

Rede Nacional de Especialidade
Hospitalar e de Referenciação

CIRURGIA GERAL



GOVERNO DE
PORTUGAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência

Cirurgia Geral

Grupo de Trabalho

Prof. Doutor Jorge Maciel (Responsável)	Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.
Dr.ª Bárbara Sofia de Carvalho	Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.
Dr. Costa Maia	Centro Hospitalar de São João, E.P.E.
Dr. Gil Gonçalves	Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, E.P.E.
Dr. Jorge Penedo	Ministério da Saúde
Prof. Doutor José Crespo Mendes de Almeida	Centro Hospitalar de Lisboa Norte, E.P.E.
Prof. Doutor José Guilherme Tralhão	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.
Dr. Luís Filipe Pinheiro	Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E.
Dr. Nuno Abecassis	Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil, E.P.E.
Prof. Doutor Paulo Costa	Centro Hospitalar de Lisboa Norte, E.P.E.

Outubro de 2015

ÍNDICE

Índice de Figuras.....	ii
Índice de Quadros	ii
1. Enquadramento legislativo e histórico	3
2. Considerações gerais	8
3. Modelo organizativo da Rede Hospitalar pública de Cirurgia Geral	10
4. Agrupamento dos estabelecimentos hospitalares	12
5. Hospitais/Centros Hospitalares e Unidades locais de Saúde que dispõem da Especialidade de Cirurgia Geral e suas populações de referência	15
6. Classificação dos Hospitais/Centros Hospitalares e Unidades Locais de Saúde que integram a rede de Cirurgia Geral.....	16
7. Capacidade instalada de camas em internamento de Cirurgia Geral em cada unidade que integra a rede	18
8. Número de especialistas em Cirurgia Geral em cada Instituição Hospitalar da rede	20
9. Oito mais frequentes patologias referenciadas à especialidade de Cirurgia Geral	22
10. Referenciação dos doentes da especialidade de Cirurgia Geral	23
11. Reflexões sobre o estado actual e as previsíveis necessidades dos cuidados de Cirurgia Geral em Portugal	27
Abreviaturas, siglas e acrónimos	33
Sinais Convencionais	33

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Ano de produção e entidade de aprovação das RNEHR publicadas	7
Figura 2. Algoritmo de referenciação para a especialidade de Cirurgia Geral	24

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Agrupamento dos estabelecimentos hospitalares do SNS por região de saúde	12
Quadro 2. População de atração direta por entidade hospitalar	15
Quadro 3. Hospitais, Centros Hospitalares e Unidades Locais de Saúde, segundo a Portaria n.º 82/2014, de 10 de abril	17
Quadro 4. Lotação praticada na especialidade de Cirurgia Geral em 2013	18
Quadro 5. Número de médicos especialistas em Cirurgia Geral, por ETC, em 2014	20
Quadro 6. Número de episódios do TOP 8 de diagnósticos principais de Cirurgia Geral para o ano 2014 no Continente	22

1. ENQUADRAMENTO LEGISLATIVO E HISTÓRICO

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) depara-se com diversos desafios desencadeados, sobretudo, pelas alterações demográficas, mudanças nos padrões de doença, inovação tecnológica e mobilidade geográfica.

Considerando as vertentes do acesso e a equidade em saúde, intrínsecas à prestação de cuidados no seio do SNS, e a necessidade de assegurar cuidados de saúde a todos os cidadãos, importa que as diferentes instituições hospitalares garantam a prestação de forma coordenada e articulada entre si, e com os restantes níveis de cuidados. Neste âmbito, as redes de referência hospitalar, actualmente designadas de Redes Nacionais de Especialidades Hospitalares e de Referência (RNEHR), assumem um papel orientador e regulador das relações de complementaridade interinstitucionais, perspectivando-se a implementação de um modelo de prestação de cuidados de saúde centrado no cidadão.

Vários são os normativos legais e documentos técnicos que abordam a temática das redes hospitalares e a sua importância estratégica como garante da sustentabilidade e eficiência do SNS. A Lei n.º 64-A/2011, de 30 de Dezembro, que aprova as **Grandes Opções do Plano para 2012-2015**, bem como o **Programa do XIX Governo Constitucional**, preconizam a melhoria da qualidade e acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, mediante a reorganização da rede hospitalar através de uma visão integrada e mais racional do sistema de prestação de cuidados.

Na sequência do Memorando de Entendimento celebrado com a União Europeia, o Banco Central Europeu e o Fundo Monetário Internacional, foi criado o **Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar (GTRH)** - Despacho do Ministro da Saúde n.º 10601/2011, de 16 de agosto, publicado no Diário da República, II Série, n.º 162, de 24 de agosto - cujo relatório final intitulado “Os Cidadãos no Centro do Sistema, Os Profissionais no Centro da Mudança” definiu oito Iniciativas Estratégicas, corporizadas, cada uma, por um conjunto de medidas, cuja implementação e monitorização, promoverão o cumprimento de um programa de mudança,

com a extensão, profundidade e densidade exigidas numa verdadeira reforma estrutural do sector hospitalar português.

No seu relatório, o GTRH defende que na reorganização da rede hospitalar devem ser considerados diversos factores, nomeadamente: (i) critérios de qualidade clínica; (ii) proximidade geográfica; (iii) nível de especialização; (iv) capacidade instalada; (v) mobilidade dos recursos; (vi) procura potencial; (vii) acessibilidades; (viii) redes de referenciação por especialidade; (ix) equipamento pesado de meios complementares de diagnóstico e terapêutica disponível; (x) *benchmarking* internacional e (xi) realidade sócio-demográfica de cada região.

O GTRH elenca, ainda, um conjunto de fragilidades inerentes às RNEHR existentes, designadamente: (i) desactualização da maioria das redes (a maioria foi elaborada até 2006 e nunca ajustada); (ii) inexistência de um modelo único e homogéneo do documento; (iii) inexistência de aprovação ministerial para algumas das RNEHR publicadas; (iv) ausência de integração entre RNEHR de diferentes especialidades que se interpenetram; (v) inexistência de inclusão dos sectores convencionados e privados (nos casos em que se possa aplicar), contemplando apenas o universo do SNS; (vi) falta de integração do conceito de Centros de Referência e (vii) indefinição quanto ao prazo de vigência das RNEHR.

No primeiro Eixo Estratégico “Uma Rede Hospitalar mais Coerente”, o GTRH propõe a elaboração da Rede de Referenciação Hospitalar de forma estruturada e consistente e dotada de elevados níveis de eficiência e qualidade dos cuidados prestados. Para o efeito, e com o desígnio de redesenhar a rede hospitalar naqueles pressupostos, é proposta a revisão das RNEHR atuais, bem como a elaboração das redes ainda inexistentes, promovendo-se uma referenciação estruturada e consistente entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares (considerando toda a rede de prestação, desde os cuidados de primeira linha aos mais diferenciados), assegurando uma melhor rentabilização da capacidade instalada aos níveis físico, humano e tecnológico.

De igual forma, o **Plano Nacional de Saúde 2012-2016** apresenta um conjunto de orientações, nos eixos estratégicos “Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde” e “Qualidade em Saúde”, propondo o reforço da articulação dos Serviços de saúde mediante a

reorganização dos cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados integrados, cuidados pré-hospitalares, Serviços de urgência, entre outros, consolidando uma rede de prestação de cuidados integrada e eficiente. Pretende-se, deste modo, uma rede hospitalar coerente, racional e eficiente, consubstanciada num sistema integrado de prestação de cuidados.

Por outro lado, a **Portaria n.º 82/2014, de 10 de Abril**, veio estabelecer os critérios que permitem categorizar os Serviços e estabelecimentos do SNS, de acordo com a natureza das suas responsabilidades e quadro de valências exercidas, bem como o seu posicionamento na rede hospitalar, procedendo à sua classificação. Trata-se de um normativo legal que define, predominantemente, orientações estratégicas para a construção de uma rede hospitalar coerente, assegurando a resposta e satisfazendo as necessidades da população.

Acresce que a carteira de valências de cada instituição hospitalar é operacionalizada através do contrato-programa, de acordo com o respectivo plano estratégico. Perante um quadro de reorganização das instituições de saúde hospitalares (no que se refere à disponibilização e coordenação da carteira de valências, aos modelos organizativos e de integração de cuidados), a redefinição do que devem ser os cuidados hospitalares e como se devem integrar com os diferentes níveis de cuidados com a garantia de uma melhor articulação e referência vertical, permite intervir complementarmente no reajuste da capacidade hospitalar.

Desta forma, as RNEHR desempenham um papel fulcral enquanto sistemas integrados, coordenados e hierarquizados que promovem a satisfação das necessidades em saúde aos mais variados níveis, nomeadamente: (i) diagnóstico e terapêutica; (ii) formação; (iii) investigação e (iv) colaboração interdisciplinar, contribuindo para a garantia de qualidade dos cuidados prestados pelas diferentes especialidades e subespecialidades hospitalares.

Assim, as RNEHR permitem a: (i) articulação em rede, variável em função das características dos recursos disponíveis, dos determinantes e condicionantes regionais e nacionais e o tipo de especialidade em questão; (ii) exploração de complementaridades de modo a aproveitar sinergias, concentrando experiências e permitindo o desenvolvimento do

conhecimento e a especialização dos técnicos com a conseqüente melhoria da qualidade dos cuidados e (iii) concentração de recursos permitindo a maximização da sua rentabilidade.

Nesta conformidade, a **Portaria n.º 123-A/2014, de 19 de Junho**, estabeleceu os critérios de criação e revisão das RNEHR, bem como as áreas que estas devem abranger. De acordo com o número 2 do artigo 2.º daquele diploma, foram determinados os princípios aos quais as RNEHR devem obedecer, nomeadamente: “a) permitir o desenvolvimento harmónico e descentralizado dos Serviços hospitalares envolvidos; b) eliminar duplicações e subutilização de meios humanos e técnicos, permitindo o combate ao desperdício; c) permitir a programação do trânsito dos utentes, garantindo a orientação correta para o centro indicado; d) contribuir para a melhoria global da qualidade e eficácia clínica pela concentração e desenvolvimento de experiência e competências; e) contribuir para a diminuição dos tempos de espera, evitando a concentração indevida de doentes em localizações menos adequadas; f) definir um quadro de responsabilização dos hospitais face à resposta esperada e contratualizada; g) permitir a programação estratégica de investimentos, a nível nacional, regional e local e h) integrar os Centros de Referência.”

No sentido de dar cumprimento ao disposto na portaria supramencionada, o **Despacho n.º 10871/2014, de 18 de Agosto**, veio determinar os responsáveis pela elaboração e/ou revisão das RNEHR. Com efeito, o processo inicia-se com a elaboração das seguintes RNEHR: Oncologia Médica, Radioterapia e Hematologia Clínica; Cardiologia; Pneumologia; Infecção pelo HIV e SIDA; Saúde Mental e Psiquiatria; e Saúde Materna e Infantil, incluindo Cirurgia Pediátrica. Posteriormente, o **Despacho n.º 6769-A/2015, de 15 de Junho**, veio designar os responsáveis pela elaboração ou revisão das RNEHR de Anatomia Patológica, Anestesiologia, Cirurgia Geral, Gastrenterologia, Hepatologia, Medicina Física e de Reabilitação, Medicina Intensiva, Medicina Nuclear, Nefrologia, Oftalmologia, Ortopedia, Patologia Clínica, Neurorradiologia, Radiologia, Reumatologia e Urologia.

Em termos históricos, as RNEHR tiveram origem no **Programa Operacional da Saúde – SAÚDE XXI**, na sequência das principais recomendações do Subprograma de Saúde 1994-1999, constituindo-se, na altura, como o quadro de referência de suporte ao processo de reforma estrutural do sector da saúde. No eixo prioritário relativo à melhoria do acesso a cuidados de saúde de qualidade, a medida 2.1 do referido programa (“Rede de Referência Hospitalar”)

objectivava implementar RNEHR pelas áreas de especialização tidas como prioritárias, visando a articulação funcional entre hospitais, mediante a diferenciação e identificação da carteira de Serviços, de modo a responder às necessidades da população, garantindo o direito à protecção e acesso na saúde.

Deste modo, as RNEHR instigaram um processo de regulação e de planeamento da complementaridade entre instituições hospitalares, contribuindo para a optimização e gestão eficiente da utilização de recursos, com vista a assegurar um quadro de sustentabilidade a médio e longo prazo do SNS.

Das 47 especialidades médicas definidas pela Ordem dos Médicos, 41 são especialidades predominantemente hospitalares. Década e meia volvida após a elaboração das primeiras RRH apenas 23 especialidades se encontram integradas em RNEHR (*vide* Figura 1.), sendo que as alterações ocorridas no SNS nos últimos anos não estão reflectidas nas RRH mais antigas.

Embora apenas algumas das RNEHR publicadas tenham merecido aprovação ministerial, a Portaria n.º 123-A/2014, de 19 de Junho, considera em vigor as RNEHR criadas e implementadas.



Figura 1. Ano de produção e entidade de aprovação das RNEHR publicadas

No âmbito da especialidade de Cirurgia Geral, foi elaborada a sua Rede de Referenciação Hospitalar em 2009 sob a responsabilidade da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS), no entanto nunca obteve aprovação ministerial, inviabilizando a sua consequente publicação.

2. CONSIDERAÇÕES GERAIS

A RNEHR de Cirurgia Geral e de Referência dos doentes com patologia desse foro, define quais os Hospitais/Centros Hospitalares que a integram, o fluxo de doentes do ambulatório para essas unidades de saúde, destas entre si e as suas relações de complementaridade e de apoio técnico, no respeito da legislação em vigor.

A RNEHRR regula o acesso dos utentes aos Serviços de Cirurgia Geral das unidades hospitalares, numa lógica de prestação dos cuidados de saúde adequados a cada caso, tendo em conta a área geográfica de residência do utente e a da localização das diferentes unidades hospitalares, sua diferenciação e acessibilidade, para permitir a otimização da utilização dos recursos técnicos e humanos disponíveis e a consequente obtenção de ganhos em saúde.

A maioria das patologias do foro da Cirurgia Geral não necessitam de meios técnicos e humanos com elevada diferenciação dentro da especialidade, pelo que podem e devem ser tratadas segundo a *“legis artis”* e com comodidade para as populações, em unidades de proximidade do local de residência.

Outras patologias há, onde se incluem a cirurgia oncológica e da transplantação, que pela necessidade de maiores recursos, devem ser orientadas para centros que, pela diferenciação técnica dos seus profissionais, pela experiência acumulada e pelos equipamentos com que estão apetrechados e que devem ser rentabilizados, dão mais garantias de uma melhor prática e, conseqüentemente, da obtenção de melhores resultados. Nelas haverá uma maior probabilidade de proporcionar maior sobrevivência e melhor qualidade de vida a custos mais racionais.

Como esse tipo de unidades não estão disponíveis em tão grande número, e localizações geográficas, obrigará a algumas deslocações da população para fora da sua área de residência, que têm que ser entendidas por todos, como lógicas.

Não é objectivo de uma rede limitar o exercício de profissionais impedindo-os de executar alguns procedimentos, mas antes contribuir para tratar os doentes nos locais mais adequados, pelos mais habilitados para aquela situação e com menos desperdícios.

Integrar em rede as diferentes capacidades técnicas e de recursos, definir fluxogramas de orientação dos doentes, por áreas de residência e por patologias, para os centros adequados ao seu tratamento, permitirá um salto qualitativo fundamental nos cuidados de saúde prestados às populações.

As instituições das Regiões Autónomas da Madeira e Açores, por se enquadrarem em legislação específica, não integram a Rede e a Referenciação em apreço.

Alguns hospitais de Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) e entidades privadas, também tratam doentes do foro da especialidade de Cirurgia Geral, mas não integram a Rede Pública dos Serviços de Saúde. Têm uma actividade de carácter supletivo, não lhes estando atribuída a responsabilidade directa de assegurar os cuidados de saúde em primeira linha às populações, pelo que, pese o papel relevante que desempenham, também não integram esta Rede da Especialidade Hospitalar de Cirurgia Geral.

3. MODELO ORGANIZATIVO DA REDE HOSPITALAR PÚBLICA DE CIRURGIA GERAL

O estabelecido nesta rede, repercute o determinado pela Portaria nº 82/2014 de 10 de Abril “...proximidade, complementaridade e hierarquização da rede hospitalar...”, que entre outros classifica e hierarquiza Hospitais, Centros Hospitalares e unidades locais de saúde (ULS), segundo a natureza das suas responsabilidades e das valências efectivamente exercidas.

A Cirurgia Geral é uma das especialidades nucleares e estruturantes da actividade hospitalar e uma das áreas fundamentais da prestação de cuidados de saúde. Embora com diferentes níveis de diferenciação e equipamento, está disponível em todas as Instituições que integram a Rede Hospitalar do Serviço Nacional de Saúde (SNS)

Os Centros Hospitalares e algumas Unidades Locais de Saúde, que compõem a Rede Hospitalar de Cirurgia Geral do SNS, integram actualmente mais do que um Hospital, sendo que nalguns, a especialidade e internamento de Cirurgia Geral existe em mais que uma delas.

Tal dispersão de doentes e de profissionais vai ao arrepio dos princípios subjacentes à criação de redes hospitalares e de referência, que visam a acumulação de experiência dos profissionais com vista a melhores práticas, à não dispersão dos meios tecnológicos e à redução dos custos.

São conhecidos, é certo, problemas de acessibilidades das populações de algumas regiões, mormente no inverno, em que o risco de isolamento não é despreciando e que por isso justificam, nesses locais, a adopção de organizações funcionais adequadas aos condicionalismos do meio em que se inserem.

Naquelas em que tal não se verifique, a cirurgia oncológica e outra diferenciada, deverá ser centralizada no hospital, mais bem apetrechado em meios técnicos para a área da Cirurgia Geral e onde os seus profissionais devem ser centralizados.

Os demais hospitais que integrem essas instituições, não devem realizar cirurgias do foro da Cirurgia Geral, que não sejam susceptíveis de serem realizadas em segurança, em regime de cirurgia de ambulatório, com pernoita ou não (< de 24h de internamento).

Em alguns Centros Hospitalares que resultaram da fusão de várias grandes unidades hospitalares e dado não disporem, ainda, de condições estruturais para a implementação da organização preconizada, terá que vigorar um regime de excepção por um período mais alargado de tempo.

Essas instituições devem, contudo, desde já assumir, uma organização de um só Serviço, mas com áreas funcionais/sectores/unidades por órgão e ou patologia, com necessidades técnicas muito específicas, que, sem pôr em causa a capacidade em Cirurgia Geral generalista de cada hospital que a integra, deve concentrar num só, dentre eles, toda a patologia diferenciada de um mesmo foro (ex.: esófago, recto, fígado, pâncreas, mama, etc.).

Os cirurgiões gerais que integram esses Centros Hospitalares e com formação específica numa dessas áreas, devem ficar alocados à sua área de diferenciação e não dispersos pelos vários hospitais, assegurando-se, assim, acumulação de experiência, e melhores resultados, e a mais baixo custo.

O Serviço de Cirurgia Geral, mais o conjunto das suas diversas áreas funcionais/sectores/unidades, devem ter direcção única, que os dirige como um todo. Cada área funcional/sector/unidade deverá ter um responsável próprio com elevada diferenciação nessa área, com autonomia organizativa e funcional, validada pelo director do Serviço.

4. AGRUPAMENTO DOS ESTABELECIMENTOS HOSPITALARES

Quadro 1. Agrupamento dos estabelecimentos hospitalares do SNS por região de saúde

REGIÃO DE SAÚDE ENTIDADE HOSPITALAR	ESTABELECIMENTO HOSPITALAR
NORTE	
Centro Hospitalar de São João, EPE	Hospital Nossa Senhora da Conceição - Valongo Hospital São João
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	Hospital Distrital de Vila Nova de Gaia Hospital Eduardo dos Santos Silva Hospital Nossa Senhora da Ajuda - Espinho
Hospital da Senhora da Oliveira Guimarães, EPE	Hospital Senhora da Oliveira - Guimarães
Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	Hospital Conde de São Bento - Santo Tirso Hospital de São João de Deus - Famalicão
Centro Hospitalar do Porto, EPE	Hospital Central Especializado de Crianças Maria Pia Hospital Geral Santo António Hospital Joaquim Urbano Maternidade Júlio Dinis
Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE	Hospital de São João da Madeira Hospital de São Miguel - Oliveira de Azeméis Hospital São Sebastião - Santa Maria da Feira
Centro Hospitalar Póvoa do Varzim-Vila do Conde, EPE	Hospital de Vila do Conde Hospital São Pedro Pescador - Póvoa Varzim
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE	Hospital de São Gonçalo - Amarante Hospital Padre Américo - Vale do Sousa
Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	Hospital de São Pedro de Vila Real Hospital Distrital de Chaves Hospital Distrital de Lamego Hospital Dom Luiz - Peso da Régua
Hospital de Braga, PPP	
ULS Alto Minho, EPE	Hospital Conde de Bertiandos - Ponte de Lima Hospital de Santa Luzia - Viana do Castelo
ULS do Nordeste, EPE	Hospital Distrital de Bragança Hospital Distrital de Macedo de Cavaleiros Hospital Distrital de Mirandela

REGIÃO DE SAÚDE ENTIDADE HOSPITALAR	ESTABELECIMENTO HOSPITALAR
ULS Matosinhos, EPE	Hospital Pedro Hispano
Hospital de Santa Maria Maior, EPE - Barcelos	
Instituto Português de Oncologia do Porto, Francisco Gentil, EPE	
CENTRO	
Centro Hospitalar da Cova da Beira, EPE	Hospital do Fundão
	Hospital Pero da Covilhã
Centro Hospitalar de Leiria, EPE	Hospital Bernardino Lopes de Oliveira - Alcobaça
	Hospital Distrital de Pombal
	Hospital Santo André - Leiria
Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE	Hospital Distrital de Águeda
	Hospital Infante D. Pedro
	Hospital Visconde de Salreu - Estarreja
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	Centro Psiquiátrico de Recuperação de Arnes
	Hospitais da Universidade de Coimbra
	Hospital do Lorvão
	Hospital dos Covões
	Hospital Pediátrico Coimbra
	Hospital Sobral Cid.
	Maternidade Bissaya Barreto
	Maternidade Daniel de Matos
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE	Hospital Cândido Figueiredo - Tondela
	Hospital São Teotónio - Viseu
Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	
ULS Castelo Branco, EPE	Hospital Amato Lusitano - Castelo Branco
ULS Guarda, EPE	Hospital Nossa Senhora da Assunção - Seia
	Hospital Sousa Martins - Guarda
Instituto Português de Oncologia de Coimbra, Francisco Gentil, EPE	
LISBOA E VALE DO TEJO	
Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE	Hospital da Nossa Senhora do Rosário - Barreiro
	Hospital Distrital do Montijo
Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	Hospital Curry Cabral
	Hospital Dona Estefânia
	Hospital Santa Marta
	Hospital Santo António dos Capuchos
	Hospital São José
	Maternidade Dr. Alfredo da Costa
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	Hospital Ortopédico Santiago do Outão
	Hospital São Bernardo - Setúbal

REGIÃO DE SAÚDE ENTIDADE HOSPITALAR	ESTABELECIMENTO HOSPITALAR
Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE	Hospital Dr. Manoel Constâncio - Abrantes
	Hospital Nossa Senhora da Graça - Tomar
	Hospital Rainha Santa Isabel - Torres Novas
Centro Hospitalar do Oeste	Hospital de São Pedro Gonçalves Telmo - Peniche
	Hospital Distrital Caldas da Rainha
	Hospital Distrital de Torres Vedras
	Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior - Barro
	Hospital Termal Rainha D.ª Leonor
Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	Hospital Pulido Valente
	Hospital Santa Maria
Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, EPE	Hospital de Egas de Moniz
	Hospital de Santa Cruz
	Hospital São Francisco Xavier
Hospital de Loures, PPP	
Hospital de Cascais, PPP	
Hospital Distrital de Santarém, EPE	
Hospital Garcia de Orta, EPE	
Hospital Fernando da Fonseca, EPE	
Hospital de Vila Franca de Xira, PPP	
Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil, EPE	
ALENTEJO	
Hospital do Espírito Santo, EPE	
ULS Baixo Alentejo, EPE	Hospital José Joaquim Fernandes - Beja
ULS Litoral Alentejano, EPE	Hospital do Litoral Alentejano
ULS Norte Alentejano, EPE	Hospital de Santa Luzia de Elvas
	Hospital Dr. José Maria Grande - Portalegre
ALGARVE	
Centro Hospitalar do Algarve, EPE	Hospital Barlavento Algarvio - Portimão
	Hospital de Faro
	Hospital de Lagos

5. HOSPITAIS/CENTROS HOSPITALARES E UNIDADES LOCAIS DE SAÚDE QUE DISPÕEM DA ESPECIALIDADE DE CIRURGIA GERAL E SUAS POPULAÇÕES DE REFERÊNCIA

Quadro 2. População de atração direta por entidade hospitalar

Região de Saúde / Entidade Hospitalar	População de atracção directa (n.º habitantes)
Norte	
Hospital da Senhora da Oliveira Guimarães, EPE *	256.696
CH Entre Douro e Vouga, EPE	330.257
CH Médio Ave, EPE	244.361
CH Póvoa do Varzim/Vila do Conde, EPE	142.941
CH Tâmega e Sousa, EPE	519.769
Hospital Santa Maria Maior, EPE	154.645
ULS Alto Minho, EPE	244.836
ULS Matosinhos, EPE	175.478
ULS Nordeste, EPE	136.252
CH Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	273.263
CH Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	335.586
Hospital de Braga, PPP	290.407
CH Porto, EPE	302.891
CH São João, EPE	330.386
Centro	
CH Baixo Vouga, EPE	314.996
CH Cova da Beira, EPE	87.869
CH Leiria, EPE	317.436
Hospital Distrital Figueira da Foz, EPE	107.541
ULS Castelo Branco, EPE	108.395
ULS Guarda, EPE	155.466
CH Tondela-Viseu, EPE	267.633
CH Universitário de Coimbra, EPE	386.288
Lisboa e Vale do Tejo	
CH Barreiro/Montijo, EPE	213.584
CH Médio Tejo, EPE	227.999
CH Oeste	292.546
CH Setúbal, EPE	233.516
Hospital de Cascais, PPP	206.479
Hospital de Loures, PPP	287.119
Hospital de Vila Franca de Xira, PPP	244.377
Hospital Distrital de Santarém, EPE	196.620
Hospital Fernando da Fonseca, EPE	552.971
CH Lisboa Ocidental, EPE	233.465
Hospital Garcia de Orta, EPE	332.299
CH Lisboa Central, EPE	357.361
CH Lisboa Norte, EPE	225.038
Alentejo	
ULS Baixo Alentejo, EPE	126.692
ULS Litoral Alentejano, EPE	97.925
ULS Norte Alentejano, EPE	118.506
Hospital Espírito Santo de Évora, EPE	166.726
Algarve	
CH Algarve, EPE	451.006
Total Geral	10.047.621

Nota: * A população de influência direta para o Hospital da Senhora da Oliveira Guimarães, EPE e para o Hospital de São José - Fafe, nas especialidades de Medicina Interna, Cirurgia Geral, Ortopedia e Oftalmologia é idêntica.

Fonte: Censos 2011 - INE, tendo por base as freguesias anteriores à reforma administrativa | ACSS

6. CLASSIFICAÇÃO DOS HOSPITAIS/CENTROS HOSPITALARES E UNIDADES LOCAIS DE SAÚDE QUE INTEGRAM A REDE DE CIRURGIA GERAL

Conforme anteriormente referido, a Portaria nº 82/2014, de 10 de Abril, classifica hierarquicamente os hospitais, Centros Hospitalares e Unidades Locais de Saúde (ULS), segundo a natureza das suas responsabilidades e o quadro das valências que caracterizam cada Grupo e a sua população de influência directa e insere a publicação do Grupo em que integra cada Unidade do SNS.

Os hospitais do Grupo I destinam-se a prestar cuidados de saúde à sua população de influência directa.

Os de Grupo II devem prestar assistência à população da sua área de influência directa, de forma idêntica ao que está preconizado para os hospitais do Grupo I, e porque dispõem, de mais valências médicas, mais recursos técnicos e maior diferenciação dos seus recursos humanos, devem, também, prestar apoio aos doentes dos hospitais do Grupo I da sua área de influência, e para os quais são hospitais que designamos de referência indirecta, segunda linha ou de rectaguada, sempre que esses não tenham os meios adequados para o fazer.

Os hospitais de Grupo III destinam-se a prestar cuidados de saúde à sua população de influência directa, e porque dispõem, de mais valências médicas, mais recursos técnicos e maior diferenciação dos seus recursos humanos, devem, também, prestar apoio aos doentes dos hospitais dos Grupos I e II da sua área de influência, e para os quais são hospitais que designamos como de referência indirecta, segunda linha ou de rectaguada, sempre que esses não tenham os meios adequados para o fazer.

Os Hospitais de Grupo IV são hospitais especializados e não têm atribuída população de influência directa.

Quadro 3. Hospitais, Centros Hospitalares e Unidades Locais de Saúde, segundo a Portaria n.º 82/2014, de 10 de abril

Região de Saúde / Instituição Hospitalar	Grupo
Norte	
Hospital da Senhora da Oliveira Guimarães, EPE	I
CH Entre Douro e Vouga, EPE	
CH Médio Ave, EPE	
CH Póvoa do Varzim/Vila do Conde, EPE	
CH Tâmega e Sousa, EPE	
Hospital Santa Maria Maior, EPE	
ULS Alto Minho, EPE	
ULS Matosinhos, EPE	
ULS Nordeste, EPE	
CH Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	II
CH Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	
Hospital de Braga, PPP	
CH Porto, EPE	III
CH São João, EPE	
IPO Porto, EPE	IV-a
Centro	
CH Baixo Vouga, EPE	I
CH Cova da Beira, EPE	
CH Leiria, EPE	
Hospital Distrital Figueira da Foz, EPE	
ULS Castelo Branco, EPE	
ULS Guarda, EPE	
CH Tondela-Viseu, EPE	II
CH Universitário de Coimbra, EPE	III
IPO Coimbra, EPE	IV-a
Lisboa e Vale do Tejo	
CH Barreiro/Montijo, EPE	I
CH Médio Tejo, EPE	
CH Oeste	
CH Setúbal, EPE	
Hospital de Cascais, PPP	
Hospital de Loures, PPP	
Hospital de Vila Franca de Xira, PPP	
Hospital Distrital de Santarém, EPE	
Hospital Fernando da Fonseca, EPE	
CH Lisboa Ocidental, EPE	II
Hospital Garcia de Orta, EPE	
CH Lisboa Central, EPE	III
CH Lisboa Norte, EPE	
IPO Lisboa, EPE	IV-a
Alentejo	
ULS Baixo Alentejo, EPE	I
ULS Litoral Alentejano, EPE	
ULS Norte Alentejano, EPE	
Hospital Espírito Santo de Évora, EPE	II
Algarve	
CH Algarve, EPE	II

Fonte: Portaria n.º 82/2014, de 10 de abril

7. CAPACIDADE INSTALADA DE CAMAS EM INTERNAMENTO DE CIRURGIA GERAL EM CADA UNIDADE QUE INTEGRA A REDE

Quadro 4. Lotação praticada na especialidade de Cirurgia Geral em 2013

Região de Saúde / Instituição Hospitalar	Lotação Praticada 2013 (N.º Camas)
Norte	1.002
Hospital da Senhora da Oliveira Guimarães, EPE	76
CH Entre Douro e Vouga, EPE	60
CH Médio Ave, EPE	71
CH Póvoa do Varzim/Vila do Conde, EPE	32
CH Tâmega e Sousa, EPE	47
Hospital Santa Maria Maior, EPE	23
ULS Alto Minho, EPE	101
ULS Matosinhos, EPE	72
ULS Nordeste, EPE	79
CH Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	83
CH Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	63
Hospital de Braga, PPP	-
CH Porto, EPE	83
CH São João, EPE	116
IPO Porto, EPE	96
Centro	693
CH Baixo Vouga, EPE	53
CH Cova da Beira, EPE	52
CH Leiria, EPE	101
Hospital Distrital Figueira da Foz, EPE	28
ULS Castelo Branco, EPE	51
ULS Guarda, EPE	43
CH Tondela-Viseu, EPE	103
CH Universitário de Coimbra, EPE	222
IPO Coimbra, EPE	40
Lisboa e Vale do Tejo	1.003
CH Barreiro/Montijo, EPE	50
CH Médio Tejo, EPE	67
CH Oeste	66
CH Setúbal, EPE	56
Hospital de Cascais, PPP	60
Hospital de Loures, PPP	-
Hospital de Vila Franca de Xira, PPP	42
Hospital Distrital de Santarém, EPE	65
Hospital Fernando da Fonseca, EPE	70
CH Lisboa Ocidental, EPE	114
Hospital Garcia de Orta, EPE	54
CH Lisboa Central, EPE	197
CH Lisboa Norte, EPE	125
IPO Lisboa, EPE	37
Alentejo	213
ULS Baixo Alentejo, EPE	50
ULS Litoral Alentejano, EPE	26
ULS Norte Alentejano, EPE	72
Hospital Espírito Santo de Évora, EPE	65

Região de Saúde / Instituição Hospitalar	Lotação Praticada 2013 (N.º Camas)
Algarve	99
CH Algarve, EPE	99
Total Geral	2.837

Fonte: ACSS (dados a 31 dezembro de 2013)

8. NÚMERO DE ESPECIALISTAS EM CIRURGIA GERAL EM CADA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR DA REDE

Quadro 5. Número de médicos especialistas em Cirurgia Geral, por ETC, em 2014

Região de Saúde / Instituição Hospitalar	N.º Médicos ETC (40h/sem)										Médicos Total
	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70+	
Norte	0,0	11,0	40,7	77,4	41,8	66,1	47,2	37,8	3,3	0,7	325,9
Hospital da Senhora da Oliveira Guimarães, EPE	0,0	2,0	3,0	6,0	2,9	3,8	2,6	3,5	0,0	0,0	23,9
CH Entre Douro e Vouga, EPE	0,0	0,0	3,4	1,8	1,8	3,8	3,5	0,9	0,0	0,0	15,1
CH Médio Ave, EPE	0,0	0,0	0,0	4,8	6,8	3,1	1,0	5,0	1,1	0,0	21,7
CH Póvoa do Varzim/Vila do Conde, EPE	0,0	1,0	1,6	4,5	0,0	4,0	2,5	1,0	0,0	0,0	14,6
CH Tâmega e Sousa, EPE	0,0	2,0	1,4	5,4	5,7	6,0	1,9	0,0	0,0	0,0	22,3
Hospital Santa Maria Maior, EPE	0,0	0,0	0,5	1,9	0,2	2,0	1,9	1,9	0,0	0,0	8,4
ULS Alto Minho, EPE	0,0	1,0	2,0	4,0	4,1	6,1	1,0	1,9	0,0	0,0	20,0
ULS Matosinhos, EPE	0,0	0,0	3,0	1,0	4,0	4,2	1,9	3,8	0,0	0,0	17,8
ULS Nordeste, EPE	0,0	0,0	3,0	3,0	0,0	2,1	4,8	2,8	0,0	0,0	15,7
CH Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	0,0	0,0	4,0	5,5	2,0	5,5	5,1	4,5	1,4	0,0	27,9
CH Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	0,0	2,0	4,0	10,0	1,9	4,2	4,1	5,4	0,0	0,3	31,8
Hospital de Braga, PPP	0,0	1,0	2,9	3,8	0,9	0,9	3,8	0,9	0,9	0,0	15,0
CH Porto, EPE	0,0	0,0	7,0	6,9	0,0	5,9	2,8	1,8	0,0	0,0	24,4
CH São João, EPE	0,0	2,0	1,0	10,0	6,0	10,2	7,6	2,8	0,0	0,0	39,5
IPO Porto, EPE	0,0	0,0	4,0	9,0	5,7	4,6	2,8	1,8	0,0	0,4	28,3
Centro	0,0	6,0	24,1	18,0	14,7	32,6	24,6	19,6	7,5	0,0	147,0
CH Baixo Vouga, EPE	0,0	0,0	1,0	5,0	4,2	8,2	1,9	3,6	0,0	0,0	23,7
CH Cova da Beira, EPE	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,1	2,0	2,6	0,0	0,0	6,7
CH Leiria, EPE	0,0	1,0	3,0	5,9	2,1	6,2	5,0	1,8	0,0	0,0	24,9
Hospital Distrital Figueira da Foz, EPE	0,0	1,0	1,0	1,0	1,1	1,9	1,1	0,9	0,0	0,0	7,9
ULS Castelo Branco, EPE	0,0	0,0	2,1	1,0	1,6	2,1	2,9	1,0	1,0	0,0	11,6
ULS Guarda, EPE	0,0	0,0	3,0	1,1	1,0	3,1	1,1	2,1	0,0	0,0	11,3
CH Tondela-Viseu, EPE	0,0	2,0	6,0	1,0	2,0	8,3	2,1	2,9	0,0	0,0	24,3
CH Universitário de Coimbra, EPE	0,0	1,0	6,0	6,1	5,0	6,8	6,8	6,4	6,5	0,0	44,5
IPO Coimbra, EPE	0,0	1,0	3,0	2,0	1,0	3,1	3,8	2,0	0,0	0,0	15,9
Lisboa e Vale do Tejo	1	9,0	39,1	52,2	27,0	69,4	61,1	63,1	14,0	0,9	336,7
ARS Lisboa e Vale do Tejo, I.P.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,2	0,0	0,5
CH Barreiro/Montijo, EPE	0,0	1,0	1,0	1,0	3,1	2,9	5,1	2,6	0,0	0,0	16,7
CH Médio Tejo, EPE	0,0	0,0	3,0	1,0	1,9	3,2	2,0	2,8	1,0	0,0	14,8
CH Oeste	0,0	0,0	1,0	5,1	1,1	2,5	2,5	7,8	1,9	0,0	21,8
CH Setúbal, EPE	0,0	2,0	4,0	5,1	2,9	4,2	2,9	1,0	0,0	0,0	22,1
Hospital de Cascais, PPP	0,0	0,0	2,8	1,0	1,9	4,7	0,9	1,9	0,9	0,0	13,9
Hospital de Loures, PPP	1,0	1,0	5,0	2,0	4,0	2,5	0,0	0,0	0,0	0,0	15,5
Hospital de Vila Franca de Xira, PPP	0,0	0,0	2,0	1,9	0,0	4,7	0,9	2,0	0,0	0,0	11,5
Hospital Distrital de Santarém, EPE	0,0	0,0	1,0	3,0	1,0	4,1	4,0	0,0	0,0	0,0	13,0
Hospital Fernando da Fonseca, EPE	0,0	0,0	4,4	1,8	0,0	4,4	2,6	2,6	0,9	0,9	17,5
CH Lisboa Ocidental, EPE	0,0	0,0	1,0	11,9	1,0	4,6	8,6	8,2	0,9	0,0	36,1
Hospital Garcia de Orta, EPE	0,0	2,0	2,0	3,0	1,1	2,9	3,7	2,0	1,0	0,0	17,7
CH Lisboa Central, EPE	0,0	2,0	7,0	11,3	3,1	15,4	11,7	14,9	2,6	0,0	68,0
CH Lisboa Norte, EPE	0,0	0,0	2,0	1,3	4,2	11,1	16,2	13,2	1,9	0,0	49,9
IPO Lisboa, EPE	0,0	1,0	3,0	3,0	2,0	2,3	0,0	3,8	2,7	0,0	17,8

Região de Saúde / Instituição Hospitalar	N.º Médicos ETC (40h/sem)										Médicos Total
	Grupo etário										
	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70+	
Alentejo	0,0	1,0	9,1	6,7	4,2	6,2	16,1	7,7	1,9	0,0	52,7
ULS Baixo Alentejo, EPE	0,0	0,0	1,0	2,0	0,0	0,0	5,9	0,9	1,9	0,0	11,7
ULS Litoral Alentejano, EPE	0,0	0,0	1,0	1,7	0,0	4,1	1,0	1,8	0,0	0,0	9,6
ULS Norte Alentejano, EPE	0,0	0,0	3,1	2,1	1,0	1,1	7,1	2,0	0,0	0,0	16,3
Hospital Espírito Santo de Évora, EPE	0,0	1,0	4,0	1,0	3,2	1,1	2,1	3,0	0,0	0,0	15,3
Algarve	0,0	2,0	4,9	3,9	3,1	6,1	13,8	3,7	0,9	1,6	38,4
CH Algarve, EPE	0,0	2,0	4,9	3,9	3,1	6,1	13,8	3,7	0,9	0,0	38,4
Total Geral	1,0	29,0	117,9	158,2	90,7	180,4	162,8	131,9	27,5	1,6	900,7

Fonte: Inventário do Pessoal do Sector da Saúde – 2014 | ACSS (dados a 31 dezembro de 2014)

9. OITO MAIS FREQUENTES PATOLOGIAS REFERENCIADAS À ESPECIALIDADE DE CIRURGIA GERAL

Quadro 6. Número de episódios do TOP 8 de diagnósticos principais de Cirurgia Geral para o ano 2014 no Continente

TOP 8 Diagnóstico Principal ICD-9-CM	N.º de episódios (2014)
Cisto Sebáceo	6.681
Hérnia da parede abdominal	6.588
Apendicite Aguda Sem Menção De Peritonite	6.671
Pancreatite Aguda	5.649
Prepúcio Redundante E Fimose	5.368
Cisto Sacro-Coccigeo (Pilonidal) Sem Menção De Abscesso	4.601
Neoplasia da Glândula Tiroide	3.078
Diverticulite Do Colon (Sem Menção De Hemorragia)	2.253
Total TOP 8	40.889
% Total TOP 8 face ao total geral	± 70%

Fonte: Base de Dados dos GDH, 2014 - Dados extraídos a 20 de outubro de 2015 | ACSS

10. REFERENCIAÇÃO DOS DOENTES DA ESPECIALIDADE DE CIRURGIA GERAL

As unidades dos Cuidados de Saúde Primários, devem referenciar os doentes para as Unidades Hospitalares de proximidade e de mais baixo nível de diferenciação.

Os hospitais do Grupo I devem receber doentes da sua área de influência directa. Os dos Grupos II e III, para além da sua população de atracção directa, devem também, assegurar a prestação de cuidados de saúde às populações de influência directa dos Grupos de nível inferior.

As instituições do Grupo IV-a) (hospitais especializados) como não têm atribuída qualquer população de atracção directa, devem prestar cuidados de saúde especializados aos doentes que lhes sejam referenciados pelas Instituições dos Grupos I a III e em articulação com estas.

Ademais, a referenciação para os cuidados de saúde da especialidade hospitalar de Cirurgia Geral, não deve ser feita directamente para as Instituições classificadas como do Grupo IV-a, a menos que haja protocolos estabelecidos e aceites pelas partes e em consonância com as Administrações Regionais de Saúde (ARS) – Unidades de Cuidados Primários, Instituições dos Grupos I,II e III da sua área de influência directa e indirecta e Unidade do Grupo IV-a da região. Deve, assim, prevalecer o critério de hierarquização e complementaridade.

A articulação em rede das instituições do SNS, deve estimular o fluxo dos doentes de unidades menos diferenciadas para outras mais permitindo deste modo que os doentes recebam mais e melhores cuidados assistenciais. Contudo, após estes terem sido prestados e na eventualidade dos doentes poderem continuar a receber o tratamento adequado em instituições de menor diferenciação e mais próximas da sua área de residência, deverá ocorrer o fluxo inverso.

Assim, a referenciação “*inversa*” assenta, também, numa lógica de complementaridade e não de subalternização, devendo ser estimulada. Depois de prestados

cuidados diferenciados numa unidade de um nível mais elevado, é desejável que o doente regresse à sua unidade de referência geográfica, na condição de que esteja assegurada a prestação de cuidados na especialidade nessas instituições.

Pelo facto de ter havido necessidade de, em dado momento da sua condição clínica, um doente receber cuidados de saúde muito diferenciados numa determinada instituição, não implica que aí tenha que ser acompanhado até à cura dessa doença e, muito menos, por tempo indeterminado. Frequentemente é possível, e bem, prestar esse acompanhamento em Instituições menos diferenciadas/ dotadas de menores recursos, incluindo nos cuidados de saúde primários.

Os doentes devem receber o melhor tratamento e ao menor custo, não de uma Instituição específica, mas do conjunto de recursos disponíveis no SNS. Por vezes o tratamento é multidisciplinar e pluriinstitucional.

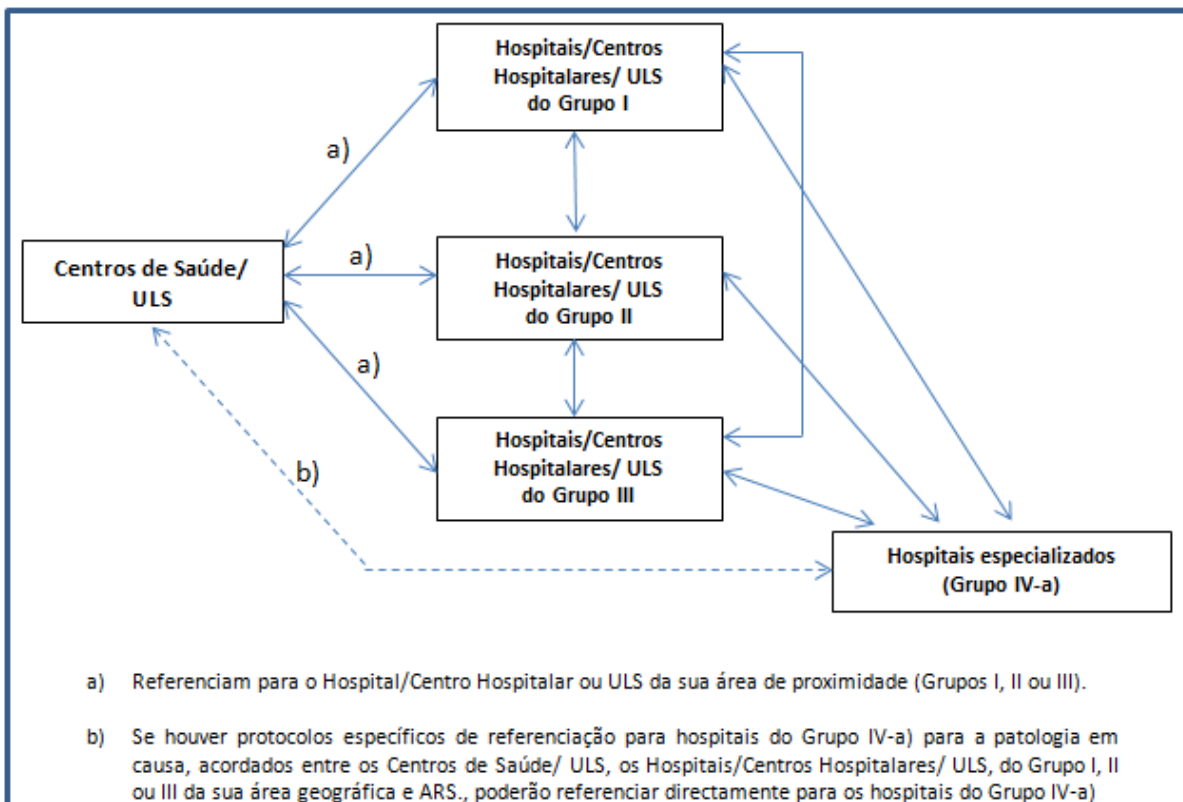


Figura 2. Algoritmo de referência para a especialidade de Cirurgia Geral

HOSPITAIS ESPECIALIZADOS (GRUPO IV-a) NA REDE DA ESPECIALIDADE HOSPITALAR DE CIRURGIA GERAL E DE REFERENCIAÇÃO

Os hospitais do Grupo IV-a correspondem aos três centros regionais dos Institutos Portugueses Oncologia (IPO) Francisco Gentil. Tratam-se de Centros Integrados de Tratamento do Cancro, com acreditação internacional que, de algum modo, configuram o modelo de Centro de Referenciação para a patologia oncológica que presentemente se procura neste e noutras áreas da patologia. Têm responsabilidades na área assistencial, de investigação e de formação de profissionais.

Não tendo uma população de influência directa, recebem doentes que lhes são referenciados da respectiva zona geográfica, do restante país e do estrangeiro.

Pela sua actividade especializada concentram casuística, recursos terapêuticos e diferenciação técnica necessários ao tratamento dos tumores mais raros ou formas de apresentação mais grave da doença oncológica.

Por outro lado, ao não dispersarem a sua actividade por outras áreas da patologia, mormente a Urgência Geral, tornaram-se unidades altamente eficientes.

Devem integrar-se harmoniosamente na estrutura hospitalar regional, promovendo a progressiva melhoria dos cuidados ao doente oncológico em toda a rede hospitalar, estabelecendo com os diversos hospitais e em articulação com as ARS da sua área de influência, protocolos de referenciação de doentes, mas também iniciativas de investigação multicêntrica e de formação profissional na área da Oncologia.

Devem ter um afluxo de doentes que lhes permitam introduzir, avaliar e disseminar novas técnicas e abordagens da doença oncológica, como foram os exemplos recentes da pesquisa do gânglio sentinela, cirurgia oncoplástica da mama, tratamento multimodal do cancro digestivo, segurança e limites técnicos na cirurgia da tiroideia, etc.

De algum modo, o principal critério porque se espera aferir a sua importância na rede hospitalar nacional é a qualidade da assistência aos doentes oncológicos de toda a população nacional.

11. REFLEXÕES SOBRE O ESTADO ACTUAL E AS PREVISÍVEIS NECESSIDADES DOS CUIDADOS DE CIRURGIA GERAL EM PORTUGAL

A criação de uma rede de cuidados na especialidade hospitalar de Cirurgia Geral, tipificando Serviços, Hospitais e a referenciação, deverá considerar, também, outras questões que se reputa de essenciais para se poder proporcionar a qualidade de cuidados que se pretendem prestar à população.

DESAFIOS

- URGÊNCIA

A manutenção da qualidade dos cuidados de Cirurgia Geral prestados nos Serviços de Urgência estará, se não forem tomadas as medidas adequadas, comprometida a médio prazo.

É previsível que, com o envelhecimento da população, a procura dos Serviços de Urgência aumente nos anos que se avizinham. Esta procura não será limitada aos cuidados da área médica, mas incluirá, também, as vertentes cirúrgicas. Serão, no seu conjunto situações, clínicas mais graves, pois este grupo etário apresenta um conjunto de multimorbilidade, que agrava o seu estado clínico. Configura-se, assim, um tipo de procura distinto, por casos mais graves, do que os que têm sido observados no passado. Assim, a **necessidade de equipas diferenciadas nos Serviços de Urgência** será mais premente e deve ser assumida.

Existe a necessidade de providenciar um tratamento integrado dos grandes traumatizados. Essa tarefa é multidisciplinar e envolve um conjunto de estruturas e um processo organizacional que se estende do período pré-hospitalar à recuperação funcional destes doentes. Esta rede de cuidados é ainda largamente insuficiente no nosso país. Se por um lado a vertente pré-hospitalar está bem estabelecida, a sua componente de referenciação e de cuidados hospitalares apresenta, ainda, várias carências.

A referenciação, esboçada pela Rede de Referenciação da Urgência, carece de uma estrutura organizada para a abordagem dos doentes mais graves. Notoriamente, não existe uma hierarquização clara dos Serviços que tratam os grandes traumatizados, e realça-se que não existe em Portugal um só Centro de Trauma de Grupo I. Essas estruturas, cúpula dum sistema integrado de tratamento destes doentes, permitem a optimização dos resultados obtidos nestas situações clínicas. De igual forma, tanto quanto seja do nosso conhecimento, na maioria dos Serviços de urgência não existe uma abordagem protocolada destes doentes, do tipo “**Via Verde de Trauma**”. A aplicação desta última medida, associada à criação dos **Centros de Trauma de Grupo I**, permitiria a evolução do actual sistema de apoio ao trauma, para uma organização mais estruturada e muito mais eficiente.

Impõe-se, também, redefinir o actual papel assistencial da Cirurgia Geral nos Serviços de Urgência, onde o cirurgião é solicitado, por imposições regulamentares internas, a efectuar a triagem, observação e orientação de doentes de outras especialidades médicas e cirúrgicas, desviando, assim, as suas capacidades e recursos específicos daqueles a quem verdadeiramente poderia ser útil, que são os doentes cirúrgicos de maior gravidade.

A prestação de cuidados de Cirurgia Geral nos Serviços de urgência é afectada pelo regime de trabalho em que se enquadra a actividade médica. Não sendo este o documento adequado para discutir esta matéria, não deixa de ser relevante chamar a atenção para os efeitos que o actual regime de carga horária, de carga horária de urgência, folgas, descansos compensatórios e remuneração têm, e terão, no futuro dos cuidados cirúrgicos nos Serviços de urgência. Assim, e relevando as especificidades próprias de cada hospital, sugere-se uma **revisão substancial do regime legal que enquadra a prestação de cuidados na urgência. Salienta-se também, as vantagens importantes da criação, em particular nos hospitais dos Grupos II e III, de equipas de SU (não só os cirurgiões) dedicadas exclusivamente ao Serviço de urgência.** Estas, pela sua especificidade e especialização, proporcionam uma progressiva melhoria dos cuidados prestados aos doentes mais graves, com um impacto substancial nos resultados obtidos, e perturbam menos a restante actividade diária dos Serviços.

Os doentes deixariam de ser triados para Cirurgia Geral por um sinal, sintoma ou circunstância, mas apenas com uma hipótese diagnóstica já fundamentada. Seria, então,

evitada a triagem para Cirurgia de situações como as de doentes "*encontrados caídos no chão*", "*vómitos após queda*" ou outras de carácter idêntico.

Naturalmente que, para que esta actividade fosse apelativa, deveria ser adoptada uma política semelhante à que foi para a Clínica Geral/Medicina Geral e Familiar há anos atrás, o que veio modificar substancialmente a imagem que o médico de Clínica Geral passou a ter, tanto na população como inter pares. Em suma, poder-se-á caminhar no sentido da criação de uma área de diferenciação com formação, dignificação e valorização adequadas.

- **CAPACIDADE DE INTERNAMENTO**

Apesar do importante esforço de ambulatorização de cuidados cirúrgicos que se tem verificado nos últimos anos, prevê-se a **necessidade de manter a capacidade de internamento na especialidade de Cirurgia Geral, em níveis próximos daqueles que se verificam actualmente.**

A presente demografia, com um importante desvio para a direita da distribuição etária, condiciona fortemente, por um lado, o tratamento ambulatorio de um número importante de doentes e, em simultâneo, o tempo de internamento pós-operatório verificado em doentes mais idosos. Sobre a condição dos idosos em Portugal pode afirmar-se que estes têm um número particularmente elevado de doenças crónicas. Esta observação, consubstanciada no recente estudo sobre o futuro da Saúde em Portugal promovido pela Fundação Gulbenkian, confirma aquilo que a prática cirúrgica diária já evidenciava.

A possibilidade de operar em regime ambulatorio doentes portadores de várias comorbilidades fica muito limitada, pelo risco e pela insuficiente capacidade que revelam na sua recuperação funcional. Assim, muitos destes doentes idosos, apesar de apresentarem patologias susceptíveis de tratamento ambulatorio, são excluídos dos programas de cirurgia neste regime. Neste contexto, serão operados no regime convencional de cirurgia com internamento, mantendo a necessidade de um número significativo de camas alocadas ao seu pós-operatório.

Com a mesma estrutura causal, a presença nestes doentes de várias co-morbilidades condiciona a sua recuperação pós-cirúrgica, que se torna mais complexa, demorada e dispendiosa. Os programas de optimização do tempo de internamento pós-cirúrgico falham, com maior frequência, nos doentes idosos, condicionando demoras médias de internamento mais elevadas.

De igual forma, a estrutura de apoio social para o período pós-alta, nos diferentes regimes (ex.: cuidados paliativos, convalescença, média duração, curta duração, etc.) é fortemente carenciado. Esta situação acarreta um desfasamento entre a alta clínica e a efectiva saída do hospital, que prolonga, de forma muito significativa, o tempo de internamento pós-operatório, aumentando assim as necessidades de camas de internamento para dar apoio a este tipo de doentes. Actualmente, e de forma aproximada, 25% dos doentes internados num Serviço de Cirurgia Geral, são responsáveis por 75% do tempo de internamento verificado¹ (dados do CHLN 2014). Como seria de esperar, este grupo é constituído por doentes idosos e com múltiplas co-morbilidades. Pelos motivos apresentados, deduz-se que **a necessidade de camas de internamento em Cirurgia Geral não terá uma redução previsível nos próximos anos.**

- **NECESSIDADE EM RECURSOS ASSOCIADOS**

Na sequência da matriz já apresentada e que enquadra os cuidados de Cirurgia Geral em Portugal, pode-se afirmar que o doente cirúrgico actual, necessita de um conjunto muito mais vasto de recursos estruturais, técnicos e humanos do aquele que se observava no passado. Essencialmente devido ao envelhecimento da população e ao significativo aumento do número e gravidade das co-morbilidades presentes, os recursos estruturais necessários para tratar adequadamente estes casos é muito maior.

As estruturas de cuidados disponibilizadas pelas instituições dos Grupos II e III são necessárias para o período pós-operatório da maioria destes doentes. Mas, verifica-se, não só o aumento quantitativo de doentes que necessitam destas estruturas, como também um aumento muito significativo do seu tempo de permanência neste tipo de unidades.

As necessidades de apoio, por parte de unidades de cuidados dos Grupos II e III à actividade cirúrgica, são, e serão no futuro, substancialmente maiores do que no passado.

De igual forma, para o tratamento dos doentes cirúrgicos do tempo presente, são, e serão no futuro, necessários muito mais recursos técnicos do que no passado. Pela existência de um muito maior número de co-morbilidades nestes doentes, o número e complexidade de técnicas necessárias ao seu adequado tratamento é também maior. Desde as técnicas de suporte ventilatório, de monitorização, ou de intervenção invasiva em diversos órgãos e aparelhos, até às novas necessidades de diagnóstico e estadiamento.

Todo um conjunto de recursos se torna essencial para o tratamento dos doentes mais complexos. Muitas das situações clínicas deste tipo devem, e deverão, ser tratadas em hospitais que disponham destes recursos. De alguma forma, **este tipo de necessidades aponta para as evidentes vantagens da concentração dos doentes mais graves e complexos em hospitais que disponham de toda a panóplia de recursos técnicos, essenciais ao seu melhor tratamento.** Este tipo de perspectiva identifica a necessidade da existência de redes e centros de referenciação técnica com que esta Rede de Referenciação se deve articular.

As necessidades de recursos humanos especializados, são também um determinante do futuro dos cuidados cirúrgicos. Por um lado, a formação e qualificação dos especialistas de Cirurgia Geral tem que ser adaptada às realidades futuras. De outra forma, existem necessidades acrescidas de especialistas de outras áreas para o adequado tratamento dos atuais doentes cirúrgicos. Das decisões em consultas multidisciplinares, aos complexos cuidados pós-operatórios, todo um conjunto de especialistas de outras áreas do saber médico têm que estar disponíveis nos hospitais que pretendem tratar este tipo de doentes. De forma semelhante aos argumentos anteriormente apresentados, **esta necessidade de uma plêiade de médicos especialistas de diferentes áreas, aponta, também, para a criação de redes e centros de referência para o tratamento dos doentes mais complexos e onerosos.**

- **POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS**

A política de recursos humanos que for desenvolvida no futuro, condicionará, de forma determinante, a qualidade dos cuidados cirúrgicos prestados à população. Torna-se claro que, desde os aspectos relacionados com a formação, até aos regimes de trabalho (e incluindo a estruturação das carreiras médicas), todo o enquadramento legal da actividade médica será definidor da futura qualidade da prestação de cuidados.

Há que rever, profundamente, o enquadramento do internato da especialidade, da formação técnica sub-sequente ao internato, da formação clínica ou académica avançada, da realização de estágios para aquisição de competências específicas e ainda do tempo protegido para o ensino e investigação.

É fundamental rever as carreiras médicas e a progressão profissional, considerando-se que o actual regime de concursos também necessita de ser revisto.

Salienta-se a questão dos regimes de contratos de prestação de serviços na urgência, devendo ser analisados, com realismo, os princípios pelos quais actualmente são regidos.

Os regimes de trabalho e as formas e valores de remuneração têm que ser alterados. **Sem a criação de regimes de trabalho valorizadores do mérito e, também, com componentes remuneratórios atractivos, não será possível construir uma estrutura de cuidados de Cirurgia Geral adequada aos desafios futuros.**

ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.
ARS	Administração Regional de Saúde
CH	Centro Hospitalar
EPE	Entidade Pública Empresarial
ETC	Equivalente a tempo completo
GTRH	Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar
IP	Instituto Público
IPO	Instituto Português de Oncologia
IPSS	Instituições Particulares de Solidariedade Social
PPP	Parceria Público Privada
RNEHR	Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência
SNS	Serviço Nacional de Saúde
ULS	Unidade Local de Saúde

SINAIS CONVENCIONAIS

etc.	<i>et cetera</i>
ex.	exemplo
h	hora
n.º	número
sem	semana
<	menor

