



Comissão Parlamentar de Saúde

---

**Parecer**

Projeto de Lei n.º 499/XII (3.ª) BE

**Autor: Deputado João  
Prata**

---

**Reorganização funcional da rede de serviços de urgência**



Comissão Parlamentar de Saúde

---

## **ÍNDICE**

**PARTE I - CONSIDERANDOS**

**PARTE II - OPINIÃO DO DEPUTADO AUTOR DO PARECER**

**PARTE III - CONCLUSÕES**

**PARTE IV- ANEXOS**



## Comissão Parlamentar de Saúde

---

### PARTE I - CONSIDERANDOS

#### A) Nota Introdutória

O Grupo Parlamentar do Bloco de Esquerda (BE) tomou a iniciativa de apresentar o Projeto de Lei n.º 499/XII/3.ª, que preconiza a *“Reorganização funcional da rede de serviços de urgência”*.

Esta apresentação foi efetuada nos termos do disposto no n.º 1 do artigo 167.º da Constituição da República Portuguesa e do artigo 118.º do Regimento da Assembleia da República, reunindo os requisitos formais previstos no artigo 124.º do Regimento.

O referido Projeto de Lei deu entrada na Mesa da Assembleia da República no dia 30 de janeiro de 2014, tendo baixado no dia seguinte, por despacho de Sua Excelência a Presidente da Assembleia da República, à Comissão de Saúde, para efeitos de emissão do pertinente relatório e parecer.

A sua discussão na generalidade, pelo Plenário da Assembleia da República, foi entretanto agendada para o próximo dia 28 de fevereiro.

#### B) Do objeto, conteúdo e motivação da iniciativa

O Projeto de Lei n.º 499/XII/3.ª visa estabelecer a reorganização funcional da rede de serviços de urgência.

O desiderato referido é quase exclusivamente concretizado no artigo 2.º do Projeto de Lei n.º 499/XII/3.ª, nos termos do qual se preconiza a criação de serviços de urgência básica em *“Todos os pontos da Rede de Referência de Urgência/Emergência*

Comissão Parlamentar de Saúde

*classificados como serviços hospitalares de urgência polivalente e médico-cirúrgica”, incluindo “centros hospitalares que disponham de urgência polivalente ou médico-cirúrgica”.*

Os referidos serviços de urgência básica deveriam ser instalados em espaços próprios dos respetivos hospitais e, quando estes se integrem num centro hospitalar, a existência daqueles *“não pode prejudicar o funcionamento dos serviços de urgência básicas eventualmente instalados noutras unidades hospitalares do respetivo centro hospitalar”* (cfr. art.º 2.º, n.º 3).

O partido proponente invoca a existência de uma *“crise das urgências”*, que considera não ser *“um problema sazonal”*, antes se caracteriza por *“Urgências sobrelotadas”* em resultado de uma alegada política de *“cortes”* do Ministério da Saúde,

Entende ainda o Bloco de Esquerda que a não existência de urgências básicas nos centros urbanos onde funcionem urgências hospitalares polivalentes ou médico-cirúrgicas leva a que os cidadãos recorram a estas por falta uma urgência básica onde se possam dirigir.

Consequentemente, sustenta ainda o partido proponente, aumenta o afluxo de doentes para as urgências hospitalares, não tendo estas capacidade de resposta por falta de pessoal, daí resultando a *“acumulação de doentes, longas horas de espera e défices na qualidade da assistência prestada”*.

A solução será, então, para o Bloco de Esquerda, a criação de serviços de urgência básica nos hospitais onde já existam urgências polivalentes ou médico-cirúrgicas, por forma a diferenciar o tratamento dos doentes que a estas recorram em função destes carecerem *“de uma resposta mais diferenciada e muito urgente ou mesmo emergente”* ou de *“requere[re]m apenas cuidados básicos, uma assistência mais simples mas pronta.”*

No fundo e em resumo, pretendem que os utentes que não requeiram cuidados mais diferenciados sejam atendidos *“por médicos de medicina geral e familiar, em espaço*



Comissão Parlamentar de Saúde

---

*próprio, e libertando os recursos da urgência polivalente ou médico-cirúrgica para os utentes mais urgentes.”*

**C) Enquadramento legal e constitucional e antecedentes**

Sendo o enquadramento legal e os antecedentes do Projeto de Lei n.º 499/XII/3.ª expendidos na Nota Técnica que a respeito do mesmo foi elaborada pelos competentes serviços da Assembleia da República, a 13 de fevereiro de 2014, remete-se para esse documento, que consta em Anexo ao presente Parecer, a densificação do capítulo em apreço.

**PARTE II - OPINIÃO DO DEPUTADO AUTOR DO PARECER**

O relator do presente Parecer entende dever reservar, nesta sede, a sua posição sobre o Projeto de Lei em apreço, a qual é, de resto, de “*elaboração facultativa*”, conforme disposto no n.º 3 do artigo 137.º do Regimento da Assembleia da República.

Em todo o caso considera não dever deixar de realçar que o Projeto de Lei n.º 499/XII/3.ª é omissivo no que se refere à forma de financiamento dos encargos que certamente não se



## Comissão Parlamentar de Saúde

pode excluir estariam associados à criação dos novos serviços de urgência básica que preconiza.

Neste sentido, aliás, avisadamente se pronuncia a *Nota Técnica* elaborada pelos serviços competentes da Assembleia da República, quando nesta se refere que *“a criação de serviços de urgência básica implicará, necessariamente, a afetação de recursos humanos, equipamentos físicos e materiais, com os consequentes encargos para o Orçamento de Estado”*.

Ora, importa ter presente que, nos termos do n.º 2 do artigo 167.º da Constituição, os deputados e os grupos parlamentares *“não podem apresentar projectos de lei, propostas de lei ou propostas de alteração que envolvam, no ano económico em curso, aumento das despesas ou diminuição das receitas do Estado previstas no Orçamento.”*

Assim, aconselharia a prudência que o artigo 4.º do Projeto de Lei n.º 499/XII/3.ª determinasse a entrada em vigor desse diploma no dia 1 de janeiro de 2015 e não, como atualmente sucede, *“no primeiro dia útil após a sua publicação”*, já que assim enfermará, com probabilidade não despicienda, do vício de inconstitucionalidade por efeito da violação do princípio da *“lei-travão”*, consagrado no já referido n.º 2 do artigo 167.º da Lei Fundamental.

### PARTE III - CONCLUSÕES

1. O Grupo Parlamentar do Bloco de Esquerda tomou a iniciativa de apresentar o Projeto de Lei n.º 499/XII/3.ª, sobre *“Reorganização funcional da rede de serviços de urgência”*;



Comissão Parlamentar de Saúde

2. O Projeto de Lei n.º 499/XII/2.ª foi apresentado nos termos constitucionais, legais e regimentais aplicáveis, encontrando-se reunidos os requisitos formais e de tramitação exigidos;
3. Face ao exposto, a Comissão de Saúde é de parecer que o Projeto de Lei n.º 499/XII/3.ª reúne os requisitos constitucionais e regimentais para ser discutido em Plenário.

**PARTE IV- ANEXOS**

Anexa-se, nos termos do artigo 131.º do Regimento da Assembleia da República, a Nota Técnica.

Palácio de S. Bento, 25 de fevereiro de 2014

O Deputado autor do Parecer

**(João Prata)**

A Presidente da Comissão

**(Maria Antónia Almeida Santos)**





## **Projeto de Lei n.º 499/XII (3.ª) BE**

### **Reorganização funcional da rede de serviços de urgência**

Data de admissão: 31 de janeiro de 2014

Comissão de Saúde (9.ª)

#### **Índice**

- I. Análise sucinta dos factos, situações e realidades respeitantes à iniciativa
- II. Apreciação da conformidade dos requisitos formais, constitucionais e regimentais e do cumprimento da lei formulário
- III. Enquadramento legal e doutrinário e antecedentes
- IV. Iniciativas legislativas e petições pendentes sobre a mesma matéria
- V. Consultas e contributos
- VI. Apreciação das consequências da aprovação e dos previsíveis encargos com a sua aplicação

*Elaborada por: Luisa Veiga Simão (DAC), Lurdes Sauane (DAPLEN), Maria Leitão e Dalila Maulide (DILP) e Paula Faria (Biblioteca)*

*Data: 13 de fevereiro de 2014*

## I. Análise sucinta dos factos, situações e realidades respeitantes à iniciativa

O Grupo Parlamentar do BE vem apresentar uma iniciativa legislativa que visa estabelecer a reorganização funcional da rede de serviços de urgência (artigo 1.º).

Para esse efeito prevê, no artigo 2.º, que todos os pontos da Rede de Referência de Urgência/Emergência, que estejam classificados como serviços hospitalares de urgência polivalente e médico-cirúrgica, incluindo os que se situem em centros hospitalares, passem «a dispor de um serviço de urgência básica, a funcionar de forma articulada e integrada», num espaço próprio dentro do respetivo hospital.

Estes serviços de urgência básica, que a presente iniciativa se propõe criar, deverão obedecer às regras e características que foram fixadas para os serviços de urgência no Despacho ministerial n.º 18 459/2006, de 30 de julho, publicado na 2.ª série do Diário da República de 12 de setembro, já alterado pelos Despachos n.ºs 24 681/2006, de 25 de outubro, publicado a 30 de novembro, 727/2007, de 18 de dezembro, publicado a 15 de janeiro e 16 544/2007, de 3 de julho, publicado a 30 de julho.

A presente iniciativa dispõe que o prazo de regulamentação do Governo seja de 60 dias, a contar da sua publicação (artigo 3.º), devendo a entrada em vigor ocorrer no primeiro dia útil após publicação (artigo 4.º).

As razões invocadas pelo Grupo Parlamentar do BE para apresentação desta iniciativa baseiam-se na constatação de que as urgências existentes no país estão cada vez mais sobrelotadas, com tempos de espera que têm vindo a crescer, agravando-se a situação a cada inverno, embora o problema da sobrelotação permaneça ao longo de todo o ano.

Alega que as causas diretas desta situação são os «cortes praticados no SNS pelo ministro Paulo Macedo, quer nos hospitais, quer nos centros de saúde», que comprometeram o funcionamento das urgências, nomeadamente pela falta de profissionais de saúde, sendo que «as equipas escaladas para as urgências estão reduzidas ao mínimo».

É por isso que o BE propõe a «criação, nos hospitais, de serviços de urgência básica associados às urgências polivalentes ou médico-cirúrgicas» para que seja possível atender às necessidades da população de forma eficaz, assim se descongestionando os serviços de urgência mais diferenciados.

## II. Apreciação da conformidade dos requisitos formais, constitucionais e regimentais e do cumprimento da lei formulário

### • Conformidade com os requisitos formais, constitucionais e regimentais

O projeto de lei em análise é apresentado por oito Deputados do Grupo Parlamentar do Bloco de

Projeto de Lei n.º 499/XII (3.ª) BE

Comissão de Saúde (9.ª)

Esquerda (BE), no âmbito do seu poder de iniciativa, nos termos e ao abrigo do disposto na alínea b) do artigo 156.º e no n.º 1 do artigo 167.º da Constituição e na alínea b) do n.º 1 do artigo 4.º, no artigo 118.º e no n.º 1 do artigo 123.º do Regimento.

A iniciativa toma a forma de projeto de lei, em conformidade com previsto no n.º 1 do artigo 119.º do Regimento, está redigida sob a forma de artigos, tem uma designação que traduz sinteticamente o seu objeto principal e é precedida de uma breve exposição de motivos, cumprindo assim os requisitos formais dos projetos de lei previstos no n.º 1 do artigo 124.º do Regimento.

Define o sentido das modificações a introduzir na ordem legislativa e não infringe a Constituição ou os princípios nela consignados, nos termos do n.º 1 do artigo 120.º do Regimento.

O projeto de lei deu entrada em 30/01/2014, foi admitido e anunciado em 31/01/2014 e baixou, na generalidade, à Comissão de Saúde. Encontra-se agendado para a sessão plenária de 28 de fevereiro de 2014 (Súmula da Conferência de Líderes n.º 73, de 2014/02/05).

- **Verificação do cumprimento da lei formulário**

A Lei n.º 74/98, de 11 de novembro, alterada e republicada pela Lei n.º 42/2007, de 24 de agosto, adiante designada como lei formulário, prevê um conjunto de normas sobre a publicação, a identificação e o formulário dos diplomas que são relevantes em caso de aprovação das iniciativas legislativas, e que importa ter presentes no decurso da especialidade em Comissão e, em especial, no momento da redação final.

Com efeito o Projeto de Lei n.º 499/XII/3.<sup>a</sup> tem um título que traduz o seu objeto em conformidade com o disposto no n.º 2 do artigo 7.º da referida lei formulário.

No artigo 4.º do projeto de lei a entrada em vigor do diploma para «*o primeiro dia útil após a sua publicação*», está em conformidade com o previsto no n.º 1 do artigo 2.º da lei formulário, que prevê que os atos legislativos «*entram em vigor no dia neles fixado, não podendo, em caso algum, o início da vigência verificar-se no próprio dia da publicação*».

Na presente fase do processo legislativo, a iniciativa em apreço não nos parece suscitar quaisquer outras questões em face da lei formulário.

### III. Enquadramento legal e doutrinário e antecedentes

- **Enquadramento legal nacional e antecedentes**

O n.º 1 do artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa (CRP) prevê que *todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover*. Acrescenta a alínea a), do n.º 2, que o *direito à proteção da saúde é realizado através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito*. Para assegurar o direito à proteção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado *garantir o acesso de*

*todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação (alínea a), do n.º 3, do artigo 64.º CRP).*

*A principal obrigação do Estado para realizar o direito à proteção da saúde consiste na criação de um serviço nacional de saúde (n.º 2, 1.ª parte, e n.º 3/d). Uma das características do Serviço Nacional de Saúde (SNS) é ser geral, isto é, deve abranger todos os serviços públicos de saúde e todos os domínios e cuidados médicos<sup>1</sup>.*

O direito à proteção da saúde engloba o atendimento nos serviços de urgência. Com o objetivo de estudar o problema das urgências, com rigor e pormenor, de modo a possibilitar a elaboração de uma política de urgências racional e eficaz que permita infletir de forma sustentada a realidade atual, foi proferido o Despacho de 20 de dezembro de 1994 pelo então Ministro da Saúde, Paulo Mendo.

Segundo o preâmbulo, em 1994, os serviços de urgência hospitalar tinham, *anualmente em Portugal cerca de 5 000 000 atendimentos e os serviços de urgência dos cuidados de saúde primários cerca de 3 500 000. Pode dizer-se que uma população de 10 000 000 de habitantes dá origem a cerca de 8 500 000 atendimentos urgentes por ano, isto é, em cada mil portugueses 850 recorrem anualmente a um serviço de urgência, 500 dos quais a um serviço hospitalar. Estes valores, que não têm paralelo em nenhum país da União Europeia ou da Europa Ocidental, têm-se mantido sem variações significativas ao longo dos últimos anos e revelam uma preocupante disfunção do sistema de saúde, que não o afeta de forma crónica, repercutindo-se em todos os níveis do seu funcionamento e na qualidade dos cuidados que presta. É ainda particularmente grave o facto de se conhecer que cerca de 70% das situações clínicas que determinam esta procura não careceriam de atendimento em serviço de urgência, mas apenas noutra tipo de cuidados de saúde.*

Com o objetivo de resolver este problema foi criada a Comissão Nacional de Reestruturação das Urgências. Esta Comissão ficou encarregue de apresentar um estudo completo sobre as urgências em Portugal, com propostas concretas devidamente fundamentadas e hierarquizadas com base nas respetivas prioridades, que constituam resposta e solução para os problemas apontados no presente despacho e outros que venha a identificar, o que veio a acontecer em abril de 1996. Efetivamente, nesta data, foi divulgado o Relatório Sobre a Reestruturação das Urgências, que definiu os princípios precursores da Rede de Referência das Urgências.

A Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência foi, então, aprovada por Despacho da Secretária de Estado Adjunta do Ministro da Saúde, em 14 de novembro de 2001, tendo sido nomeado um grupo de acompanhamento da Reforma das Urgências, que recomendou objetivos para o desenvolvimento da mencionada Rede.

Na sequência deste despacho, e pelo Despacho Normativo n.º 11/2002, de 6 de março, foi criado o serviço de urgência hospitalar. De acordo com o preâmbulo, *a reorganização da urgência hospitalar, integrada no âmbito das linhas gerais definidas para a reforma do Serviço Nacional de Saúde, tem por objetivo adequar a resposta do sistema de saúde às necessidades impostas pela situação aguda*

<sup>1</sup> J. J. Gomes Canotilho e Vital Moreira, *Constituição da República Portuguesa Anotada*, Vol. I, Coimbra, Coimbra Editora, 2007, pág. 827.

do utente e pressupõe um conjunto de intervenções nos vários elos da cadeia de prestação de cuidados de saúde e uma progressiva e permanente diferenciação de todos os profissionais intervenientes nos processos de socorro, transporte, reanimação e tratamento.

A reestruturação dos serviços de urgência nos hospitais da rede nacional de urgência/emergência, respondendo a uma exigência funcional e organizativa do hospital, constitui um passo fundamental para uma melhoria efetiva e sustentada dos cuidados de saúde e uma medida essencial para uma melhor e mais racional política de recursos humanos e para uma programação e planeamento adequados dos investimentos nesta área.

Quatro anos mais tarde, o Despacho n.º 18459/2006, de 30 de julho, veio determinar a atualização da rede de serviços de urgência do Sistema Nacional de Saúde, definindo as suas características, bem como os níveis de resposta que a integram. De acordo com o preâmbulo, os despachos da Secretária de Estado Adjunta do Ministro da Saúde de 14 de novembro de 2001 e de 7 de fevereiro de 2002, que aprovaram, respetivamente, a Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência e a criação de unidades básicas de urgência (UBU), e que visavam uma articulação em rede dos recursos das instituições de saúde, de modo a garantir uma estruturada capacidade de resposta às necessidades de atendimento urgente de toda a população portuguesa, vieram a mostrar-se desajustados. E acrescenta, volvidos quatro anos de aplicação daqueles normativos, há um *efetivo desajustamento entre a rede aprovada e a rede efetivamente existente no terreno*, tendo as unidades básicas de urgência registado um desenvolvimento muito incipiente.

Este Despacho foi alterado pelo Despacho n.º 24681/2006, de 25 de outubro, e pelo Despacho n.º 727/2007, de 18 de dezembro, que modificaram, respetivamente, o n.º 7 e as alíneas c), d) e e) do n.º 2. Também o Despacho n.º 16544/2007, de 3 de julho, lhe introduziu alterações, dado que determinou a alteração da composição do Grupo de Acompanhamento da Requalificação das Urgências (GARU).

No mesmo ano o Despacho n.º 17736/2006, de 31 de agosto criou, na dependência do Ministério da Saúde, a Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação da Rede de Urgência Geral, que tinha como missão, *apoiar o processo de requalificação das urgências, coordenando a sua atividade com as comissões específicas responsáveis por outras intervenções de urgência, nomeadamente a Comissão Nacional da Saúde Materna e Neonatal; e funcionar como órgão consultivo do Ministério da Saúde nas áreas da sua competência específica em apoio a projetos apresentados pela tutela ou por estruturas de acompanhamento da rede de urgência geral definidas pelo Ministério.*

Na base desta decisão encontrava-se a *segurança e a boa prática na resposta às necessidades do doente urgente e emergente, bem como a exigência da organização e da rentabilização da capacidade instalada e dos futuros investimentos em recursos, que mandatam uma definição técnica das necessidades no âmbito da rede de urgências.*

O Relatório da Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação da Rede de Urgência Geral foi apresentado em janeiro de 2007, e propôs níveis, critérios, condições de acesso e

localização de pontos de rede de urgência, tipificados em três modalidades: serviço de urgência básica, serviço de urgência médico-cirúrgica, e serviço de urgência polivalente. As propostas apresentadas tinham como objetivo melhorar o acesso a cuidados de urgência, garantir maior equidade na distribuição dos pontos de rede a nível nacional, aumentar a racionalidade na utilização de recursos, melhorar a qualidade e a segurança na assistência aos doentes urgentes, investir na emergência pré e inter-hospitalar, reforçar os cuidados de saúde primários e promover a continuidade do processo com estrutura de acompanhamento. Na sequência deste Relatório foram divulgados pela Comissão Técnica de Apoio do Processo de Requalificação das Urgências, os comunicados n.ºs 1/2007 e 2/2007, e ainda a proposta de pontos de rede de urgências.

Em 2 de fevereiro de 2007, o Ministério da Saúde emitiu um comunicado sobre o Relatório Final da Rede de Serviços de Urgência, onde se pode ler, nomeadamente, que a proposta apresentada *assenta na requalificação e redistribuição geográfica dos pontos de urgência, tipificados em 3 modalidades e reafirma a importância e necessidade de reforço da rede móvel treinada e articulada para recolha e transporte pré-hospitalar. O mapa proposto pelo Grupo Técnico reduz consideravelmente o tempo médio de acesso e melhora de forma substancial a equidade territorial e a qualidade da assistência. Implica, certamente, encargos financeiros adicionais, bem justificados pelos esperados ganhos de equidade e qualidade, mas impossíveis de reunir e aplicar de imediato na totalidade. (...) Afirma que tem agora o Governo o conhecimento completo da situação, que lhe vai permitir aplicar gradualmente as recomendações e pontualmente alterá-las, onde surja informação adicional que o justifique. O princípio básico a adotar será o da mais-valia para oferta: onde for recomendável diminuir a aparente disponibilidade de meios, a operação será contrabalançada pela oferta alternativa ou cumulativa de melhores meios. E conclui: o Governo irá proceder à aplicação progressiva das alterações a introduzir, ouvindo ainda, de novo, as autarquias mais diretamente envolvidas. O projeto global de mudança será ainda levado ao conhecimento da Associação Nacional de Municípios Portugueses e da Comissão Parlamentar de Saúde antes da sua entrada em execução.*

O Despacho n.º 5414/2008, de 28 de janeiro, do Gabinete do Ministro da Saúde, definiu e classificou os serviços de urgência que constituem os pontos da rede de referência de urgência/emergência. Este despacho veio *definir quais os serviços de urgência que constituem os pontos da Rede de Referência de Urgência/Emergência, sem prejuízo de ser necessário, em momento posterior, proceder à revisão da arquitetura da rede, para efeitos de referência. Tal revisão só será possível no momento em que todos os pontos ora definidos cumpram os requisitos fixados pelos Despachos que regulam esta matéria.*

*Contudo, o presente despacho permitirá, desde já, em consonância com o imperativo constitucional que obriga o Estado a garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o País em recursos humanos e unidades de saúde e com o carácter evolutivo da política de saúde que, nos termos da lei de Bases da Saúde, se adaptem permanentemente às condições da realidade nacional, às suas necessidades e aos seus recursos, dando continuidade ao processo de requalificação da rede de urgências.*

Já na presente legislatura e pelo Despacho n.º 13377/2011, de 23 de setembro, foi criada a Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU), com a missão de avaliar o estado de implementação da rede de emergência pré-hospitalar e das urgências hospitalares, nomeadamente a distribuição territorial existente, as condições de acesso, a composição das respostas existentes e as consequências dos processos de encerramento e deslocalização de SAP e serviços de urgência; analisar os casos em que a rede não foi implementada e avaliar as razões; informar o Ministério da Saúde sobre a adequação de prosseguir com encerramentos e deslocalizações já previstos e deslocalizações ainda não efetuadas; propor alterações à rede e fazer sugestões ao Ministério da Saúde para a sua evolução; verificar o que tem sido feito para acompanhar a situação dos serviços de emergência pré-hospitalar e urgências e propor a melhor forma de manter um excelente acompanhamento deste sector da saúde.

Em 10 de fevereiro de 2012, a Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência divulgou o seu Relatório. No primeiro capítulo pode ler-se que *a nomeação e o trabalho da CRRNEU se inscrevem 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*. A Comissão apresenta um conjunto de recomendações sobre a Rede Nacional de Emergência e Urgência, debruçando-se, nomeadamente, sobre o serviço de urgência básica (SUB), que é objeto da iniciativa agora apresentada.

Na verdade, a presente iniciativa visa que *todos os pontos da Rede de Referência de Urgência/Emergência classificados como serviços hospitalares de urgência polivalente e médico-cirúrgica passem a dispor de um serviço de urgência básica, a funcionar de forma articulada e integrada, e instalado em espaço próprio do respetivo hospital*. Esta situação deverá ser também aplicada aos centros hospitalares que disponham de urgência polivalente ou médico-cirúrgica e não pode prejudicar o funcionamento dos serviços de urgência básicas eventualmente instalados noutras unidades hospitalares do respetivo centro hospitalar.

Nos termos da alínea e), do n.º 2, do Despacho n.º 18459/2006, de 30 de julho, na redação dada pelo Despacho n.º 727/2007, de 18 de dezembro, serviço de urgência básica (SUB) é o primeiro nível de acolhimento a situações de urgência, constitui o nível de cariz médico (não cirúrgico, à exceção de pequena cirurgia no SU), podendo, como valor indicativo, estar sediado numa área de influência que abranja uma população superior a 40 000 habitantes em que, pelo menos para uma parte, a acessibilidade em condições normais seja superior a sessenta minutos em relação ao serviço de urgência médico-cirúrgico ou polivalente 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;

- 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.

Sobre esta matéria, pode ler-se, designadamente, no Relatório da Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência, de fevereiro de 2012, que o Serviço de Urgência Básico (SUB) 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, diretamente 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<sup>2</sup>.

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<sup>3</sup>.

O Relatório apresenta, ainda, um quadro em que compara o determinado no Despacho n.º 5414/2008, de 28 de janeiro, a avaliação da situação atual realizada localmente pela Comissão, e a proposta apresentada pela Comissão, concluindo que de 45 serviços de urgência básica previstos, se concretizaram um total de 41, propondo a Comissão a sua redução para 34<sup>4</sup>.

Por último, cumpre referir que no Portal da Saúde poderá ser encontrada diversa informação sobre a matéria dos serviços de urgência, nomeadamente, sobre as três comissões criadas até hoje pelo Ministério da Saúde – em 1994, 2006 e 2011 - para estudar esta matéria.

<sup>2</sup> Relatório da Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência, fevereiro de 2012, págs. 28 e 29.

<sup>3</sup> Relatório da Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência, fevereiro de 2012, pág. 35.

<sup>4</sup> Relatório da Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência, fevereiro de 2012, pág. 34.



- **Enquadramento doutrinário/bibliográfico**

### **Bibliografia específica**

HENRIQUES, José Maximiano Pereira - **Da emergência à catástrofe: a resposta médica**. Lisboa: Scribe, 2009. 287 p. ISBN 978-989-96057-5-6. Cota: 28.41 – 252/2010

Resumo: Citando o autor «as estatísticas mantêm hoje, particularmente em Portugal, números preocupantes de vítimas de acidentes de viação e de trabalho que requerem cuidados imediatos. A esses casos há que somar os da doença súbita, com exigência semelhante. Os serviços de urgência hospitalares conservam a prática de um modelo de organização inadequado, e cuja falência e consequente repercussão negativa nos restantes serviços de internamento eram previsíveis há mais de trinta anos.»

Nesta obra, o autor aborda o sistema de emergência médica em Portugal, incluindo o transporte de doentes urgentes; o serviço de urgência (bases da organização, triagem, humanização, sala de emergência e unidade de trauma); medicina de catástrofe (notas para o plano hospitalar, preparação da resposta, aprendizagem e treino). Foca ainda, numa segunda parte, a medicina de salvamento, o sistema de emergência médica e o INEM, a problemática da emergência, o catastrofismo esclarecido e a medicina atual, contaminação por materiais perigosos, o apoio psicológico, etc.

- **Enquadramento internacional**

### **Países europeus**

A legislação comparada é apresentada para os seguintes países da União Europeia: Espanha e França.

### **ESPAÑA**

Em Espanha, o Sistema Nacional de Saúde está organizado de forma a dar três tipos diferentes de resposta em caso de urgência: o atendimento ao nível dos cuidados primários, o atendimento coordenado através dos telefones 118/0611 relativo a urgências e emergências extra-hospitalares, e os serviços de urgência dos hospitais.

No caso dos serviços de urgência dos hospitais, e tal como em muitos outros países, existe uma sobrecarga de acessos resultante, nomeadamente, da utilização destes serviços para patologias não urgentes que, nalguns casos, ultrapassa mesmo os 70%.<sup>5</sup>

Em 2010, o *Ministerio de Sanidad y Política Social*, propôs a criação da *unidad de urgencias hospitalaria (UUH)* que se pode definir como uma organização de profissionais da área da saúde,

---

<sup>5</sup> *Unidad de Urgencias Hospitalaria - Estándares y Recomendaciones*, 2010, pág. 13.

localizada no hospital, que oferece uma assistência multidisciplinar, e que cumpre um conjunto de requisitos funcionais, estruturais e organizativos, de forma a garantir condições de segurança, qualidade e eficiência adequadas para atender urgências e emergências. A UUH deve estar coordenada com os cuidados primários, configurando-se como uma unidade intermédia, que presta serviços (assistência médica e cuidados de enfermagem) até à estabilização do quadro clínico dos doentes que dão entrada no hospital, ou funcionando como um atendimento final para aqueles utentes a quem é dada alta.

No documento *Unidad de Urgencias Hospitalária - Estándares y Recomendaciones* do *Ministerio de Sanidad y Política Social*, são estabelecidos requisitos mínimos ou padrões para a aprovação da abertura, funcionamento e credenciamento destas unidades. Para além de analisar a situação das urgências hospitalares, debruça-se sobre a segurança do utente e as funções e formação do profissional de saúde, terminando com um conjunto de observações sobre a qualidade deste tipo de serviços.

De mencionar a *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*, que estabeleceu a necessidade de criar garantias de segurança e de qualidade que devem ser exigidas na regulação e autorização, por parte das comunidades autónomas, para a abertura e funcionamento nas respetivas regiões de centros, serviços e estabelecimentos de saúde.

De acordo com o previsto no artigo 15.º, o atendimento de urgência é prestado ao utente nos casos em que a sua situação clínica obrigue à prestação de cuidados imediatos. Poderá ser prestado nos centros de saúde e fora deles, incluindo o domicílio do utente, durante as 24 horas do dia, e inclui serviços médicos e de enfermagem.

Por último, refere-se o *Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización*, e que prevê diversos tipos de cuidados/atendimento, designadamente, primários, especializados e de urgência.

O anexo III deste Decreto prevê que o acesso do utente à urgência hospitalar se realize por acesso direto – no caso de existirem razões de urgência ou de risco vital que requeiram recursos que apenas existem em unidades hospitalares – ou por envio de um médico de cuidados primários ou especializados.

## FRANÇA

O artigo L6112-5 do Código de Saúde Pública determina quais os estabelecimentos que podem prestar serviços de urgência em França.

Essas condições encontram-se desenvolvidas na parte regulamentar do Código, nos artigos R6123 e seguintes. O artigo R6123-26, do mesmo Código, procede à criação da rede dos serviços de urgência, que inclui estabelecimentos públicos e privados.

Em setembro de 2012, a Ministra da Saúde propôs o estabelecimento de um pacto de confiança para o Hospital – um projeto de reformas para o setor hospitalar - o qual previa o reforço do acesso aos cuidados de saúde de emergência ao longo de todo o território, através dos Serviços Médicos de Urgência e Reanimação (SMUR) e dos *médecins correspondants* do Serviço de Assistência Médica de Urgência. Esta medida constitui a concretização da promessa eleitoral de François Hollande, que garantia a acessibilidade de cuidados de urgência para todos os franceses a menos de 30 minutos e concretizou-se em alguns instrumentos administrativos:

- Instruction N°DGOS/R2/2012/267 du 3 juillet 2012 relative au temps d'accès en moins de trente minutes à des soins urgents;

- Circulaire du N° SG/2013/195 du 14 mai 2013 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2013;

- Instruction n. ° DGOS/R2/2013/228, du 6 juin 2013 visant à clarifier le cadre juridique et financier des médecins correspondants du SAMU.

Cumpra ainda referir a Circulaire - DHOS/O1 n.° 2007-65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences.

O *Conseil National de l'Urgence Hospitalière* foi criado pelo Décret n.° 2012-1138 du 9 octobre, como órgão consultivo junto do Ministro da Saúde, para vigorar durante cinco anos. Nesse sentido, pode ser encarregue, pelo Ministro, de tratar de todas as questões que digam respeito à organização da prestação de cuidados e da admissão aos serviços de urgência dos pacientes nos estabelecimentos de saúde.

É, designadamente, responsável por:

- Emitir propostas no domínio da admissão de doentes à urgência pelos estabelecimentos de saúde, a fim de otimizar a coesão, a fluidez e a eficiência dos serviços;
- Propor modelos de organização dos cuidados hospitalares para os serviços de urgência ao nível territorial e ao nível dos estabelecimentos de saúde, bem como os procedimentos de avaliação destas organizações;
- Analisar o impacto das organizações sobre as condições de exercício e formação dos profissionais de saúde;
- Contribuir para a recolha e a difusão de boas práticas e para o desenvolvimento de investigação de desenvolvimento no domínio da resposta à emergência nos estabelecimentos de saúde.

Em setembro de 2013, o Conselho apresentou um conjunto de Recomendações de boas práticas para facilitar a hospitalização de doentes provenientes de serviços de urgência. Um das práticas que mais debate gerou foi a criação da figura do «gestor de camas disponíveis» (*gestionnaire de lits*)

*d'aval*) – um profissional de saúde (não necessariamente médico) a quem competiria encontrar serviços que pudessem receber os doentes urgentes.

Refere-se, finalmente o inquérito conduzido pelo Departamento de Estudos do Ministério da Saúde francês, em junho de 2013, com o objetivo de descrever as causas do recurso dos utentes às urgências hospitalares, as dificuldades eventuais encontradas na sua admissão e a diversidade de organizações a atuar no território francês.

## Organizações internacionais

### ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

Em 2008, o Escritório Regional para a Europa da Organização Mundial de Saúde (OMS-EURO) coordenou a realização de um estudo que visou descrever e avaliar os serviços de emergência médica na União Europeia e suas ligações com os sistemas nacionais de gestão de crises. O projeto foi cofinanciado pela Comissão Europeia. O principal resultado do estudo foi o enaltecimento da importância da existência de um conjunto abrangente de leis e regulamentos que definam a organização e estrutura deste tipo fundamental de serviço de saúde e a sua integração no sistema de saúde como um todo. Por essa razão, a OMS-EURO está a investir recursos para ajudar todos os Estados membros da UE a desenvolver mecanismos de coordenação eficazes ao nível multissetorial para a resposta às crises.

Finalmente, o projeto resultou na criação formal do Painel Interministerial Europeu dos Cuidados de Saúde de Emergência, um grupo de peritos na área designados pelos respetivos Ministros da Saúde, que deve reunir de forma regular e colaborar na troca e análise de informações sobre os sistemas de emergência médica em todos os países.

## IV. Iniciativas legislativas e petições pendentes sobre a mesma matéria

Efetuada consulta à base de dados do processo legislativo e da atividade parlamentar (PLC), não se identificaram quaisquer iniciativas ou petições pendentes sobre matéria idêntica.

## V. Consultas e contributos

Considerando a matéria que está em causa, a Comissão de Saúde poderá, se assim o entender, promover a audição ou solicitar parecer escrito, designadamente, às Administrações Regionais de

---

Saúde, à Direção Geral de Saúde e à Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH).

## **VI. Apreciação das consequências da aprovação e dos previsíveis encargos com a sua aplicação**

---

Em face dos elementos disponíveis, não é possível avaliar, do ponto de vista quantitativo, os eventuais encargos resultantes da aprovação da presente iniciativa, salvaguardando porém que a criação de serviços de urgência básica implicará, necessariamente, a afetação de recursos humanos, equipamentos físicos e materiais, com os consequentes encargos para o Orçamento de Estado.

