

assegurar o acesso a uma consulta de cuidados de saúde primários para quem dela necessitasse e o encaminhamento para um serviço de urgência, quando tal se justificasse. O SAP nunca foi, nem poderia ser, um dispositivo de uma rede de urgências. Na verdade, está apenas dotado de um médico e um enfermeiro, sem formação especializada para situações urgentes ou emergentes, e um funcionário administrativo. Não dispõe de meios de diagnóstico químico ou radiológico e está desligado da rede de transporte de doentes. Se durante o dia ele permite o atendimento, ainda que sem relação personalizada entre o médico de família e o utente, durante a noite ele gera uma pretensa sensação de segurança. Com efeito, basta que o doente se apresente no SAP em estado que inspire alguns cuidados, para ser imediatamente remetido a um serviço de urgência, com perda desnecessária de tempo que tão útil seria, em muitos casos, para salvar vidas em circunstâncias limite. Caso fosse necessário estabilizar o doente para, em seguida, o enviar a uma urgência, o único médico disponível no SAP via-se perante o dilema de ficar para atender quem aparecesse para ser atendido, ou acompanhar o doente na viatura de transporte de urgência, caso o estado deste exigisse assistência médica permanente durante o percurso. Mas o fenómeno SAP gerou uma perversão mais grave no SNS. Devido à carência de médicos de família no nosso País, os períodos nocturnos passaram a ser assegurados pelos próprios médicos do centro de saúde, os quais, na manhã seguinte a uma noite de serviço, estão normalmente dispensados de prestar assistência. Este fenómeno obstou, progressivamente, à relação personalizada entre médico e doente, fundamental para a qualidade da prestação de cuidados. Mesmo em centros de saúde onde havia uma confortável dotação de médicos de família, começou a verificar-se um crescendo de consultas de recurso em SAP, por vezes em número superior a 1/3 do total, em simultâneo com a redução, ou baixo crescimento, das consultas em horário regular. Nas consultas de recurso nos SAP, o doente é normalmente visto por um médico que não é o seu, estando este ocupado a ver doentes que não são os seus. Importa, pois, substituir a falsa segurança do SAP nocturno pela possibilidade de acesso ao médico de família ou, quando se justifique, a um serviço da Rede Nacional de Urgência, situado em local de melhor cobertura territorial e populacional e a uma distância acessível, vencida com meios de transporte disponíveis e qualificados. Se nada fizermos tudo piora: os médicos de família envelhecerão, reduzindo o seu contributo em tempo, as lacunas serão cobertas com médicos muitas vezes contratados à hora, caso existam, sem ligação com a comunidade e as famílias; os centros de saúde continuarão com demoras inaceitáveis no atendimento e, sobretudo, na periferia dos grandes centros urbanos, continuará a ser quase impossível acabar com o inaceitável número de utentes sem médico de família. A mudança é indispensável e representa uma prioridade da política de saúde do Governo. Para tanto, o Ministério da Saúde ouviu e procurou, ao mesmo tempo, sensibilizar as autarquias locais para as vantagens resultantes desta mudança, que vai permitir melhorar o acesso à prestação de cuidados de saúde. Apesar de respeitar e ponderar, naturalmente, as posições veiculadas pelos autarcas, concluiu-se que a garantia de uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde determina, por vezes, que a satisfação daqueles interesses não possa ocorrer. O Ministério da Saúde tem sempre de considerar a perspectiva nacional, que procura garantir a equidade e a qualidade no acesso aos cuidados de saúde. Por outro lado, a Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação da Rede de Urgência Geral, criada na minha dependência pelo Despacho n.º 17736/2006 (II Série) publicado no *Diário da República*, n.º 168, de 31 de Agosto, com a missão de, nomeadamente, apoiar o processo de requalificação das urgências, coordenando a sua actividade com as comissões específicas responsáveis por outras intervenções de urgência, entregou-me, em 27 de Setembro de 2006, um relatório/proposta da nova Rede de Serviços de Urgência. Quer isto dizer que não só os cuidados de saúde primários estão a ser objecto de uma reforma, como a própria rede de urgências está a ser requalificada. A prestação de cuidados de saúde urgentes/emergentes, nos quais os SAP não se inserem, está, assim, devidamente planeada e assegurada pelas unidades de saúde tecnicamente habilitadas para o efeito, reduzindo consideravelmente o tempo médio de acesso e melhorando de forma substancial a equidade territorial e a qualidade da assistência.

Acesse que entrou em funcionamento o centro de atendimento telefónico do Serviço Nacional de Saúde, que permite a qualquer cidadão, e durante 24 horas, obter apoio e informações, aconselhamento, incluindo o auto-cuidado e que, quando necessário, encaminha o doente para a estrutura de cuidados de saúde da rede da prestação de cuidados de saúde mais apropriada à sua condição do momento, está reforçado o transporte de doentes pré-hospitalar e está assegurada a referenciação entre os diversos serviços.

Deste modo, veio a Administração Regional de Saúde do Centro, I.P., propor a alteração do horário de funcionamento do Centro de Saúde de

S. Pedro do Sul, com a conseqüente cessação da actividade do respectivo serviço de atendimento permanente.

Em traços gerais, justifica esta proposta com o facto da procura de cuidados de saúde no SAP do Centro de Saúde de S. Pedro do Sul se verificar para situações que, na sua generalidade, podem ser resolvidas pelos médicos de família do mesmo Centro de Saúde, no âmbito da consulta dos utentes ou por intersubstituição, sendo que os utentes que actualmente se deslocam ao SAP em situações de verdadeira urgência são depois reencaminhados para os serviços de urgência hospitalares, perdendo, deste modo, tempo essencial para a prestação dos cuidados diferenciados, o que põe por vezes em risco a vida destes ou gera situações clínicas de difícil recuperação. O SAP é, pois, apenas o prolongamento, em termos horários, das consultas de medicina geral e familiar prestadas pelo Centro de Saúde.

O SAP do Centro de Saúde de S. Pedro do Sul não serve adequadamente os utentes, não garantindo, assim, o direito à saúde; suscita incertezas e transmite uma falsa sensação de segurança, porque não tem os meios humanos e técnicos necessários à prestação de cuidados de saúde urgentes / emergentes.

Deste modo, com base na proposta constante da deliberação da Administração Regional de Saúde do Centro, I.P., não restam dúvidas quanto à imperiosa necessidade de proceder a alterações no funcionamento destes serviços de saúde de S. Pedro do Sul.

Assim, nos termos e ao abrigo do disposto na alínea d) do n.º 2 do artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 222/2007, de 29 de Maio, que aprovou a orgânica das Administrações Regionais de Saúde, I. P, na alínea b) do artigo 2.º, na alínea b) do n.º 2 do artigo 5.º e n.º 1 do artigo 7.º todos da Lei Orgânica do Ministério da Saúde, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 212/2006, de 27 de Outubro, e de harmonia com o estabelecido no artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio, sob proposta do Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde do Centro, I.P., determino o seguinte:

1 — Aprovo a alteração do horário de funcionamento do Centro de Saúde de S. Pedro do Sul, nos precisos termos constantes da deliberação daquela administração regional de saúde, que aqui se dá por reproduzida para todos os efeitos legais, a partir do dia 2 de Janeiro de 2008, inclusive, cessando, na mesma data, a actividade do Serviço de Atendimento Permanente.

2 — A Administração Regional de Saúde do Centro, I.P., garante o cumprimento de todas as medidas propostas na referida deliberação, nomeadamente o atendimento de situações clínicas agudas, do âmbito do ambulatório, pelos médicos de serviço, no horário indicado na deliberação.

3 — A Administração Regional de Saúde do Centro, I.P., para os procedimentos devidos, designadamente divulgação das alterações decorrentes do presente despacho no Centro de Saúde de S. Pedro do Sul.

20 de Dezembro de 2007. — O Ministro da Saúde, *António Fernando Correia de Campos*.

## Gabinete do Secretário de Estado da Saúde

### Despacho n.º 664/2008

Nos termos e ao abrigo do n.º 1 do artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 262/88, de 23 de Julho, dou por finda, a seu pedido, a nomeação da mestre Cristina Maria da Costa André Correia como assessora do meu Gabinete com efeitos a 1 de Janeiro de 2008.

28 de Dezembro de 2007. — O Secretário de Estado da Saúde, *Francisco Ventura Ramos*.

### Secretaria-Geral

### Despacho n.º 665/2008

O Decreto-Lei n.º 259/98, de 18 de Agosto, que estabelece as regras e os princípios gerais em matéria de duração e horário de trabalho na Administração Pública, prevê que os regimes de prestação de trabalho e os horários mais adequados a cada serviço devem ser adoptados em regulamento interno, após consulta aos trabalhadores.

Assim, no uso da competência conferida pela alínea c) do n.º 2 do artigo 7.º da Lei n.º 2/2004, de 15 de Janeiro, com a redacção dada pela Lei n.º 51/2005, de 30 de Agosto, e nos termos dos n.ºs 1 e 2 do artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 259/98, de 18 de Agosto, e ouvidos os sindicatos representativos dos trabalhadores e ponderadas as suas sugestões, aprovo o Regulamento de Horário de Trabalho da Secretaria-Geral do Ministério da Saúde, anexo ao presente despacho e que entrará em vigor em 1 de Janeiro de 2008.

14 de Dezembro de 2007. — A Secretária-Geral, *Isabel Apolinário*.