

NIF	Entidades beneficiárias dos pedidos	Apoios concedidos (euros)	
		Custo total	FSE
501603506	Hospital de Sousa Martins	45 859,43	34 394,57
506361527	Hospital Distrital da Figueira da Foz, S. A.	101 786,74	28 724,70
501804196	Hospital Distrital de Águeda	15 959,94	11 969,96
501626220	Hospital Distrital de Chaves	12 455,52	9 341,64
501457399	Hospital Distrital de Faro	62 414,51	46 810,88
501496343	Hospital Distrital de Lamego	16 765,70	12 574,28
501626123	Hospital do Arcebispo João Crisóstomo	37 011,49	27 758,62
501547274	Hospital do Espírito Santo — Évora	231 704,71	173 778,53
506790983	Hospital do Litoral Alentejano	56 869,84	42 652,38
501570136	Hospital Doutor José Maria Grande	55 552,07	41 664,05
506361454	Hospital Geral de Santo António, S. A.	128 758,30	71 606,13
506361543	Hospital Infante D. Pedro, S. A.	143 738,53	52 277,59
506361667	Hospital Padre Américo — Vale do Sousa, S. A.	155 872,40	43 205,45
506361390	Hospital Pedro Hispano, S. A.	144 477,96	81 032,78
600000877	Hospital Psiquiátrico do Lorvão	64 985,66	48 739,24
600013995	Hospital Sobral Cid	76 483,56	57 362,67
506452654	Instituto da Droga e da Toxicodependência	243 084,80	182 313,60
501356126	Instituto Nacional de Emergência Médica	481 566,48	361 174,86
501427511	Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge	47 771,18	35 828,38
506362299	Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil, Centro Regional de Oncologia do Porto, S. A.	185 417,65	108 983,42
506361438	Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil — Centro Regional de Oncologia de Coimbra, S. A.	66 172,60	12 301,95
502423943	Instituto Português do Sangue	2 370,60	1 777,95
600023230	Maternidade de Júlio Dinis	44 863,33	33 647,50
500900469	Serviço de Utilização Comum dos Hospitais (SUCH)	176 003,37	77 949,61
Total		6 752 094,57	4 136 815,95

19 de Outubro de 2007. — O Presidente, *António Valadas da Silva*.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Gabinete do Ministro

Despacho n.º 25 832/2007

O Programa do XVII Governo Constitucional realça a importância de incentivar o desenvolvimento da cirurgia de ambulatório, importante instrumento para o aumento da efectividade, da qualidade dos cuidados e da eficiência na organização hospitalar.

A cirurgia em regime de ambulatório tem sido a área de maior expansão cirúrgica nos últimos 30 anos, ao nível dos países desenvolvidos, graças às múltiplas vantagens que lhe estão associadas.

O forte impacto social e económico deste modelo organizativo está, antes de mais, associado a um significativo incremento da qualidade, mas permite igualmente a racionalização da despesa em saúde com uma correcta reorientação dos custos hospitalares, em especial quando em presença de elevados índices de substituição da cirurgia convencional, de internamento, pela cirurgia de ambulatório (CA).

A melhoria do acesso dos doentes à cirurgia, através da redução de listas de espera cirúrgica é outra das mais-valias deste regime de cirurgia sobretudo quando este tipo de programas se desenvolve em unidades de cirurgia ambulatória especialmente desenhadas para esse fim, resultando facilitado o processo de agendamento operatório. O correcto planeamento do desenho da unidade e da gestão de recursos humanos, centrada no doente, permite aumentar muito a eficiência hospitalar relativamente à cirurgia de internamento, sendo o doente melhor tratado de acordo com as suas necessidades e podendo regressar a casa no próprio dia da intervenção, de forma a recuperar da sua operação num ambiente familiar.

Na verdade, a CA tende a criar menos *stress* nos doentes, desde que devidamente informados acerca do processo e do acompanhamento na recuperação. Esta situação é especialmente ajustada à cirurgia em pediatria já que permite o menor tempo possível de afastamento das crianças com os seus pais. É ainda muito vantajosa na geriatria, em virtude da facilidade com que estes doentes experimentam episódios de desorientação quando se encontram afastados do seu ambiente familiar, mesmo em pequenos períodos de tempo. As taxas de satisfação de doentes e familiares, registadas na CA nos países tecnologicamente evoluídos, incluindo Portugal, têm vindo sempre a aumentar. Existe evidência científica que prova ser mais rápida a recuperação pós-operatória em ambiente familiar do que a efectuada

em regime de internamento, permitindo a CA um regresso rápido dos doentes às suas actividades diárias, à sua vida familiar e à sua actividade profissional.

A CA associa-se a uma menor taxa de complicações pós-operatórias, apresentando uma incidência de regressos ao hospital não superior àquela encontrada no pós-operatório da cirurgia de internamento. A dor pós-operatória é em geral mais reduzida, sendo assinalada uma diminuição do risco de tromboembolismo em virtude da deambulação precoce. É sabido que a hospitalização aumenta o risco de exposição a infeções e promove o prolongamento do internamento, muitas vezes, para além do necessário. Em oposição, a CA reduz o risco de infeções adquiridas, devido ao afastamento e menor possibilidade de contacto com patologias mais graves. A CA apresenta assim níveis de qualidade clínica e de satisfação, para utentes e prestadores, no mínimo idênticos aos encontrados na cirurgia convencional, para indicações clínicas semelhantes.

Apesar das vantagens comparativas da CA, em Portugal o desenvolvimento deste regime cirúrgico é ainda bastante inferior ao de outros países com os quais nos pretendemos comparar. Analisando o caso de um procedimento cirúrgico específico, a correcção cirúrgica de hérnia inguinal, em Portugal, em 2005, apenas 15 % destas cirurgias foram realizadas em regime de ambulatório, por comparação com os EUA, com 84 % nesse ano, Dinamarca com 73 %, Inglaterra com 42 %, ou mesmo a Itália com 30 %. Mesmo em patologias de oftalmologia, ginecologia/obstetrícia, urologia, cirurgia vascular, otorrinolaringologia, ortopedia, ou cirurgia geral, em que o recurso, em regra, à CA é considerado como o mais adequado, a CA atinge níveis muito mais baixos no nosso país do que em países comparáveis. Dados globais de 2006, mostram que enquanto em Portugal a proporção da cirurgia realizada em regime de ambulatório relativamente ao total de cirurgias realizadas, se situava nos 17 %, este valor era de 55 % na Dinamarca, era de aproximadamente 50 % em países como a Suécia, a Noruega ou a Holanda, e situava-se entre 28 % e 44 % em seis regiões de Espanha.

Importa, pois, corrigir esta situação e maximizar as vantagens da CA, centrada nas necessidades do doente com patologia cirúrgica. A complexidade da estrutura organizacional de um programa desta natureza, a montante e a jusante do acto cirúrgico em si, determina a criação de um núcleo de trabalho para o desenvolvimento de centros de CA, correctamente planeados.

Assim, determino:

1 — A criação de uma Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (CNADCA), com o objectivo de estudar

e propor uma estratégia, e as correspondentes medidas, para o desenvolvimento da CA no Serviço Nacional de Saúde.

2 — A CNADCA terá por missão:

- a) Identificar os actuais constrangimentos, físicos, de recursos humanos e de formação, ou outros, que condicionam o crescimento da CA;
- b) Identificar, para o período recente, os procedimentos cirúrgicos que poderão ser efectuados em regime de ambulatorio, apurando o seu grau de realização actual no SNS, e estimando o impacto económico e na melhoria da acessibilidade dos utentes por redução na lista de espera, por comparação com a cirurgia tradicional;
- c) Explicitar os requisitos que as unidades de CA devem respeitar em termos de instalações/arquitectura, equipamentos, condições de acesso e de organização clínica e administrativa;
- d) Propor metodologias e locais de formação profissional em CA, em articulação com instituições nacionais ou internacionais, caso tal se demonstre necessário;
- e) Apresentar propostas de desenvolvimento imediato de Unidades de Cirurgia de Ambulatorio no SNS, em função da localização geográfica, da organização institucional, dos recursos humanos e sua formação, com adequada viabilidade económico-financeira e gestão clínica articulada com toda a rede de cuidados de saúde, tanto primários como continuados;
- f) Propor a adequação dos sistemas de informação existentes, e da sua eventual integração, face às necessidades das unidades de cirurgia do ambulatorio, particularmente no domínio dos sistemas de classificação de patologias/cirurgias;
- g) Analisar os modelos de financiamento e contratualização para a CA existentes no SNS, propondo eventuais soluções e medidas de incentivo à CA;
- h) Seleccionar e ordenar indicadores que permitam a avaliação contínua da qualidade na cirurgia do ambulatorio;
- i) Acompanhar e monitorizar o arranque de projectos piloto de unidades de cirurgia de ambulatorio, no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E. P. E., e no Centro Hospitalar do Médio Ave, E. P. E., enquanto experiências de aplicação das medidas e recomendações que a Comissão produzirá, e avaliar periodicamente a sua eficácia, eficiência e qualidade.

3 — A Comissão funciona em plenário e através de um núcleo executivo que coordena os trabalhos e operacionaliza as decisões do plenário.

4 — O núcleo executivo é composto pelos seguintes elementos:

Doutor Fernando Araújo, vice-presidente do conselho directivo da Administração Regional de Saúde do Norte (ARSN), I. P., que presidirá.

Dr. José Gaspar Pais, administrador hospitalar do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E. P. E.

Dr. Manuel Seca, especialista em cirurgia geral e coordenador da unidade de cirurgia do ambulatorio do Centro Hospitalar do Porto, E. P. E.

Enfermeira Maria Isabel Rocha Macedo, enfermeira-chefe do bloco operatório do Centro Hospitalar da Póvoa do Varzim/Vila do Conde.

Dr. Paulo Lemos, assistente hospitalar graduado de anestesiologia e responsável pela comissão executiva do Gabinete de Implementação do Centro de Cirurgia Ambulatoria do Centro Hospitalar do Porto, E. P. E.

Dr. Silvestre Carneiro, especialista em cirurgia geral e coordenador da unidade de cirurgia do ambulatorio do Hospital de São João, E. P. E.

Dr. Victor Herdeiro, administrador hospitalar do Centro Hospitalar do Porto, E. P. E.

5 — O plenário da Comissão é composto pelos seguintes elementos:

Doutor Fernando Araújo, vice-presidente do conselho directivo da Administração Regional de Saúde do Norte (ARSN), I. P., que presidirá.

Enfermeira Alexandra Costa, enfermeira responsável da unidade de cirurgia de ambulatorio do Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, E. P. E.

Doutor António Castanheira Dinis, chefe de serviço de oftalmologia e presidente do conselho de administração do Instituto Gama Pinto.

Dr. António José Carvalho Capelo, chefe de serviço de cirurgia geral do Centro Hospitalar de Coimbra, E. P. E.

Doutor Armando Mansilha, especialista em cirurgia vascular do Hospital São João, E. P. E.

Dr. Carlos Sousa, chefe de serviço de cirurgia geral do Hospital do Litoral Alentejano.

Dr.ª Fátima Figueiredo, especialista em anestesiologia e coordenadora da unidade de cirurgia do ambulatorio da Unidade Hospitalar de Santo Tirso do Centro Hospitalar do Médio Ave, E. P. E.

Dr. Francisco José Espinha Ribeiro de Carvalho, especialista em cirurgia plástica e director clínico do Hospital Distrital de Santarém, E. P. E.

Doutor João Bernardes, especialista em ginecologia/obstetrícia do Hospital São João, E. P. E.

Dr. João Manuel Varandas Fernandes, assistente hospitalar graduado de ortopedia e director do serviço de urgência do Centro Hospitalar de Lisboa Central, E. P. E.

Dr. Jorge Martins, assistente graduado de cirurgia geral e presidente do conselho de administração do Hospital Arcebispo João Crisóstomo.

Enfermeiro Jorge Manuel Machado Rola, enfermeiro responsável da unidade de cirurgia do ambulatorio do Hospital Distrital de Santarém, E. P. E.

Dr. José Aníbal Soares, assistente hospitalar graduado de cirurgia geral do Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, E. P. E.

Dr. José Gaspar Pais, administrador hospitalar do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E. P. E.

Dr. Luís Gabriel Pereira, assistente hospitalar graduado de cirurgia geral e responsável pela unidade de cirurgia de ambulatorio do Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, E. P. E.

Dr. Luís Meireles, especialista em otorrinolaringologia do Centro Hospitalar do Porto, E. P. E.

Dr. Manuel Gonçalves Carvalho, assistente graduado de cirurgia geral e director clínico do Hospital do Espírito Santo, E. P. E.

Dr. Manuel Seca, especialista em cirurgia geral e coordenador da unidade de cirurgia do ambulatorio do Centro Hospitalar do Porto, E. P. E.

Dr.ª Manuela Mota Pinto, administradora hospitalar do Centro Hospitalar de Coimbra, E. P. E.

Enfermeira Maria Isabel Rocha Macedo, enfermeira-chefe do bloco operatório do Centro Hospitalar da Póvoa do Varzim/Vila do Conde.

Dr.ª Maria Fátima Aguiar Pereira, assistente graduada de cirurgia geral do Hospital Visconde Salreu.

Dr. Mohamede Americano, especialista em cirurgia geral e director da unidade de cirurgia de ambulatorio do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, E. P. E.

Enfermeira Nilza Maria Lopes Rocha Araújo Lima, enfermeira responsável da unidade de cirurgia do ambulatorio do Hospital Curry Cabral, E. P. E.

Dr. Óscar Gonçalves, chefe de serviço de cirurgia vascular dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

Doutor Paulo Dinis, especialista em urologia do Hospital de São João, E. P. E.

Dr. Paulo Lemos, assistente hospitalar graduado de anestesiologia e responsável pela comissão executiva do Gabinete de Implementação do Centro de Cirurgia Ambulatoria do Centro Hospitalar do Porto, E. P. E.

Dr. Silvestre Carneiro, especialista em cirurgia geral e coordenador da unidade de cirurgia do ambulatorio do Hospital de São João, E. P. E.

Dr. Victor Herdeiro, administrador hospitalar do Centro Hospitalar do Porto, E. P. E.

6 — A Comissão beneficiará, sempre que necessário, do apoio de um grupo técnico constituído pelos seguintes elementos:

Dr.ª Ana Leça, directora de serviços de Qualidade Clínica da Direcção-Geral da Saúde.

Dr.ª Cláudia Borges, da Unidade Operacional de Contratualização e Financiamento da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).

Fernando Mota, vice-presidente do conselho directivo da ACSS.

Dr. Fernando Tavares, coordenador do Departamento de Estudos e Planeamento da ARSN, I. P.

Dr. Pedro Gomes, coordenador da Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia.

Arquitecta Sofia Coutinho, coordenadora da Unidade Funcional da Gestão de Projectos de Instalações da ACSS.

7 — A Comissão articulará os seus trabalhos e solicitará os pareceres que entender convenientes a um conselho consultivo, formado pelos seguintes elementos:

Enfermeira Ana Paula Santos Silva da Ordem dos Enfermeiros.

Dr. Eurico Alves, vogal do conselho directivo da Entidade Reguladora da Saúde.

Dr.ª Isabel Machado, representante da Direcção da Associação de Utentes «Plataforma Saúde em Diálogo».

8 — A Comissão poderá, de acordo com o decorrer dos trabalhos, reunir com os elementos do grupo técnico, de outras entidades do Ministério da Saúde e ou da comissão consultiva, de forma individual ou colectiva, ou auscultar profissionais clínicos de reconhecida idoneidade e competência nas especialidades mais relevantes em cirurgia do ambulatorio, sempre que entender necessário.

9 — A ARSN, I. P., providenciará o apoio logístico e técnico necessários ao bom funcionamento dos trabalhos da Comissão.

10 — Os elementos que integram a Comissão, o grupo técnico e o conselho consultivo desempenharão as suas funções em regime de

acumulação ou a título gratuito, não lhes sendo devida remuneração adicional, mas terão direito à afectação de tempo específico para a realização dos trabalhos, pelos seus respectivos locais de origem.

11 — A Comissão produzirá, até ao final de Abril de 2008, um relatório preliminar que abranja o determinado nos n.ºs 1 e 2 deste despacho, e que será colocado em discussão pública. Este relatório preliminar servirá de base para a realização de uma conferência nacional sobre a cirurgia de ambulatório, cujo formato, organização e forma de financiamento serão propostos pela Comissão, eventualmente em articulação com outras entidades. Realizada a conferência nacional e terminado o período de auscultação e discussão pública, a Comissão entregará o seu relatório final que incluirá recomendações ao Ministério da Saúde e, eventualmente, a outras entidades que a Comissão considere necessário.

12 — A Comissão deverá ainda apoiar a concepção de uma campanha mediática, que informe utentes e profissionais acerca dos benefícios da cirurgia do ambulatório, a ser lançada após a aprovação do relatório final e que será suportada financeiramente pela ACSS.

19 de Outubro de 2007. — O Ministro da Saúde, *António Fernando Correia de Campos*.

Administração Regional de Saúde do Norte, I. P.

Sub-Região de Saúde de Vila Real

Despacho n.º 25 833/2007

Por despacho do coordenador da Sub-Região de Saúde de Vila Real de 22 de Outubro de 2007, no uso de competência delegada, foram nomeados os profissionais abaixo mencionados na categoria de assessor, da carreira técnica superior, do quadro de pessoal dos serviços de âmbito sub-regional (sede):

Manuel Jaime Teixeira Balsa.
Teresa Maria Martins Correia.
Alice Maria Vilela Martins Rodrigues.

(Não carece de fiscalização prévia. Não são devidos emolumentos.)

25 de Outubro de 2007. — O Coordenador, *José Maria Paixão Afonso Andrade*.

Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.

Despacho (extracto) n.º 25 834/2007

Por deliberação do conselho de administração do Hospital de Santa Maria, E. P. E., e por despacho do presidente do conselho de administração da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, de 30 de Novembro de 2006 e de 31 de Maio de 2007, respectivamente, foi autorizada a transferência de Maria Isabel da Silva Cruz, enfermeira graduada, do quadro de pessoal do Hospital de Santa Maria, E. P. E., para o quadro de pessoal da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Centro de Saúde de Odivelas, nos termos do artigo 4.º da Lei n.º 53/2006, de 7 de Dezembro, conjugado com o Decreto-Lei n.º 101/2003, de 23 de Maio. (Isento de fiscalização prévia do Tribunal de Contas.)

21 de Setembro de 2007. — A Vogal do Conselho Directivo, *Ana Maria Nunes*.

Sub-Região de Saúde de Santarém

Despacho (extracto) n.º 25 835/2007

Por despacho de 18 de Outubro de 2007 do coordenador da Sub-Região de Saúde de Santarém, a Sílvia Margarida Zagalo Gouveia, enfermeira graduada a exercer funções no Centro de Saúde de Tomar, foi autorizada a cessação do regime de horário acrescido com efeitos a partir de 25 de Outubro de 2007. (Excluído de fiscalização prévia.)

26 de Outubro de 2007. — O Director de Serviços de Administração Geral, *Carlos Manuel Marques Ferreira*.

Despacho (extracto) n.º 25 836/2007

Por despacho de 24 de Outubro de 2007 do coordenador sub-regional, no uso da subdelegação de competências, a Arlindo Vera Cruz d'Alva Gomes, assistente da carreira médica de clínica geral, a exercer funções no Centro de Saúde de Almeirim, foi autorizado o regime

de dedicação exclusiva de quarenta e duas horas semanais, com efeitos a partir de 1 de Novembro de 2007. (Excluído de fiscalização prévia.)

26 de Outubro de 2007. — O Director de Serviços de Administração Geral, *Carlos Manuel Marques Ferreira*.

Despacho (extracto) n.º 25 837/2007

Por despacho de 18 de Outubro de 2007 do coordenador da Sub-Região de Saúde de Santarém, a Sílvia Margarida Zagalo Gouveia, enfermeira graduada a exercer funções no Centro de Saúde de Tomar, foi autorizada a equiparação a bolseiro, para frequentar o curso de mestrado em Enfermagem Comunitária, na Universidade Católica Portuguesa, de 25 de Outubro de 2007 a Fevereiro de 2009, em regime de tempo parcial. (Excluído de fiscalização prévia.)

26 de Outubro de 2007. — O Director de Serviços de Administração Geral, *Carlos Manuel Marques Ferreira*.

Despacho (extracto) n.º 25 838/2007

Por despacho de 23 de Agosto de 2007 do coordenador sub-regional, no uso da subdelegação de competências, foi autorizada a nomeação na categoria de assistente administrativo principal da carreira de assistente administrativo, após concurso interno de acesso geral, da candidata Ana Filipa Ferreira Godinho, Centro de Saúde de Tomar. (Excluído de fiscalização prévia.)

26 de Outubro de 2007. — O Director de Serviços de Administração Geral, *Carlos Manuel Marques Ferreira*.

Despacho (extracto) n.º 25 839/2007

Por despacho de 24 de Outubro de 2007 do coordenador sub-regional, no uso da subdelegação de competências, a Maria Antonieta Rodrigues Grazina Loureiro Oliveira, assistente graduada da carreira médica de clínica geral, a exercer funções no Centro de Saúde de Almeirim, foi autorizado o regime de dedicação exclusiva de quarenta e duas horas semanais, com efeitos a partir de 1 de Novembro de 2007. (Excluído de fiscalização prévia.)

26 de Outubro de 2007. — O Director de Serviços de Administração Geral, *Carlos Manuel Marques Ferreira*.

Hospital Distrital de Águeda

Aviso n.º 22 114/2007

Por despacho do conselho de administração do Hospital Distrital de Águeda de 22 de Maio de 2007, o Dr. José Martel Neto Gomes Bastos, assistente hospitalar de ortopedia, foi autorizado a praticar actividade privada.

23 de Maio de 2007. — O Presidente do Conselho de Administração, *José António de Sousa Alves*.

Aviso n.º 22 115/2007

Concurso interno geral de provimento de um lugar de chefe do serviço de medicina, da carreira médica hospitalar

1 — Nos termos dos artigos 15.º, 23.º e 30.º do Decreto-Lei n.º 73/90, de 6 de Março, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 210/91, de 12 de Junho, e do Regulamento dos Concursos de Provimento na Categoria de Chefe de Serviço da Carreira Médica Hospitalar, aprovado pela Portaria n.º 177/97, de 11 de Março, faz-se público que, por deliberação do conselho de administração do Hospital Distrital de Águeda de 9 de Julho de 2007, se encontra aberto o concurso interno de acesso para o provimento de um lugar de chefe do serviço de medicina, da carreira médica hospitalar, do quadro de pessoal deste Hospital, aprovado pela Portaria n.º 1/98, de 5 de Janeiro, com alteração introduzida pela Portaria n.º 506/99, de 16 de Julho.

2 — O concurso é interno geral de provimento aberto a todos os médicos possuidores dos requisitos constantes no n.º 4 do presente aviso e já vinculados à função pública.

3 — O concurso é válido para o preenchimento da vaga referida no número anterior, bem como das que vierem a ocorrer no prazo de dois anos contados da publicação da lista de classificação final.

4 — Requisitos gerais e especiais de admissão:

4.1 — Gerais:

a) Ter nacionalidade portuguesa, salvo nos casos exceptuados por lei especial ou convenção internacional, em que deve ser feita prova de conhecimentos de língua portuguesa;

b) Ter cumprido os deveres militares ou de serviço cívico, quando obrigatório;