmas na Circular Normativa Nº 1/2005 IGIF/DSI, de 02 de Dezembro de 2005.

Em 2007, no contexto específico dos SU, a CTAPRU (Ministério da Saúde) propôs a necessidade de implementar sistemas de informação clínicos credíveis que constituam ferramentas de gestão objetivas.

Presentemente, reitera-se a pertinência da defesa da necessidade de:

1. Proceder à informatização clínica como forma de garantir a exequibilidade de um sistema de informação completo e atualizado;
2. Possibilitar a integração de orientações clínicas para facilitar a implementação de protocolos e recomendações;
3. Garantir a compatibilidade entre os diversos sistemas de informação (clínicos, administrativos e financeiros) na mesma Instituição e entre Unidades de Saúde, fornecendo e relacionando indicadores úteis para uma gestão mais célere e racional dos recursos em função das necessidades do utente e o desejável equilíbrio funcional da entidade gestora. É relevante garantir a interoperabilidade necessária para a criação de uma Rede Nacional de Dados, com o fluxo de

informação entre sistemas (respeitando-se a privacidade individual e a Lei aplicável).

4. Promover a existência de Bases de Dados Clínicos com registo de indicadores de desempenho nas diferentes áreas, permitindo a auditoria clínica, de modo a não só analisar os fluxos de doentes, mas também a que se proceda ao registo clínico e controle da qualidade dos cuidados prestados às diferentes situações em função de metas estabelecidas (Reanimação Cardio-Respiratória, Síndromes Coronárias Agudas, Acidentes Vasculares Cerebrais, Sépsis e Trauma, etc.). É relevante a possibilidade dos sistemas informáticos procederem à recolha e análise de dados em larga escala, com relevância estatística e a possibilidade de acompanhamento dos serviços e realização de comparações (“*benchmarking*”) entre estes (ver capítulo seguinte);
5. Possibilidade de, através do reconhecimento de uma listagem mínima de funcionalidades, criar as melhores condições para um mercado aberto e competitivo entre fornecedores de soluções e sistemas de informação, com exigência de certificação prévia segundo padrão definido baseado em listagem de requisitos considerada exigência mínima para o efeito.

Funcionalidades

Considera-se importante que a aplicação informática clínica possua determinadas funcionalidades, nomeadamente capacidade de:

1. Permitir a transmissão dos registos completos de identificação efetuados no **Registo de Movimento de Doentes** e vice-versa, documentando para o mesmo todos os procedimentos, MCDT e atos médicos registados no decorrer do episódio de urgência, de forma a permitir o registo e faturação dos mesmos pelo respetivo módulo do **Registo de Movimento de Doentes**;
2. Constituir uma solução integral para no SU do Hospital, com interfaces específicas por sala/especialidade e para cada grupo profissional, permitir a informatização dos registos atuais em todo o SU e Urgências periféricas, tudo em consonância, articulação e integração

com o **Registo de Movimento de Doentes** e interligação com o **Registo Médico Eletrónico**, **Registo de Enfermagem Eletrónico**, **Registo de Informação dos Laboratórios** e **Registo de Informação de Imagiologia**;

3. Simplificar a utilização do recurso informático com soluções facilitadoras, e amigáveis adequadas a cada Especialidade/Sala, de registo fácil e desburocratizado, reduzindo ao mínimo o tempo gasto pelos profissionais de saúde para estas tarefas;
4. Garantir a identificação e responsabilidade nominal dos profissionais. Existem vantagens na prévia identificação do utilizador com meios não transmissíveis, por exemplo, por identificação da impressão digital ou outros dados biométricos ou por palavra passe (nos moldes autorizados pela Comissão Nacional de Proteção de Dados);
5. Permitir a informatização completa dos registos previstos e o controle da utilização de sistemas de triagem de prioridades, incluindo tempos médios reais de espera prévios à primeira observação médica, por grupo de doentes, por hora, por Médico e Especialidade;
6. Permitir o uso corrente de planos, recomendações e protocolos clínicos e de cuidados, bem como de percursos clínicos, sobretudo para os doentes e situações identificadas como prioritárias (de alto risco). Nota: no que diz respeito à utilização de recomendações, protocolos ou outras soluções semelhantes de apoio à decisão clínica integrados nos sistemas de informação, comprovação escrita da existência de autorização do seu uso pelos respetivos autores, detentores da propriedade intelectual ou seus representantes legais;
7. Permitir a visualização dos registos clínicos existentes na base de dados (histórico), acedendo a toda a história clínica do doente (v.g. último contacto com o Hospital, nº processo clínico, MCDT realizados, antecedentes familiares, resultados de tratamento, prescrições efetuadas, etc.);

8. Prever alertas clínicos (v.g. doenças infecciosas, alergias e reações adversas do doente) em diferentes vias (v.g. écran, impressora), permitir o seu registo no sistema, bem como visualizar os já registados;
9. Prever diversos alertas relativos ao processo de tratamento do doente (v.g. tempo excessivo de espera, alta com exames sem resultados, etc.);
10. Prever diversos alertas relativos aos contactos prévios do doente com a Instituição (v.g. atendimentos recentes no SU ou na Consulta e se os mesmos deram origem a reorientação do doente para o CSP da área da residência, registos de internamento, etc.);
11. Prever a emissão automática de documentação necessária em caso de transferência do doente, por exemplo, normas relativas a transporte secundário de doentes em caso de transporte inter-hospitalar, desde que os dados clínicos necessários tenham sido devidamente registados;
12. Possibilitar a impressão de qualquer documento ou informação presente em écran e, em especial, a emissão de resumo para o processo clínico do doente;
13. Permitir efectuar informaticamente todas as prescrições de produtos farmacêuticos internamente a executar no serviço, utilizando as tabelas de exames e o formulário;
14. Permitir efectuar informaticamente todas as prescrições de produtos farmacêuticos para o exterior, em interligação com o Sistema de Apoio ao Médico (SAM), por forma à plena utilização das suas potencialidades pelos profissionais Médicos prescritores, imprimindo de acordo com o modelo aprovado a respectiva receita;
15. Permitir efectuar informaticamente todas as prescrições clínicas / requisições de MCDT e pedido de transportes e, em interligação com o SAM, a marcação de consultas;

16. Facilitar o registo no sistema de procedimentos incluídos em portarias relevantes e respetivo preço, ou naquela que à altura da sua implementação se encontrar em vigor, a associar ao respetivo episódio de urgência;
17. Permitir visualizar em écran o circuito do doente no SU, todos os atos, prescrições e requisições, bem como o seu estado de execução, possibilitando deste modo a monitorização dos exames requisitados. Para o efeito terá que permitir o rastreamento completo do doente desde a admissão no SU até à alta – incluindo horas e locais de atendimento, especialidades e profissionais envolvidos, atos prescritos e realizados, etc., permitindo o fornecimento rápido de informações a familiares e/ou acompanhantes de utentes, nomeadamente sobre a localização no SU, tempo de espera e estado clínico;
18. Permitir gerar estatísticas diversas relativas a aspetos clínicos e de gestão, disponibilizada sob a forma de quadros, gráficos e listagens, fornecendo informação tratada estatisticamente sobre todos os dados e registos introduzidos no sistema (v.g. nº e características demográficas dos doentes atendidos, utilização por sala e/ou área funcional do SU, nº de atendimentos por especialidade e profissional, tempos de atendimento alvo previstos até ao início da primeira observação médica e os realmente efetuados, indicação de medicamentos mais prescritos, medicamentos prescritos por médico, demora média do episódio de urgência (primeira observação até decisão final de encaminhamento, por exemplo, alta, internamento, etc.), por especialidade e, se relevante, por área funcional do SU (médica, cirúrgica, etc.), bem como, se for essa a realidade, o número de doentes reorientados para os cuidados primários;
19. Permitir a avaliação periódica de indicadores, incluindo os citados no capítulo 10. Globalmente, deverão permitir a obtenção de: número de episódios (com possibilidade de médias, totais e comparação com outros anos), taxa de episódios por causa de admissão, taxa de episódios por idades / sexo, taxa de episódios por local atendimento, taxa de episódios por freguesia e concelho de residência, taxa de episódios por especialidade médica, taxa de doentes triados por cor/prioridade clínica, produção cirúrgica urgente diária por especialidade média, demora média para observação por Médico (por cor/prioridade clínica), demora média entre a admissão e a triagem de prioridades, demora

média entre a triagem de prioridades e o início da primeira observação médica, demora média desde a triagem à trombólise, demora média desde a triagem à angioplastia primária, demora média desde a triagem até à realização de TAC em doentes com traumatismo craniano, demora média na administração de antibiótico na pneumonia adquirida na comunidade ou suspeita de sépsis grave/choque séptico, demora média global do episódio de urgência, taxa de mortalidade no SU, taxa de readmissões (até às 24, 48 e 72 horas, em geral e por queixa de apresentação), taxa de internamento (com comparação com anos anteriores, percentagem de doentes internados por especialidade médica e percentagem de doentes internados referenciados por outras Unidades de Saúde ou meios de emergência), taxa de transferências internas e externas do SU, taxa de doentes internados por GDH (10 mais frequentes no Serviço de Urgência) e custo por doente tratado. Para além dos tempos médios, nesta e nas restantes funcionalidades com medição da variável tempo, é importante medir ainda as respetivas medianas;

20. Permitir, no contexto de Unidades de Curta Permanência do SU, avaliação periódica no tempo: taxa de ocupação (com comparação com anos anteriores), demora média (com comparação com anos anteriores) e percentagem de doentes com internamentos < 24, < 48 e > 48 horas, taxa de altas e taxa de mortalidade. Considera-se relevante o conjunto dos indicadores supracitados para o SUMC ou SUP. No SUB, pode não haver unidade de observação com logística própria. Na situação específica do SUB localizado em CSP, não são pertinentes os indicadores de internamento nessa unidade de saúde. Contudo, nas unidades hospitalares deve ser contabilizada a taxa de internamento a partir do SU, especificando os doentes referenciados de outros Serviços, incluindo do SUB localizado em CSP;

21. Permitir, especificamente em relação à triagem de prioridades (Sistema de Manchester ou equivalente) e à sua auditoria, possibilitar a recolha e análise de dados respeitantes ao seguinte: número de doentes admitidos no SU, número e percentagem de episódios triados, tempo médio desde a admissão até à triagem de prioridades, total e por prioridade atribuída, tempo médio da triagem de prioridades, identificação dos fluxogramas escolhidos, bem como o seu número e percentagem, por ordem de frequência, números e tipos de prioridades atribuídas, por dia, mês e/ou somatório de meses, bem como por

Especialidade ou por área funcional do Serviço (médica, cirúrgica etc.), número de re-triagens efetuadas, número e percentagem de doentes classificados como “brancos” por dia da semana / Especialidade / Médico, tempo médio desde a triagem até ao início da primeira observação médica, por prioridade atribuída, número e percentagem de doentes internados, por prioridade atribuída, número de “triadores” / mês e rácio do número de auditados / triados;

22. Permitir, relativamente às denominadas VVC, do AVC, da Sépsis e do Trauma (incluindo sub populações específicas, como por exemplo, o trauma craneoencefálico), possibilitar a recolha e análise de dados respeitantes ao seguinte: tempo médio de espera entre o registo administrativo e a triagem de prioridades (Sistema de Manchester ou equivalente), duração média do processo de triagem de prioridades, número e percentagem de doentes com o diagnóstico de Enfarte de Miocárdio ou AVC e as prioridades relativas do Sistema de Manchester (ou equivalente), número e percentagem de doentes não triados na triagem de prioridades, tempo médio de espera entre o registo administrativo e o primeiro registo médico, tempo médio de espera entre o fim da triagem de prioridades e o primeiro registo médico, tempo médio entre a chegada ao Hospital e a realização do primeiro eletrocardiograma (ECG), tempo médio entre a requisição do ECG e a sua realização, tempo médio entre a chegada ao Hospital e a realização de exames analíticos (troponina – enzimas cardíacas), tempo médio entre a requisição de exames analíticos (troponina – enzimas cardíacas) e a sua realização, tempo médio entre a chegada ao Hospital e internamento em unidade especializada (para o tratamento de Enfarte Agudo do Miocárdio ou do AVC), tempo médio entre o primeiro ECG e o internamento em unidade especializada (para o tratamento de enfarte agudo do miocárdio ou do AVC), tempo médio entre o primeiro ECG e a terapêutica fibrinolítica, tempo médio entre o primeiro ECG e a realização de intervenção coronária percutânea primária, tempo médio entre a chegada ao Hospital e a avaliação de lactato sérico, tempo médio entre a chegada ao Hospital e as colheitas para estudo microbiológico, tempo médio entre a chegada ao Hospital e a administração de antibiótico, tempo médio entre a chegada ao Hospital e a avaliação da pressão venosa central nos casos de VVS e taxa de mortalidade total, por idade e sexo (no contexto das vias

verdes). A aplicação informática deve permitir, nomeadamente, a obtenção de todos os indicadores de qualidade preconizados no capítulo seguinte.

23. Possibilitar, à medida que se verificar a informatização dos Serviços de Emergência pré-hospitalares, a possibilidade de interfaces entre os meios pré-hospitalares e os SU que possibilitem o registo e análise do seguinte: tempo médio entre início de sintomas e chegada a Hospital e chegada ao Hospital por meios próprios, ambulância de emergência, viatura com equipa médica ou helitransporte;
24. Possibilitar a interligação a aplicações de telemedicina e imagem digitalizada em uso ou desenvolvimento no Hospital;
25. Permitir a consulta e emissão de listagens relativamente à prescrição e a custos por doente, possibilitando a seleção do período de tempo, da especialidade, do Profissional Médico, da Sala, do Diagnóstico e do doente;
26. Incluir mecanismos automáticos de controlo de fiabilidade;
27. Possibilitar a suspensão automática de realização de MCDT em curso, por alteração das circunstâncias (v.g. abandono do SU, alta a pedido, etc.);
28. Permitir o registo da atividade das diferentes especialidades e profissionais, fornecendo uma identificação precisa do desempenho e da carga relativa de trabalho, durante cada episódio de urgência, possibilitando ainda a utilização da Classificação Internacional de Doenças;
29. Permitir executar histórico resumindo as datas, motivos do contacto e classificação de prioridades, resultados do tratamento e prescrições efectuadas no SU;
30. Transferir para o **Registo de Movimentos do Doente** os dados necessários que possibilitem a visualização na admissão de doentes do SU, da situação do doente relativamente ao pagamento de montantes em dívida (v.g. taxas moderadoras) em relação ao episódio de urgência respetivo, especificando os atos e montantes respetivos;

31. Permitir isolar os resultados clínicos do tratamento (v.g. morte, agravamento inesperado, melhora, agravamento previsível, etc.) e subsequente acesso a toda a informação clínica conducente aos mesmos;

32. Permitir a consulta de todos os MCDT requisitados, efetuados, colhidos, enviados, recebidos e prontos, assim como tempo médio de demora dos mesmos desde o momento da colheita ou realização até se encontrarem prontos;

33. Permitir a chamada de auxiliares de ação médica e/ou mensageiros pela via informática.

Segurança e confidencialidade

O módulo clínico deverá assegurar tecnicamente os mecanismos de *segurança e confidencialidade* das informações incluídas no modelo de dados a definir.

Em conformidade, a entidade proponente, previamente à implementação do aplicativo informático, estabelecerá os competentes contactos com a Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPD), a fim de obter o correspondente parecer daquela Comissão, de forma a legitimar a sua utilização no SU.

Disposições Finais

A listagem das funcionalidades técnicas para a informatização clínica dos SU constitui o referencial para a organização de sistemas de informação a implementar na Rede de Urgências.

Valorizando a capacidade de avaliação sistemática do desempenho dos serviços e realçando a importância estratégica de aspetos como as denominadas VV, o enunciado representa uma ferramenta de gestão que facilitará a gestão objectiva da doença, dos doentes e dos serviços e que contribuirá para a normalização de um setor cada vez mais relevante para a gestão clínica e dos serviços.

Capítulo 10: Qualidade e indicadores de qualidade em Urgência / Emergência

Atualmente, as intervenções na área da saúde, ou que sobre ela incidam, tecem maioritariamente, considerações, questões ou manifestam preocupação sobre a qualidade em saúde, seja numa perspetiva global e genérica, seja nas suas diferentes dimensões e atributos.

Desta forma, à semelhança do que se passa a nível internacional, as questões relacionadas com a avaliação da Qualidade no Sistema de Saúde assumem cada vez maior relevância em Portugal. Avaliar e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos e assegurar a todos os utilizadores acesso a cuidados de qualidade, em tempo útil e com eficiência de gestão de recursos é, pois, o grande desafio para os sistemas de saúde.

O que é então **Qualidade** em Saúde? A definição dada pela Norma ISO 8402 (*Internacional Organization for Standardization*) para o termo Qualidade, é: “a totalidade das características de uma entidade que lhe confere a capacidade de satisfazer necessidades explícitas e implícitas dos clientes”. A Qualidade é um conceito complexo, avaliada pela conformidade ou adequação a um grupo de expectativas ou padrões que derivam de três aspetos básicos: a eficácia, determinada pela Ciência Médica; a conformidade, determinada por valores e expectativas individuais; a legitimidade, determinada por valores e expectativas sociais. Assim, a Qualidade não é avaliada exclusivamente em termos técnicos ou da prática específica, mas, por um conjunto de fatores que envolvem elementos individuais e coletivos no estabelecimento deste juízo de valor.

A seleção de **Indicadores de Qualidade** (IQ) é um procedimento utilizado com o objetivo de dispor de informação multidimensional e de apoio á decisão, constituindo uma das principais ferramentas da política de qualidade, numa tentativa de simplificar este complicado assunto. Nalguns países, inclusivamente, a monitorização da Qualidade através do recurso a indicadores tem carácter obrigatório (Alemanha) e determina incentivos financeiros (ex. Suécia, Reino Unido, Holanda, França). Os IQ ajudam a compreender a variação que existe num processo,

monitorizam o processo ao longo do tempo, ajudam a observar o efeito da mudança num processo e ainda providenciam pontos de referência.

Os indicadores medem aspetos qualitativos e/ou quantitativos relativos à estrutura, aos processos e aos resultados. A estrutura é definida, por autores como Donabedian e Fleming, como a parte física de uma Instituição, os seus funcionários, equipamentos, e aspetos relativos à organização, entre outros. A maior parte dos IQ de estrutura medem o maior ou menor desenvolvimento local, regional ou mesmo nacional, sendo uma medida indireta de qualidade e difíceis de relacionar com os indicadores de resultado. Os processos são as atividades de cuidados realizadas para um determinado doente, são os componentes do encontro entre o doente e o clínico, a sequência de ações destinada a produzir um bom resultado no doente. Estes IQ de processo verificam a conformidade entre o previsto e o realizado, assegurando o cumprimento de procedimentos e/ou regras que habitualmente conduzem a melhores resultados, não sendo no entanto absolutamente linear em todos os casos uma relação causa-efeito perfeitamente estabelecida. São, geralmente, os mais utilizados na prática corrente. Os IQ de resultado são as demonstrações dos efeitos da estrutura e do processo e os IQ que os medem são os mais difíceis de usar por implicarem uma criteriosa definição de variáveis e ajuste de risco por gravidade da doença.

Segundo a OMS, indicadores são marcadores da situação da saúde, performance de serviços ou disponibilidade de recursos definidos para permitir a monitorização de objetivos, alvos e performances (OMS, 1996). Portanto, indicadores não devem ser confundidos com objetivos e alvos, mas os objetivos são um dos componentes dos indicadores.

A escolha dos IQ propostos assentou na informação disponível sobre os projetos internacionais existentes ou em implementação. Considerou-se que, para além dos critérios “clássicos”: validade, aceitabilidade, utilidade, fiabilidade, viabilidade de medição de indicadores deveriam também:

1. Ser compatíveis com os sistemas de informação, atualmente, utilizados nas Instituições de Saúde em Portugal ou, no mínimo, facilmente implementáveis;
2. Refletir áreas Clínicas com significativo “peso” da doença (incidência, prevalência e custos associados) e que tenham sido contempladas no Plano Nacional de Saúde (PNS 2004-2010 e no que se encontra em fase de discussão);
3. Permitir monitorizar processos e resultados, incluindo *outcomes* clínicos e os que se relacionam com a perspetiva do doente;
4. Ser abrangentes, permitindo monitorizar os aspetos mais relevantes da saúde na área da Urgência/Emergência;
5. Ser relevantes, respondendo às principais questões/necessidades dos utilizadores;
6. Ser orientadores, não descrevendo apenas a situação atual mas apontar possíveis direções de melhoria (meta, objetivo);
7. Ser sinérgicos, utilizar e partilhar informação com outros Sistemas e Organizações (EUROSTAT, OCDE, NICE, TARN, etc.)

Os componentes dos indicadores são:

1. O numérico do indicador (relação matemática),
2. O referencial comparativo (standard)
3. As metas ou objetivos.

A fórmula de obtenção do indicador indica como o valor numérico é obtido.

Assim são definidos neste capítulo numa primeira parte os *standards* mínimos ou referenciais comparativos e numa segunda parte são propostos os IQ que irão servir para monitorizar os Serviços. Porque os indicadores propostos têm como objetivo uma visão global da Qualidade de Cuidados na área da Urgência/Emergência, devem ser vistos e analisados como um todo e não cada indicador de *per si*, permitindo assim que o conjunto dos indicadores seja o monitor da Qualidade de cada SU/Serviço de Emergência.

Esta primeira edição de IQ em Urgência/Emergência tem como finalidade produzir conhecimento, a partir de 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 e a estimular uma utilização adequada dos Serviços de Saúde, através nomeadamente da melhor gestão das expectativas individuais dos pacientes sobre 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.

Adicionalmente 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.

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 define como uma “Orientação Estratégica” “aumentar o acesso (pelo cidadão) a informação validada e isenta” e discrimina: “Deverá ser estimulada a implementação gradual de produtos, serviços e tecnologias facilitadoras da prestação de informação e apoio à decisão dos utentes do Sistema de Saúde...”. O que propomos é uma forma de o fazer com impacto significativo e numa área de interesse social relevante.

1 - STANDARDS MINIMOS PARA OS SERVIÇOS DE URGÊNCIA/EMERGENCIA

- A) ACESSO – O acesso do cidadão a cuidados de Urgência/Emergência é assegurado permanentemente por uma linha de atendimento 112 que envia para o local o meio mais adequado (ver capítulo sobre veículos emergência médica);
- B) ACESSO - O acesso do cidadão a cuidados de Urgência/Emergência é assegurado permanentemente num SU à distância máxima de 60 minutos de trajeto (ver capítulo sobre níveis de responsabilidade do SU e sobre rede de referênciação);
- C) TRIAGEM – A chegada de doentes aos SU é com frequência imprevisível e dependendo da afluência, da gravidade dos casos e dos profissionais disponíveis, os doentes podem ter de esperar para serem vistos por um Médico. Em todos os SU, qualquer que seja o nível, deve existir um sistema de triagem que permita distinguir os doentes por gravidade fisiológica, de modo a que, se houver tempo de espera, se exerçam critérios pré-estabelecidos de observação.
- D) DEFINIÇÃO DOS NÍVEIS DE SU E REDE DE REFERENCIAÇÃO – Os diferentes SU devem estar articulados em rede (ver capítulo “Rede de Referênciação”) de modo a permitir o tratamento dos doentes atempadamente no local próprio. Cada SU deve conhecer o seu papel na Rede e o modo de articulação com outros Serviços.
- E) QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE – Os *standards* mínimos para a qualificação e formação dos profissionais de saúde estão definidos em capítulo próprio.
- F) PLANO DE CATÁSTROFE – Cada SU deve ter um plano de catástrofe/contingência, que inclua a resposta a situações multivítimas. Este plano deve ser do conhecimento de

todos os profissionais do respetivo Serviço, devendo ser realizada formação e exercícios de simulação periódica.

- G) PASSAGEM DE TURNO - Cada passagem de turno, pelo risco de perda de comunicação inerente, deve ser feita verbalmente mas também deve haver um plano escrito resumizando a situação. Deve existir consignado no horário dos profissionais tempo de sobreposição para este momento crítico.

- H) TRANSFERÊNCIA INTER-HOSPITALAR - O Hospital no qual está o doente é responsável pelo seu tratamento e se não tiver capacidade para tal deve promover a transferência, em segurança, para o Hospital adequado, isto é, com as capacidades necessárias, e mais próximo. Se for impossível ao Hospital adequado mais próximo receber o doente, uma de três situações se coloca: ou arranja capacidade dentro de tempo útil; ou ajuda o Hospital que tem o doente a encontrar alternativa e essa iniciativa tem rápido sucesso; ou se estes dois anteriores falharem recebe o doente ativando o seu plano de catástrofe/contingência.

- I) EQUIPAMENTO – O equipamento está definido em capítulo próprio dependendo do tipo de SU ou meio pré-hospitalar (ver capítulo níveis de responsabilidade de SU).

- J) INFORMAÇÃO – Deve haver, em cada SU, acesso a fontes médicas relevantes em formato eletrónico.

- K) CONTROLO DE QUALIDADE – Todos os SU devem ter um serviço de Controlo de Qualidade, com o objetivo de monitorizar a performance do Serviço, baseando-se nomeadamente nos IQ.

2 - INDICADORES DE QUALIDADE (IQ)

INDICADOR	OBJETIVO	NUMERADOR	DENOMINADOR	STANDARD
IQ -GENÉRICOS				
Tempo entre a admissão e a primeira observação médica, por nível de prioridade de observação	Reduzir o tempo entre a chegada do doente e o tratamento.	Tempo mediano entre a admissão e o atendimento por um médico, por indicador de triagem	Não aplicável	Dependente do casemix, do sistema de triagem; inferior a 60 minutos, para doentes com indicador de triagem urgente
Tempo de Permanência no SU	Reduzir o tempo de permanência dos doentes no SU	Tempo mediano desde a chegada do doente ao SU e a alta, admissão ou transferência	Não aplicável	Evoluir no sentido das 4 horas. Idealmente devem ser obtidos três valores, considerando três populações: todos os episódios de urgência, os que têm alta ou são transferidos e os que são internados
Taxa de Doentes que Permanecem no SU por mais de 6 horas.	Reduzir esta taxa através do melhor atendimento e comunicação	Número de doentes que permanecem no Serviço de Urgência mais de 6 horas	Número de admissões no SU	< 10%
Taxa de Readmissões não Programadas	Reduzir esta taxa através do melhor atendimento e comunicação	Número de readmissões não programadas dentro de 72 horas depois do primeiro episódio de SU	Número de admissões no SU	< 5%; aproximar-se de < 1%
Taxa de Doentes que Abandona o SU antes de Avaliação Médica	Reduzir esta taxa através do melhor atendimento e comunicação	Número de doentes admitidos no SU que o abandonaram sem observação médica	Número de admissões ao SU	< 5%

INDICADOR	OBJETIVO	NUMERADOR	DENOMINADOR	STANDARD
Análise da Satisfação dos Doentes e Acompanhantes relativa à sua Experiência no SU/Emergência	Melhorar a experiência dos doentes no SU	Não aplicável	Não aplicável	Deve ser mantida uma análise qualitativa da satisfação dos doentes e familiares
IQ – Via Verde de Trauma (VVT)				
Tempo até ao Telerradiografia de Tórax nos Traumatizados de Tórax Admitidos como VVT	Melhorar os cuidados aos doentes em VVT	Tempo mediano até ao primeiro RX de tórax nos traumatizados de tórax	Não aplicável	Inferior a 1 hora
Taxa de Entubações Traqueais no TCE grave (escala de Glasgow ≤ 8)	Melhorar os cuidados aos doentes em VVT	Número de doentes com TCE grave e com tubo traqueal	Número de doentes com TCE grave	Aproximação de 100%
Tempo de Demora Operatória nos Traumatismos dos Membros com Fraturas Expostas	Melhorar os cuidados aos doentes em VVT	Tempo mediano entre o diagnóstico e a chegada ao bloco operatório nos doentes com traumatismos dos membros com fraturas expostas	Não aplicável	< 6 horas
Taxa de Doentes com Hematomas subdurais e extradurais que são operados em menos de 4 horas	Melhorar os cuidados aos doentes em VVT	Número de vezes em que o tempo entre a admissão no SU e a realização de craneotomia é inferior a 4 horas, em doentes com hematoma subdural ou extradural	Número de doentes em que foi realizada craneotomia para hematoma subdural ou extradural	> 90%

INDICADOR	OBJETIVO	NUMERADOR	DENOMINADOR	STANDARD
IQ - VVS				
Tempo entre a Admissão de um doente em VVS e realização de doseamento de lactato sérico	Melhorar os cuidados aos doentes em VVS	Tempo mediano entre a admissão de um doente com suspeita de sépsis grave/choque séptico (VVS) e doseamento de lactato sérico	Não aplicável	< 45 minutos
Tempo entre a Admissão em VVS com Sépsis grave/choque séptico e a Administração do Primeiro Antibiótico	Melhorar os cuidados aos doentes em VVS	Tempo mediano decorrido entre a admissão em VVS e a administração do primeiro antibiótico	Não aplicável	< 1 hora
Taxa de Mortalidade de Doentes com Sépsis Grave/Choque Séptico admitidos pela VVS	Melhorar os cuidados aos doentes em VVS	Número de doentes com sépsis grave/choque séptico admitidos pela VVS que morreram nos primeiros 30 dias após o evento	Número de doentes com sépsis grave/choque séptico admitidos pela VVS	≤ 25%
IQ – Via Verde Coronária (VVC)				
Tempo até à Administração de AAS nos Síndromes Coronários Agudos	Melhorar os cuidados aos doentes em VVC	Tempo mediano entre a admissão num SU ou na VMER e a administração de AAS nos doentes com síndrome coronário agudo	Não aplicável	< 1 hora
Número de Intervenções Coronárias Percutâneas Primárias (ICPP)	Melhorar os cuidados aos doentes em VVC	Número de ICPP	Número de enfartes agudos do miocárdio com supra de ST ou BCRE de novo	Aproximação de 100%
Tempo Porta Balão na Intervenção Coronária Percutânea Primária (ICPP)	Melhorar os cuidados aos doentes em VVC	Tempo mediano entre a admissão num SU ou numa viatura de emergência e a realização de ICPP em doentes com enfarte do miocárdio com supra de ST ou BCRE de novo	Não aplicável	< 1 hora

INDICADOR	OBJETIVO	NUMERADOR	DENOMINADOR	STANDARD
Taxa de Doentes com Dor Torácica que realizaram ECG de 12 derivações em <10 minutos	Melhorar os cuidados aos doentes em VVC	Número de doentes com dor torácica que realizaram ECG de 12 derivações em <10 minutos	Número de doentes com dor torácica	Aproximação dos 100%
IQ - Via Verde do Acidente Vascular Cerebral (VAVC)				
Taxa de Doentes com AVC que Realiza Trombólise em menos de duas horas após Admissão	Melhorar os cuidados aos doentes em VAVC	Número de doentes com AVC que realiza trombólise em menos de duas horas após admissão	Número de doentes com AVC com indicação e sem contra-indicação para trombólise	Aproximação dos 100%
Taxa de Mortalidade pós AVC	Melhorar os cuidados aos doentes em VAVC	Número de doentes com AVC que morreram nos primeiros 30 dias após o evento	Número de doentes com AVC	< 20-25%
Tempo entre o doente em VAVC e o TAC Cerebral	Melhorar os cuidados aos doentes em VAVC	Tempo mediano entre o doente em VAVC e o TAC cerebral	Não aplicável	< 25 minutos
IQ – EXTRA-HOSPITALAR				
Taxa de Activação do Meio Pré-hospitalar em menos de 3 minutos	Melhorar a resposta do centro de orientação de doentes urgentes	Número de chamadas de procura assistencial pelo CODU em que a decisão de triagem é tomada em menos de 3 minutos	Número de chamadas de procura assistencial pelo CODU	>90%
Taxa de chegada da VMER ao Local da Ocorrência em Tempo Adequado	Diminuir o tempo de chegada dos meios ao local	Número de casos em que a VMER, em área urbana, chega ao local da ocorrência em menos de 8 min.	Número de casos em que a VMER é ativada em área urbana	>70%

Estes indicadores devem ser monitorizados trimestralmente utilizando os sistemas de informação do SU e do Hospital e, após análise, dar origem a intervenções de melhoria.

Para este efeito, deverá ponderar-se a bondade de existência de grupo de peritos que funcionem como Comissão de acompanhamento do processo de reestruturação e melhoria contínua do sistema de Urgência/Emergência.

REFERÊNCIAS

- 1 - A&E clinical quality indicators, UK Department of Health, 2010: <http://www.dh.gov.uk/publications>
- 2 - Nova Scotia Emergency Care Standards, 2010
- 3 - Quality indicators for trauma outcome and performance, The Trauma Audit and Research Network, 2008:
- 4 - Applying composite performance measures to trauma care. Willis CD, Stoelwinder JU, Lecky FE, Woodford M, Jenks T, Bouamra O, Cameron PA. *J Trauma*. 2010 Aug;69(2):256-62.
- 5 - Measuring quality in emergency medical services: a review of clinical performance indicators El Sayed MJ. *Emerg Med Int*. 2012;2012:161630. Epub 2011 Oct 15
- 6 - Prioritizing performance measurement for emergency department care: consensus on evidence-based quality of care indicators. Schull MJ, Guttman A, Leaver CA, Vermeulen M, Hatcher CM, Rowe BH, Zwarenstein M, Anderson GM. *CJEM*. 2011 Sep;13(5):300-9, E28-43.
- 7 - The development of indicators to measure the quality of clinical care in emergency departments following a modified-delphi approach. Lindsay P, Schull M, Bronskill S, Anderson G. *Acad Emerg Med*. 2002 Nov;9(11):1131-9.
- 8 - Indicadores de Calidad en el enfermo critico, *Med Intensiva*. 2008 Jan-Feb;32(1):23-32.
- 9- Martín MC, Cabré L, Ruiz J, Blanch L, Blanco J, Castillo F, Galdós P, Roca J, Saura RM; Grupos de trabajo de la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC) and Fundación AVEDIS Donabedian (FAD).

ANÁLISE DA ACESSIBILIDADE À PROPOSTA DE REDE DE REFERENCIAÇÃO DE URGÊNCIA- EMERGÊNCIA

Coordenação:

Professora Doutora Paula Santana

Equipa:

Professor Doutor António Rodrigues

Mestre Cláudia Costa

Coimbra, 7 de Fevereiro de 2012



NOTA METODOLÓGICA

Objecto de estudo

Proposta de rede urgência-emergência fornecida à equipa no dia 11 de Janeiro de 2012.

Informação de base

Cobertura da rede viária digitalizada à escala 1:25 000;

Cobertura da rede viária principal cedida pelo INIR;

Resultados provisórios do Censos 2011 ao nível da sub-secção estatística;

Resultados definitivos do Censos 2001 (sub-secção).

O facto da cartografia utilizada para a digitalização da rede ter escalas distintas provoca potenciais distorções. No caso de um modelo *raster*, estas distorções manifestam-se nas diferentes densidades da rede consoante a escala de representação. Dito de outra forma, quanto maior a escala de representação, maior o número de vias incluído. Sendo a densidade uma função da estrutura urbana, um aumento artificial desta provoca o cálculo

erróneo de melhores acessibilidades para aquelas áreas cuja cartografia de base está numa escala maior.

Sendo cada ponto do território português uma fonte de potencial procura, foi necessário criar uma superfície de custo representativa da resistência provocada pelo espaço ao movimento dos agentes. Para tal as distâncias máximas por tipo de estrada foram transformadas de km/h em minutos por metro (min/m). Para tal foi utilizada a expressão:

$$c_{min} = \frac{60 \cdot cell}{1000 \cdot vel}$$

onde *c_{min}* representa o tempo em minutos de atravessamento de cada célula, *cell* representa a dimensão de cada célula e *vel* o limite de velocidade para cada tipo de estrada.

A escolha da dimensão da célula do modelo raster é sempre uma ponderação entre a capacidade computacional disponível e o desejo do investigador de ser o tão rigoroso quanto possível. A escolha de uma grelha com células de 50 metros de lado deu



origem aos custos de atravessamento por célula representados na tabela 1.

Tabela 1

Tipo de via	Limite de velocidade	Tempo/célula
Autoestrada	120	0,0005
IPs e ICs com duas faixas	90	0.000667
Estradas Nacionais	70	0.000857
Estradas Nacionais dentro de limites urbanos	50	0.0012
Células fora da rede viária	6	0.01

Tendo como base uma superfície de custo assente nestes valores, foi possível calcular para cada célula a infra-estrutura da rede de urgência-emergência mais próxima e o tempo total para a atingir. Por outras palavras, calcularam-se superfícies representativas da área de influência de cada unidade e superfícies de acessibilidade para todo o território de Portugal Continental.

As superfícies criadas têm uma resolução também de 50 metros. A partir dos resultados obtidos, é possível agregar os valores de forma a obter acessibilidades médias para um qualquer nível administrativo (concelho, freguesia, etc.). O cruzamento com

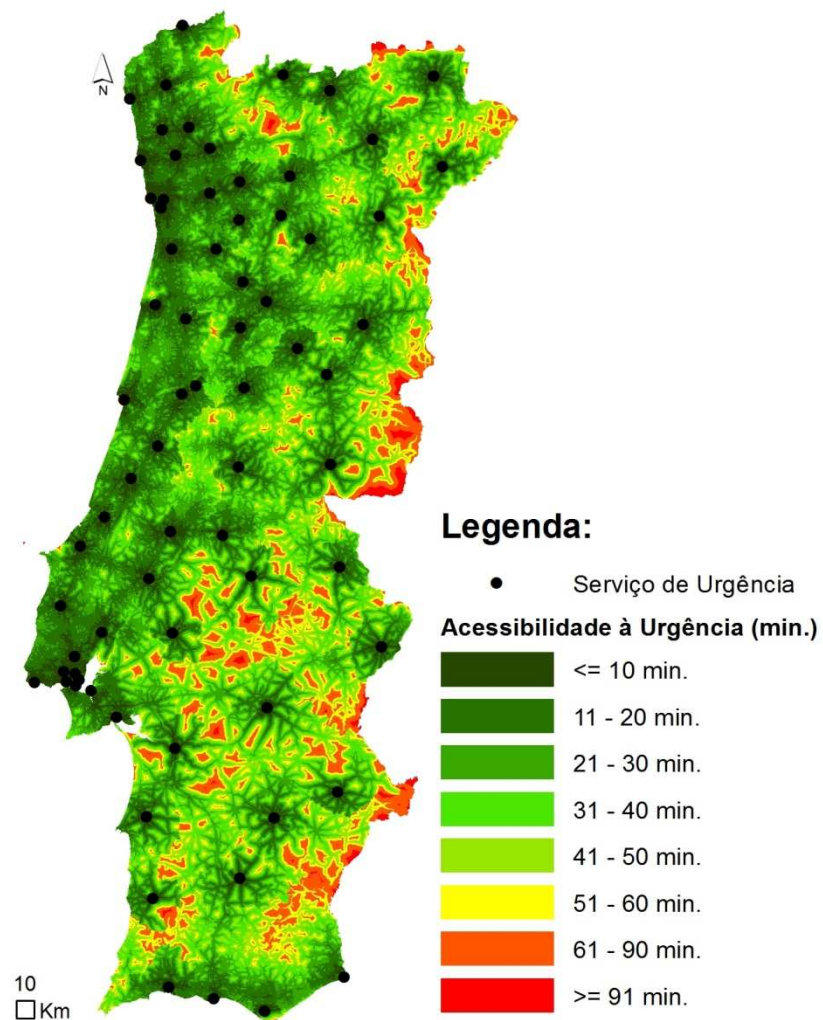
informação do Censos 2001 e 2011 ao nível da sub-secção estatística permite questionar o sistema de forma a saber com grande precisão a população que se encontra a uma determinada distância de um qualquer hospital.

Nota final

Os resultados produzidos dependem de quão exaustiva é a informação de base. O facto da rede viária utilizada estar incompleta e com sérios problemas de topologia (resultante da fusão de dois conjuntos de vetores produzidos por entidades distintas em momentos distintos) provoca um erro sistemático. Esta limitação não impede que a informação disponibilizada pela equipa seja utilizada com um carácter indicativo de padrões territoriais. No entanto, esta mesma informação não deve ser utilizada como base para uma sistematização de uma rede de emergência. Para tal, é indispensável a utilização de uma base vectorial completa ao nível da tipologia e actual em termos de horizonte temporal do estudo.



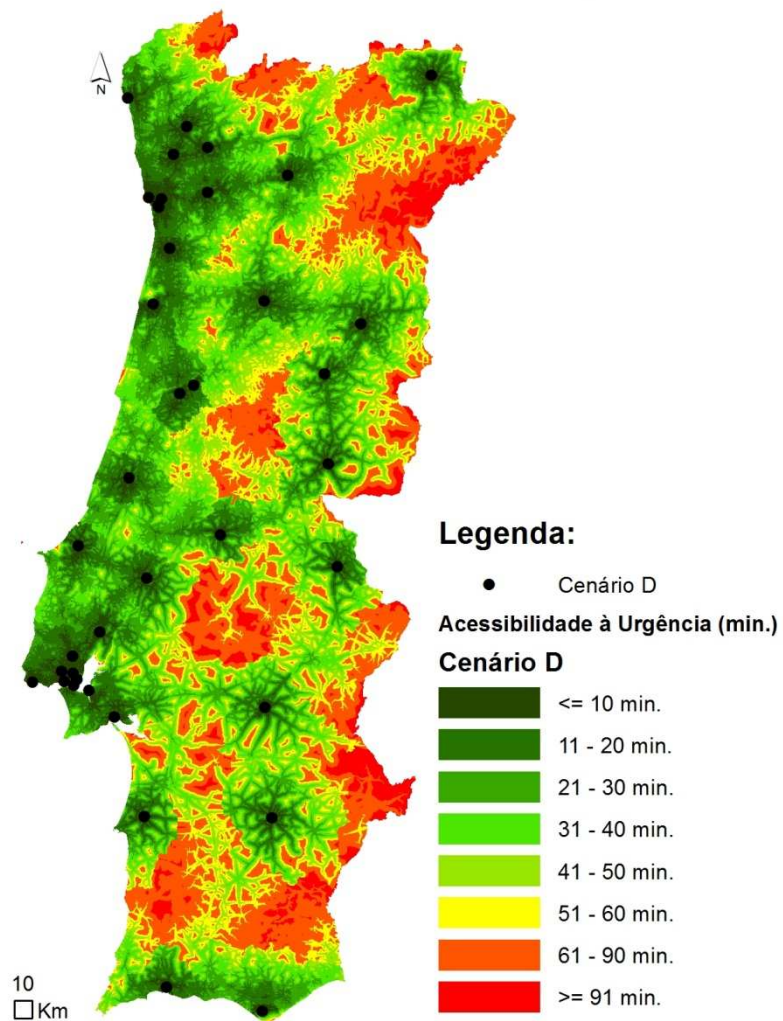
1. Todas as Unidades de Urgência (73 pontos)



População por níveis de acessibilidade

Acessibilidade (minutos)	População Residente (2011)		Intervalos de Acessibilidade	Σ População Residente (2011)	
	Nº	%		Nº	%
0 - 10	5422845	54,0%	<10	5422845	54,0%
10 - 20	3075594	30,6%	<20	8498439	84,6%
20 - 30	1036610	10,3%	<30	9535049	94,9%
30 - 40	333110	3,3%	<40	9868159	98,2%
40 - 50	130942	1,3%	<50	9999101	99,5%
50 - 60	35883	0,4%	<60	10034984	99,9%
60 - 90	11932	0,1%	<90	10046916	100,0%
> 90	375	0,004%			
Total	10047291				





População por níveis de acessibilidade

Acessibilidade (minutos)	População Residente (2011)		Intervalos de Acessibilidade	Σ População Residente (2011)	
	Nº	%		Nº	%
0 - 10	4667547	46,5%	<10	4667547	46,5%
10 - 20	2746506	27,3%	<20	7414053	73,8%
20 - 30	1285661	12,8%	<30	8699714	86,6%
30 - 40	652064	6,5%	<40	9351778	93,1%
40 - 50	346828	3,5%	<50	9698606	96,5%
50 - 60	189508	1,9%	<60	9888114	98,4%
61 - 90	148874	1,5%	<90	10036988	99,9%
>90	10303	0,1%			
Total	10047291				



Glossário

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CODU - Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CRRNEU- Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência

CSP - Cuidados de Saúde Primários

CT - Centro de Trauma

CTAPRU- Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação da Rede de Urgência Geral

CTP – Centro de Trauma Pediátrico

DAE - Desfibrilhação Automática Externa

ECMO – Oxigenação por Membrana Extracorporal

IGIF - Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

MCDT - Meios Complementares de Diagnóstico e Tratamento

MEM - Motas de Emergência Médica

PEM - Postos de Emergência Médica

RNVEM - Rede Nacional de Viaturas de Emergência Médica

SAM - Sistema de Apoio ao Médico

SAVP - Suporte Avançado de Vida Pediátrico

SEM - Serviços de Emergência Médica

SHEM - Sistema de Helicópteros de Emergência Médica

SIEM - Sistema Integrado de Emergência Médica

SIV - Suporte Imediato de Vida

SIVP - Suporte Imediato de Vida Pediátrico

SU – Serviço de Urgência

SUB – Serviço Urgência Básico

SUMC - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

SUP - Serviço de Urgência Polivalentes

SUPP - Serviço de Urgência Pediátrica Polivalente

TAE - Técnicos de Ambulância de Emergência

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCSP - Unidades de Cuidados de Saúde Primários

ULS – Unidades Locais de Saúde

UPIP - Urgência Integrada de Pediatria

USF – Unidade de Saúde Familiar

V V – Via Verde

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação