

REDE DE REFERENCIAÇÃO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

1. A RRH não conhece nenhum despacho de aprovação ministerial tendo sido publicada pela Direcção-Geral da Saúde em 2003.
2. O documento estabelecia os requisitos humanos, materiais e técnicos para o estabelecimento de uma RRH, sendo certo que “o desenvolvimento da Rede deverá ser progressivo e hierarquizado em passos sucessivos. Essa hierarquização atenderá, numa primeira fase, à caracterização dos Serviços de acordo com os parâmetros definidos, volume de exames, tipos de valências, técnicas disponíveis, em função da diferenciação e daquela classificação. Seguir-se-á o redimensionamento dos quadros, a articulação orgânica dos componentes de uma mesma Sub-Rede e o estabelecimento de programas de garantia de qualidade e de monitorização do funcionamento dos Serviços interligados”.
3. Ou seja, e para além da sua falta de aprovação, o documento assume, portanto, o seu carácter programático e orientador para desenvolvimento e acções futuras.
4. Nesse quadro, a RRH de Anatomia Patológica divide-se entre Serviços de Anatomia Patológica do Tipo A, do Tipo B e Centros de Patologia Especializada.
5. Os Serviços de Anatomia Patológica de Tipo A devem possuir Anatomopatologistas do quadro em número igual ou superior a 5.
6. Sendo que devem possuir:
 - (i) as valências de Citopatologia, Histopatologia e Autópsias, com execução efectiva de todas elas;
 - (ii) técnicas morfológicas e imunomorfológicas, bem como outras que permitam, desejavelmente, a resolução de mais de 95% dos exames de acordo com o “estado da arte”;
 - (iii) uma área útil a partir de 320 m².
7. Os Serviços de Anatomia Patológica de Tipo B devem possuir Anatomopatologistas do quadro em número igual ou superior a 3, bem como:
 - (i) as valências de Citopatologia e Histopatologia, sendo também possível a realização de Autópsias;
 - (ii) dispor de técnicas morfológicas e imunomorfológicas básicas e
 - (iii) uma área não inferior a 200 m².
8. Finalmente, devem dispor, em comum, de:
 - 8.1. Área laboratorial
 - Área para recepção das peças//produtos.

- Sala para exame macroscópico das peças com ventilação e extracção adequada de vapores, com área aproximada de 20 m2.
- Sala para histopatologia: processamento, corte, montagem e coloração de rotina, com ventilação e extracção adequada de vapores, com área aproximada de 40 m2.
- Sala para colorações especiais, com área aproximada de 15 m2.
- Sala para imunocitoquímica, com a área aproximada de 15 m2.
- Sala para citopatologia, com, aproximadamente, 20 m2.
- Sala para biópsias aspirativas por agulha fina, se a colheita for efectuada no Serviço, com aproximadamente 15 m2.
- Sala de iconografia.

6.2. Área de trabalho

- Gabinete para o Director de Serviço.
- Gabinetes para os médicos, preferencialmente individuais.
- Gabinete para o Técnico(a) Coordenador(a).

6.3. Área Administrativa

- Sala com dimensões adequadas para o número de funcionários, não sendo a área inferior a 20 m2.

6.4. Áreas de Apoio

- Sala de lavagem de material.
- Sala de sujos.
- Sala para armazenar peças, com extracção adequada de vapores.
- Sala de arquivo de blocos de parafina e de lâminas.
- Sala para arquivo de relatórios e outros documentos.
- Sala para armazém de produtos químicos.
- Sala de reuniões, com área mínima de 20 m2 e que poderá ser também utilizada como biblioteca.
- Sala de formação, com cerca de 70 m2, quando o Serviço exerça formação pré-graduada.
- Vestiários para funcionários.
- Área com funções de copa.

6.5. Equipamentos

Apenas se enumeram os principais equipamentos que devem integrar um Serviço de Anatomia Patológica. A sua dimensão/capacidade e número dependerá do volume de exames a tratar, não podendo ser objecto de

especificação neste documento. Não estão também incluídos equipamentos e sistemas inerentes à segurança e prevenção.

Deverão existir sempre:

- Sistema de exaustão frontal na área de observação macroscópica das peças cirúrgicas, preferencialmente integrado num sistema modular de bancada.
- Processador automático de tecidos, preferencialmente com sistema de vácuo.
- Centro de inclusão em parafina.
- Micrótomos.
- Placas/Tinas de extensão.
- Equipamento de coloração automática.
- Centrífuga.
- Estufas de incubação e secagem.
- Balanças de precisão.
- Micrótomos de congelação.
- Microscópios.
- Sistemas fotográficos macro e microscópico.
- Sistema informático.

6.6. Área de autópsias

- Sala destinada exclusivamente à realização de autópsias.
 - Área ampla, adequada ao número e tipo de mesas de autópsia e incluindo zona para “visitantes” (médicos assistentes, internos, estudantes, autoridades judiciais e policiais, de acordo com o nível do Serviço e se nela se realizarem autópsias médico-legais).
 - Para uma sala com uma mesa de autópsia, 25 m².
 - Água corrente.
 - Boa ventilação e sistema extractor com filtros.
 - Boa iluminação.
 - Mesas de autópsia, com água corrente e mesas adicionais de dissecação.
 - Revestimentos das paredes e do chão com superfícies lisas, facilmente laváveis e impermeáveis;
 - Chão com escoamento de água.
 - Janelas com redes anti-insecto.
 - Vestiário(s) com lavatório(s) e duche(s).
 - Espaço para trabalho de secretaria, elaboração de relatórios e arquivo de documentos.

- Espaço para conservação de peças, blocos e lâminas.
 - Casa mortuária, com frigoríficos para conservação de corpos (a capacidade deve, também, ter em conta fins-de-semana prolongados, eventuais avarias e outras situações excepcionais).
 - Maca(s) para cadáveres.
 - Instrumentos de dissecação.
 - Serra eléctrica (com extractor de poeiras).
 - Balança para pesagem de órgãos.
 - Recipientes para colheitas de líquidos biológicos, órgãos, tecidos e produtos para estudo microbiológico, toxicológico e bioquímico.
 - Tabuleiros para transporte de produtos.
 - Equipamento para radiografia (autópsias de fetos e perinatais).
 - Equipamento de protecção pessoal (batas, aventais, barretes, luvas, máscaras, óculos, botas).
 - Equipamento de limpeza.
7. Os Centros de Patologia Especializada devem deter no seu quadro de pessoal especialistas adstritos ou destacados para o Centro/Unidade de 2 ou mais elementos e devem depender, no que respeita ao seu programa funcional, de um Serviço de Anatomia Patológica de Tipo A.
8. Ainda, nos Serviços de Anatomia Patológica o diagnóstico pode ser efectuado por Anatomopatologias inscritos no respectivo Colégio de Especialidade da Ordem dos Médicos, bem como em outros Serviços ou suas partes que tenham desenvolvido práticas de diagnóstico anatomopatológico por médicos que não possuam o título de Anatomopatologistas.

REDE DE REFERENCIAÇÃO DE CIRURGIA VASCULAR

1. A RRH não foi alvo de despacho ministerial de aprovação, tendo sido publicada pela Direcção-Geral de Saúde em 2004.
2. O documento publicado pela DGS assume um carácter programático, porquanto assenta ainda no estabelecimento de “critérios para criação de unidades e serviços de angiologia e cirurgia vascular”, sendo que “a sua criação deverá depender dos condicionalismos geográficos e populacionais, tendo as Unidades como objectivo prestar cuidados prementes a uma determinada área geográfica, mas articular-se com Serviços que serão responsabilizados por maior diferenciação, formação e urgência 24/24 horas”.
3. E é precisamente “para atingir os objectivos acima definidos [que] pensamos que as condições mínimas para a criação de cada um deles serão as [definidas no documento], daqui resultando também o carácter meramente orientador do documento quanto ao estabelecimento da RRH.
4. O documento considera que só uma correcta definição das atribuições e equipamentos (humanos e técnicos) de cada Serviço e Unidade e das suas formas de articulação poderá levar a uma eficaz cobertura em rede pública.
5. Assim, e nesse seguimento, determina que as Unidades de Angiologia e Cirurgia Vascular devem:
 - (i) deter um corpo médico de 4 elementos (1 Chefe de Serviço e 3 Assistentes); e
 - (ii) deverão integrar Departamentos de Especialidades Cirúrgicas ou Serviços de Cirurgia Geral, tendo, preferencialmente, autonomia funcional.
 - (iii) deverão dispor de:
 - Consulta externa autónoma.
 - Meios não invasivos (ultrassonográficos) próprios ou de fácil acesso no Hospital.
 - Equipamento angiorradiológico no Bloco Operatório e possibilidade de execução de técnicas endovasculares.
 - Idoneidade formativa parcial ou total.
 - (iv) a lotação aconselhada é de 0,04 camas/1 000 habitantes.
 - (iv) deverão fazer urgência em articulação com o Serviço de referência, garantindo a urgência na Unidade durante o normal

funcionamento e integrando, em caso de carência, a urgência externa do Serviço de referência.

6. Ademais, indica que os factores de preferência para a instalação de Unidade, no Hospital, são a existência de:
 - Serviço de Cardiologia.
 - Serviço de Nefrologia/Hemodiálise.
 - Serviço de Radiologia equipado com TAC, seriógrafo multifunções e eco-doppler colorido.
7. Os Serviços de Angiologia e Cirurgia Vascul ar deverão dispor:
 - (i) de um quadro médico de, pelo menos, 8 especialistas (mínimo de 2 Chefes de Serviço e 6 Assistentes);
 - (ii) bem como,
 - Unidade de Cuidados Intensivos (própria ou do Hospital).
 - Fácil acesso hospitalar a radiologia com tomografia axial computadorizada, ressonância magnética, angiorressonância e medicina nuclear.
 - Consulta externa diária.
 - Internamento autónomo.
 - Laboratório vascular não invasivo com eco-doppler colorido, doppler direccional e tapete rolante.
 - Meios invasivos próprios ou de fácil acesso no Hospital.
 - Bloco operatório diário equipado para estudo angiográfico e prática de cirurgia endovascular.
 - Unidade de cirurgia de ambulatório.
 - Urgência interna assegurada em regime de presença física.
 - Articulação hospitalar com Serviço de Medicina Física e Reabilitação.
 - Arquivo clínico e angiográfico.
 - Secretariado clínico e administrativo informatizado.
 - Biblioteca.
 - Idoneidade formativa (atribuída pela Ordem dos Médicos).

REDE DE REFERENCIAÇÃO DE INFECCIOLOGIA

1. A RRH de Infecciologia foi aprovada por Despacho de Sua Excelência o Ministro da Saúde, em 18 de Julho de 2001, e publicada pela Direcção-Geral da Saúde em 2001.
2. O documento estabelece critérios humanos, técnicos e materiais para o funcionamento de uma RRH de Infecciologia, e assenta no estabelecimento de pressupostos, alguns deles futuros, para a sua implementação. Assim, refere que “alguns dos hospitais deverão ser apetrechados com laboratórios de biologia molecular, propondo-se o máximo de dez (10) para o Continente, distribuídos do seguinte modo:
 - 3 na Região de Saúde do Norte
 - 2 na Região de Saúde do Centro
 - 4 na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
 - 1 na Região de Saúde do Algarve.
3. Igualmente estabelece, programaticamente, que “todos os laboratórios deverão ter controlo de qualidade externo”, e que quanto aos tipos de grau de isolamento dos quartos de isolamento das Unidades e Serviços de infecciologia, e para além de determinações mínimas, “não sendo possível estabelecer outros critérios universais que regulem a instalação de quartos de isolamento, a sua criação deve ser sempre fundamentada em critérios epidemiológicos loco-regionais”.
4. Nesse quadro de não exequibilidade por si só do documento, é referido que as Unidades devem estar integradas num Serviço de Medicina Interna, com ambulatório da especialidade de Infecciologia, devendo possuir um mínimo de dez camas e três Infecciólogistas (sendo um médico por cada quatro camas e por cerca de cento e cinquenta doentes).
5. Os Serviços devem possuir instalações e secretariado próprio; com um mínimo de 25 camas, sector de internamento e de ambulatório constituído por consulta externa e hospital de dia; bem como Laboratório de Microbiologia.
6. Mais devendo possuir um mínimo de sete Infecciólogistas (sendo um médico por cada quatro camas e cerca de cento e cinquenta doentes).

REDE DE REFERENCIAÇÃO DE MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO

1. A RRH de MFR foi aprovada por despacho de Sua Excelência a Secretária Adjunta do Ministério da Saúde, em 26 de Março de 2002 e publicada pela Direcção-Geral da Saúde no ano de 2003.

2. O documento estabelece aquilo a que apelida de “Pressupostos para a RRH de MFR”, tendo portanto um carácter programático e orientador quanto aos serviços, meios e equipamentos que considera relevantes. Assim se deverá interpretar a referência feita de que

- (i) “a criação dos serviços de reabilitação deverá estar dependente das características da população a que se destina e dos objectivos da estrutura em que está inserido [...]”;
- (ii) “para se atingirem os propósitos enunciados, os serviços de reabilitação necessitam de estar devidamente equipados e contar, em número suficiente, com os elementos que compõem a equipa de reabilitação [...]”;
- (iii) “o princípio da diferenciação dos Serviços de Medicina Física e de Reabilitação, de acordo com as patologias de vocação do Hospital em que estão inseridos, é desejável nos Hospitais Especializados e em alguns dos Centrais, enquanto nos restantes deve ser global”;
- (iv) “é imprescindível a existência de camas de internamento de Medicina Física e de Reabilitação nos Centros de Reabilitação [...]”;
- (v) “os Hospitais Distritais deverão, progressivamente, ser dotados de Serviços de Medicina Física e de Reabilitação, devidamente equipados com recursos físicos e humanos que lhes permitam receber os doentes transferidos dos Hospitais de nível superior, onde deverão apenas permanecer enquanto necessitem de cuidados mais especializados. Nos hospitais de nível 1 deverão existir protocolos de assistência desta área com os Serviços de MFR do hospital de referência”;
- (vi) “segundo o Despacho n.º 32/86, de 26/08/86, deveriam ser criadas camas de hospitalização para reabilitação nos hospitais centrais e distritais gerais, e a Carta de Equipamentos de Saúde prevê também camas para internamento em alguns hospitais centrais”.

3. O documento preconiza quatro níveis de actuação, a saber, Centros de Saúde e Hospitais de Nível I, Hospitais Distritais Gerais e Centrais da plataforma B, Hospitais Distritais Gerais, Centrais e Especializados da plataforma A e Centros de Reabilitação.

4. As entidades qualificadas como pertencendo ao Nível I, são, por excelência, os responsáveis pela prevenção da incapacidade e pela orientação adequada do doente.
5. Porém, não estando previstos fisiatras para estas instituições e cada um dos serviços hospitalares de MFR da sua área de influência devem designar um Fisiatra para funcionar como consultor na zona geográfica da responsabilidade do respectivo hospital.
6. A plataforma B é constituída por todos os hospitais distritais gerais e alguns centrais que não preenchem os requisitos definidos para os da plataforma A, de nível mais diferenciado, e que, sendo a maioria, constituem a estrutura fundamental da rede.
7. Aqui, e como base de planificação, considera-se que por cada 100 camas de internamento hospitalar deve haver:
 - (i) um fisiatra, três fisioterapeutas, um terapeuta da fala e um terapeuta ocupacional;
 - (ii) uma área mínima para terapêutica de 200m²; e
 - (iii) sectores clássicos de Medicina Física e de Reabilitação, com os respectivos equipamentos.
8. A plataforma A corresponde à plataforma diferenciada do diagnóstico e do tratamento da Medicina Física e de Reabilitação.
9. Neste nível, os prestadores hospitalares devem, cumulativamente:
 - (i) possuir zona de atracção superior a 400 000 habitantes;
 - (ii) deter casuística anual superior a 300 AVCs;
 - (iii) estarem integrados na rede de urgência como hospitais polivalentes;
 - (iv) possuir internamento próprio de MFR, que se destina, preferencialmente, a lesões encefálicas e outras patologias.
9. Como base de referência, considera-se que um hospital com 400 a 500 camas deve ter:
 - (i) um Serviço de Medicina Física e de Reabilitação com uma área mínima de 1000 m²;
 - (ii) 12 a 15 camas atribuídas à MFR;
 - (iii) 7 Fisiatras, 15 Enfermeiros, 4 Terapeutas ocupacionais, 15 Fisioterapeutas, 2 Terapeutas da fala, 3 Secretárias Clínicas, 12 Auxiliares de acção médica, 2 Assistentes sociais, 2 Psicólogos;
10. Os restantes hospitais, com maior ou menor dimensão, devem ter quadros de profissionais em proporções idênticas e de acordo com as suas dimensões e as características da população.

11. Por seu lado, os Centros de Reabilitação devem funcionar em perfeita articulação com os Serviços de Medicina Física e de Reabilitação, devendo os doentes ser obrigatoriamente referenciados pelos Hospitais que compõem a Rede de Referenciação de Medicina Física e de Reabilitação.

12. Estes Centros, para além das condições materiais exigidas para os Serviços de MFR dos hospitais de Plataforma A, devem dispor de:

- (i) um Sector/Unidade de Reintegração Socioprofissional;
- (ii) um Sector de Próteses e Ortóteses;
- (iii) um Sector de adaptação/treino ao esforço, desporto adaptado; e
- (iv) Sectores de readaptação à vida domiciliária, exterior e profissional;
- (v) 8 Fisiatras, 32 Enfermeiros, 5 Terapeutas ocupacionais, 18 Fisioterapeutas, 2 Terapeutas da fala, 1 Ortoprotésico (ou c/apoio), 1 Dietista, 2 Assistentes sociais, 2 Psicólogos.

REDE DE REFERENCIAÇÃO DE NEFROLOGIA

1. A RRH de Nefrologia foi aprovada por despacho de Sua Excelência a Secretária de Estado Adjunta do Ministro da Saúde, em 26 de Março de 2002.
2. É assumido pela Rede que, *considerado o papel da iniciativa privada no campo da diálise ambulatoria e a boa articulação entre as unidades extra hospitalares, a nefrologia portuguesa detém uma cobertura em termos de serviços hospitalares de Nefrologia, perto do ideal, sendo que esta rede funciona já sem grandes sobressaltos.*
3. Sem embargo deste reconhecimento, é admitido que é necessário prover pela *“melhoria das infra-estruturas e dos meios tecnológicos, nomeadamente através do aumento da componente pública (para a exploração desta componente deverão equacionar-se soluções diversificadas, como a concessão ou o regime em parceria) e a implementação de um rede de informação e comunicação das unidades e serviço entre si, de forma a otimizar aspectos comuns de gestão clínica”.*
4. O documento identifica “os passos a seguir e que devem ser entendidos como linhas orientadoras e não leis incontornáveis”, estabelecendo um guião para a elaboração de critérios para implementação de RRH, assim elaborando quer o desenho da rede a implementar, quer a definição das instalações e os equipamentos desejáveis com as respectivas localizações e recomenda a distribuição de recursos humanos e financeiros, sendo assim (apenas) dotado de carácter programático ou orientador.
5. No respeitante aos recursos humanos e técnicos assim desejados como essenciais ao correcto funcionamento da RRH, resulta que os Serviços de Nefrologia (em número de 25), devem servir entre 300 000 a 500 000 habitantes e possuir, no mínimo, quatro nefrologistas.
6. Ademais, devem os Serviços de Nefrologia possuir:
 - (i) em média, seis a oito camas de internamento autónomas ou integradas num departamento de especialidade médica;
 - (ii) uma Unidade de Hemodiálise com um mínimo de 25 postos (idealmente entre 25 e 40 postos, num regime de trabalho duplo para 300 000 a 500 000 habitantes);
 - (iii) destes postos, 2 devem ter mobilidade e os restantes devem assegurar tratamento aos doentes agudos e crónicos e um programa de 80 a 150 doentes crónicos ambulatoriais por ano;
 - (iv) consultadoria nefrológica, hospital de dia nefrológico e hemodiálise permanente;

- (v) unidade de diálise peritoneal para ensino e apoio a um programa de DPCA/DPA;
- (vi) consulta externa e serviço de consultoria aos outros serviços com especial ênfase à Unidade de Cuidados Intensivos;
- (vii) o hospital deve dispor de serviços de imagem, laboratório, anatomia patológica e cirurgia de acesso vascular;
- (viii) implementar e juntar sinergias necessárias para iniciar e manter um programa de colheita de órgãos;
- (ix) possibilidade de se tornar um centro de transplante, caso se tenha constituído como centro de colheitas ou de assegurar a clínica pós-transplante imediato dos doentes da sua área de influência;
- (x) candidato junto da OM para receber internos, num ritmo de 1 vaga a cada 2 anos (se dispuser, no mínimo, de 4 nefrologistas);

7. Mais, para uma população de 70 000 habitantes, justifica-se a existência de uma Unidade de Diálise que deve ser dimensionada para um mínimo de 40 doentes.

8. De acordo com as orientações da RRH, foi ainda recomendado que a colocação de nefrologistas não seja fora dos serviços hospitalares de nefrologia.

9. No caso de o número de habitantes não justificar a existência de um Serviço de Nefrologia, mas que recomende a existência de uma unidade de Hemodiálise, esta deverá ter supervisão técnica assegurada por consultadoria do Hospital de referência mais próximo.

10. Finalmente, determina a RRH que cumprirá às ARS definir a localização dos Serviços que não se exige, estejam localizados num hospital com urgência médico-cirúrgica.

REDE DE REFERENCIAÇÃO DE NEUROLOGIA

1. A RRH de Neurologia foi aprovada por despacho de Sua Excelência, o Ministro da Saúde, em 18 de Julho de 2001.
2. O documento estabelece critérios desejáveis para o bom acompanhamento e referenciação na valência de Neurologia, designadamente
 - (i) que a valência de Neurologia deverá existir para uma população mínima de 100.000 a 300.000 habitantes, dependendo de condicionalismos geográficos;
 - (ii) que deverão existir Serviços de Neurologia para uma população mínima de 300.000 habitantes;
 - (iii) que nos Hospitais servindo de 100.000 a 300.000 habitantes deverão existir Unidades de Neurologia, dependendo de condicionalismos geográficos;
 - (iv) que em outros Hospitais Distritais onde não se justifique a existência de uma Unidade de Neurologia, deverão ser estabelecidos protocolos com o hospital de referência, a fim de serem assegurados cuidados de Neurologia localmente.
3. Pelo exposto, é, na sua essência, um documento orientador e programático, não exequível por si mesmo.
4. Decorre igualmente do estipulado na rede, um plano de cobertura da rede hospitalar que determina, por lapso de tempo anual, a criação de Serviços e Unidades junto das entidades hospitalares, iniciando a sua implementação, pelas periferias dos grandes centros, seguindo pelos Hospitais Distritais e finalmente, pelos Hospitais Centrais.
5. No respeitante aos recursos humanos e técnicos considerados essenciais ao correcto funcionamento da RRH idealizada, resulta que os Serviços de Neurologia devem servir uma população mínima de 300.000 habitantes.
6. Os Serviços de Neurologia devem deter um mínimo de 6 Neurologistas, bem como:
 - (i) Consultoria nos Centros de Saúde da respectiva área de influência, mediante protocolos a estabelecer;
 - (ii) Consulta externa;
 - (iii) Internamento (em serviços autónomos nos hospitais de maior diferenciação ou em camas de outras especialidades afins, mas sob a responsabilidade da Neurologia, nos outros hospitais);
 - (iv) Hospital de dia;
 - (v) Serviço de Urgência

7. Além de que devem dispor ou ter acesso, idealmente na instituição, a meios complementares de diagnóstico, incluindo, a Neurofisiologia (Electromiografia, electroencefalografia e potenciais evocados), a Neurossonologia vascular (cervito-encefálica) e Neurorradiologia (TAC, Angiografia do SNC e desejavelmente RM), Neuropatologia.

8. Por seu lado, as Unidades de Neurologia devem servir uma população de 100.000 a 300.000 habitantes.

9. Ademais, devem

- (i) possuir 3 a 5 Neurologistas;
- (ii) dispor de consulta externa e internamento (em camas adaptadas à gravidade da doença e sob responsabilidade do especialista); e
- (iii) ter acesso local a exames neurofisiológicos de rotina, radiológicos (incluindo Tomografia Computadorizada e Angiografia); exames laboratoriais, incluindo estudos do líquido céfalo-raquidiano e a cuidados de Medicina Física e de Reabilitação.

10. Ainda, e no respeitante à articulação entre Unidades e Serviços de Neurologia, deverá ser:

- (i) fomentada a mobilidade dos neurologistas entre os centros prestadores de cuidados de saúde, de forma a permitir a sua actualização periódica, bem como a sub-especialização, de acordo com o seu interesse e as necessidades locais;
- (ii) fomentada a rotatividade dos internos de Neurologia por diversos centros, permitindo assim uma formação polifacetada, de acordo com a realidade nacional, ao mesmo tempo que permitirá imprimir um maior dinamismo aos centros mais pequenos;
- (iii) definidos os protocolos de prestação de cuidados entre Unidade e Serviços, quer entre os geograficamente mais próximos, quer com outros em que existe maior disponibilidade de colaboração.

REDE DE REFERENCIAÇÃO DE ONCOLOGIA

1. A RRH de Oncologia foi aprovada por Despacho de Sua Excelência a Secretária e Estado Adjunta do Ministério da Saúde, em 17 de Janeiro de 2002.
2. Em tal documento é assumido que “a Rede de Referência Hospitalar (RRH), não descurando a capacidade já instalada, irá enunciar princípios para o estabelecimento de níveis diferenciados de cuidados, a que se chamaram plataformas, que se articularão entre si, sem prejuízo da continuidade e do envolvimento das estruturas de saúde locais”.
3. A criação e o desenvolvimento desta rede enquadra-se nas determinações do Plano Oncológico Nacional (Resolução de Conselho de Ministros n.º 129/2001, DR n.º 190 – I Serie de 17/8/2001), estando aí definido o modelo de organização em plataformas e cabendo à DGS a responsabilidade de classificar os hospitais de acordo com as plataformas, sob proposta das ARS e ouvidas as comissões oncológicas regionais.
4. Na estipulação dos recursos e requisitos para a estruturação e funcionamento das plataformas, verifica-se que o documento previa ainda a realização futura de um conjunto extenso de requisitos orgânicos e funcionais para as diferentes plataformas, como sejam:
 - (i) Para a plataforma tipo C “a institucionalização de consultas multidisciplinares de decisão terapêutica”, a implementação de “de comissões de coordenação oncológicas” e de “sistemas que assegurem a gestão do registo oncológico”, bem como estabelecia a necessidade de “todas as unidades ou serviços, que se dediquem ao tratamento da doença oncológica, deve[rem] possuir Protocolos de Diagnóstico e de terapêutica que permitam uma uniformização de procedimentos”;
 - (ii) Para a plataforma tipo B, “para além dos recursos próprios da plataforma C, deverão incluir hematologistas clínicos nos serviços ou unidades de oncologia, ou ter serviço ou unidade autónoma de hematologia clínica. Os hospitais que tratem doentes com neoplasias do sistema hematopoiético que que impliquem o recurso a terapêutica geradora de neutropenia prolongada, de que as leucemias agudas são paradigma, deverão ter especialistas com treino específico [...] Idealmente, deverá haver também um serviço de neurologia com equipa de Psiquiatria de Ligação”;
 - (iii) Para a plataforma tipo C, “deverá incluir todos os recursos exigíveis à Plataforma B. As instituições da plataforma A deverão possuir Serviços ou

Departamentos de Oncologia Médica e Radioterapia". Note-se que a plataforma C era desde logo constituída, e nos termos do Decreto-Lei n.º 273/92, de 3 de Dezembro, pelos Centros Regionais do Instituto Português de Oncologia, mas independentemente disso "poderão as ARS, quando as circunstâncias regionais o determinem, e ouvidas as Comissões Oncológicas Regionais, propor à Direcção-Geral da Saúde a inclusão de Hospitais Centrais na plataforma A. Considerando que a filosofia da RRH se baseia em complementaridades, elas terão que ser definidas regionalmente por acordo entre as instituições, sempre que necessário, para o melhor aproveitamento dos recursos.".

5. O documento da RRH de Oncologia não é, conseqüentemente, completo nem tampouco exequível por si próprio enquanto instrumento para implementação da referida RRH.
6. Prevêem-se, assim, três tipos de plataformas designadas de C, B e A, correspondendo as plataformas de tipo C às menos centrais, e com a obrigação primordial de tratar a patologia mais frequente, e as de tipo A às mais centrais e com patologia menos frequente. A plataforma A, contudo, integrará funções de C e B, da mesma forma que a B irá igualmente tratar a patologia primariamente da responsabilidade da plataforma de tipo C.
7. De realçar que o conceito de "central", usado para ajudar a compreender o objectivo desta forma de organização, refere-se à obrigação de cobrir uma área determinada e responder com celeridade aos problemas oncológicos mais frequentes dos habitantes dessa área.
8. Assim, a área de responsabilidade da plataforma C é menor do que a área exigida para as plataformas B e A.
9. Em cada plataforma poderá haver necessidade de tratar doentes com patologia da plataforma seguinte, de acordo com a experiência dos centros e em protocolos de colaboração com a plataforma de referência.
10. A arquitectura da RRH estrutura-se no sentido do tratamento em tempo útil e, sempre que indicado, tão próximo quanto possível do local de residência habitual dos doentes. Deste modo, a RRH deve ser encarada como uma estrutura flexível, ao serviço dos doentes.
11. A Plataforma de tipo C deve servir 300 000 habitantes, sendo que a dimensão do corpo clínico é determinada pela quantidade de casos oncológicos que a instituição cuida, tendo em consideração que cada um dos serviços ou unidades deve ter capacidade de internamento, consulta externa, hospital de dia e secretariado próprio.

12. Ainda, o hospital terá de garantir o atendimento não programado durante 24 horas por dia.

13. O objecto da sua actividade é o diagnóstico e a participação no tratamento dos tumores com incidências iguais ou superiores a 10 por 100 000 habitantes, sendo patologias do tipo C as ocorridas nas Pele (não melanoma), na Mama, na Próstata, no Estômago e no Cólon

14. Como já visto, os serviços existentes nesta plataforma devem ter carácter multidisciplinar:

- (i) institucionalização de Consultas Multidisciplinares de Decisão Terapêutica, em que participam todas as especialidades envolvidas;
- (ii) as Comissões de Coordenação Oncológica devem ser implementadas de acordo com a Portaria n.º 420/90, de 8 de Junho;
- (iii) devem ser implementados sistemas que assegurem a gestão do Registo Oncológico e a sua articulação central como actividade de rotina da instituição;
- (iv) todas as unidades ou serviços, que se dediquem ao tratamento da doença oncológica, devem possuir Protocolos de Diagnóstico e de Terapêutica que permitam uma uniformização de procedimentos, com a consequente contribuição para a equidade e qualidade dos cuidados;
- (v) a Investigação Clínica deve estar integrada na actividade diária das instituições, sendo considerada como elemento indissociável da qualidade dos serviços prestados e como factor determinante para o desenvolvimento do conhecimento oncológico e
- (vi) promoção da formação em oncologia dos profissionais dos centros de saúde e de outros hospitais da respectiva zona geográfica de influência.

15. As plataformas do tipo B detêm uma zona de influência coincidente com a da respectiva ARS, funcionam como plataformas de tipo C e, além disso, ocupam-se do diagnóstico e tratamento de tumores com incidências iguais ou superiores a 2,5 casos por ano, e por 100 000 habitantes (Esófago, Gânglios linfáticos, Lábio, Laringe, Melanoma, Ovário, Pâncreas, Rim, Sistema Hematopoiético, S N C, Tiróide).

16. Além dos recursos próprios da plataforma C, deverão incluir hematologistas clínicos nos serviços ou unidades de oncologia, ou ter serviço ou unidade autónoma de hematologia clínica.

17. Aqui incluídos, os hospitais que tratem doentes com neoplasias do sistema hematopoiético que impliquem recurso a terapêutica geradora de neutropenia prolongada,
18. Bem como os hospitais que dispendo de unidades de quimioterapia intensiva com suporte hematopoiético deverão obedecer aos critérios definidos na RRH de Transplantação e à legislação apropriada.
19. Estes devem possuir:
- (i) espaço de internamento destinado a estes doentes;
 - (ii) disponibilidade permanente de imuno-hemoterapia;
 - (iii) serviço de neurologia e psiquiatria com equipa de Psiquiatria de Ligação;
 - (iv) o serviço ou unidade de oncologia, que deverá garantir atendimento não programado permanente.
20. Por seu lado, a plataforma do tipo A, deverá incluir todos os recursos exigíveis à plataforma B e devem deter Serviços ou Departamentos de Oncologia Médica e Radioterapia.
21. É-lhes adstrita a responsabilidade do diagnóstico e do tratamento de tumores, independentemente da sua incidência, em particular dos que exigem técnicas e tecnologia mais complexas e/ou menos vulgarizadas. Dentro da investigação, destacam-se a investigação clínica, os ensaios clínicos e o desenvolvimento e a avaliação de novas tecnologias. Esta plataforma tem a função inalienável de actuar como suporte técnico das restantes. Para isso, é responsável pela formação contínua dos profissionais das diferentes plataformas, bem como pela discussão (com as restantes plataformas), elaboração e divulgação de protocolos clínicos.
22. Finalmente, e integrados nesta plataforma, os Centros Regionais do IPO, de acordo com Decreto-Lei nº 273/92, têm a responsabilidade de coordenar as acções de rastreio oncológico, ensino pós-graduado da oncologia e gestão do Registo Oncológico.

REDE DE REFERENCIAÇÃO DE ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

1. As Unidades de Oncologia Pediátrica (UOP) devem:
- (i) possuir condições específicas para o diagnóstico, tratamento, recuperação e seguimento posterior;

- (ii) ter funcionamento com base em equipas de trabalho multidisciplinar. Poderá ser uma unidade especial integrada num departamento de Pediatria ou funcionar num Centro de Oncologia Geral. Neste caso, deverá ter ligações privilegiadas com Serviços de Pediatria e condições de apoio específico às crianças hospitalizadas, incluindo serviço social, educadores e de atendimento psicossocial;
- (iii) integrar ou ter ligação a Organizações Nacionais e ou Internacionais de Oncologia Pediátrica de estrutura multidisciplinar, de forma a facilitar a comunicação de novos métodos de tratamento e a coordenação da respectiva investigação;
- (iv) possuir suficientes meios humanos e técnicos para um correcto tratamento de dados, de forma a poder participar em ensaios clínicos e fornecer elementos a Registos Oncológicos;
- (v) ter um número de novos doentes a tratar por ano (50 ou mais), de forma a manter em funcionamento estruturas específicas de Oncologia Pediátrica em Cirurgia, Radioterapia, Patologia, Cuidados Intensivos e terapêuticas de manutenção e reabilitação; todas estas estruturas de apoio deveriam funcionar no mesmo local ou na vizinhança próxima. Pode considerar-se necessária maior centralização do tratamento inicial de tumores cerebrais ou de outra patologia oncológica que requeira tratamento altamente especializado;
- (vi) integrar especialistas devidamente treinados (Oncologistas/Hematologistas pediátricos, Cirurgiões pediátricos com competência em Oncologia, Enfermeiras especialistas, Pedopsiquiatras, Técnicos de Serviço Social), de forma a assegurar assistência adequada nas 24 horas.

2. Ademais, as UOP deverão estar associadas a estruturas de acolhimento e alojamento para os acompanhantes das crianças deslocadas para longe da sua residência habitual.
3. À data da elaboração das RRH, existiam, em Portugal, quatro UOP, sendo uma no Sul (IPOFG-Lisboa), outra no Centro (Hospital Pediátrico de Coimbra, articulado com o IPOFG-Coimbra) e duas na Região Norte: a do IPOFG e a do Hospital de São João.

REDE DE REFERENCIAÇÃO DE REUMATOLOGIA

1. A RRH de Reumatologia foi aprovada pelo Secretário de Estado da Saúde, em 7 de Abril em 2000, e pela Secretária de Estado Adjunta do Ministro da Saúde, em 26 de Março de 2002.
2. À data da aprovação da RRH, apenas 27 reumatologistas pertenciam aos quadros hospitalares no Continente português e, à data, a valência de Reumatologia existia apenas em 6 hospitais – Conde de Bertiandos, em Ponte de Lima, S. João, no Porto, Universidade de Coimbra, em Coimbra, Santa Maria e Egas Moniz, em Lisboa, e Garcia de Orta, em Almada.
3. Em 1989, 1991 e 1996, foram apresentadas três propostas de Plano Reumatológico Hospitalar Nacional que, porém, nunca foram discutidas ou aplicadas e inexistia igualmente, um qualquer plano director da assistência e estudo, ambulatório e hospitalar, dos doentes reumáticos;
4. Pelo que o documento estabelecia uma “Proposta de Rede Reumatológica Nacional”, com a indicação de que se justificava como “urgente a criação de 5 unidades de reumatologia” até esse momento inexistentes, bem como indicação de que “as unidades poderão, consoante as características dos hospitais, vir a ser integradas em Departamentos ou Centros de Responsabilidade, incluindo outras especialidades, designadamente a Ortopedia e a Fisiatria. A médio prazo, as unidades poderão dar lugar a serviços”. Outrossim, era indicado que “deverão também ser gradualmente criados serviços de reumatologia em alguns hospitais centrais onde a valência ainda não exista e em alguns hospitais distritais não abrangidos por aquela medida urgente, de forma a que o Continente fique dotado de cerca de 30 serviços/unidades hospitalares de reumatologia”.
5. E, por isso, na sua essência, o documento possui um carácter programático e orientador quanto aos serviços, meios e equipamentos que considera relevantes para uma RRH de Reumatologia.
6. Era objectivo da implementação desta RRH permitir que os doentes reumáticos sejam melhor diagnosticados e tratados, com redução de gastos e poupança de meios, e os reumatologistas possam segura e progressivamente alcançar a realização profissional.
7. De acordo com a arquitectura da Rede, devem existir Unidades e Serviços de Reumatologia.

8. A valência de reumatologia deverá estar organizada ao nível de serviço, pelo menos em alguns hospitais centrais e distritais com áreas de influência de cerca de 400 000 habitantes.

9. As Unidades deverão ter um quadro mínimo de 3 Reumatologistas (sendo um, chefe de serviço); e uma equipa multidisciplinar (outros profissionais especializados como enfermeiro, assistente social, psicólogo, terapeuta, etc).

10. Ademais, as Unidades e Serviços deverão:

- (i) ter autonomia funcional, sendo de considerar a sua integração em Departamentos de Medicina ou em Departamentos mais alargados, que englobem a Ortopedia e a Fisiatria;
- (ii) articular-se com os centros de saúde da área em que se inserem. Esta articulação, diferente conforme a área geográfica e o tipo de hospital em causa, deve, contudo, basear-se em princípios de boa comunicação e consultoria prática, que facilitem o acesso e reduzam os tempos de espera para as consultas de reumatologia. Mas também com os serviços de ortopedia da sua área, de forma a proporcionar, sempre que necessário, o adequado e rápido tratamento cirúrgico do doente reumático;
- (iii) em alguns casos, deverá mesmo ser estimulada, como noutros países, a criação de serviços mistos de reumatologia/ortopedia, que assim poderiam, além de desempenhar as suas funções específicas, ser referência regional para resolução do enorme número de doentes reumáticos que carecem de abordagem cirúrgica e são preteridos pela enorme "carga" da traumatologia que invade os serviços ortopédicos portugueses;
- (iv) sendo desejável que, de acordo com os recursos humanos, físicos e tecnológicos disponíveis, defina objectivos, assistências e outros, através de instrumentos e/ou mecanismos de avaliação previamente acordados sob forma de compromisso periódico de desempenho.

11. E deverão possuir:

- (i) Ambulatório,
- (ii) Internamento;
- (iii) Hospital de dia;

- (v) Técnicas de diagnóstico e tratamento (por exemplo, densitometria, óssea, ecografia das partes moles, artroscopia diagnóstica, biópsias sinoviais, sinoviorteses, lavagem articular);
- (vi) Laboratório (por exemplo, microscopia de luz polarizada para observação de cristais, estudo da biópsia sinovial); e
- (vii) Permitir o ensino e investigação.

12. Finalmente, importa anotar que, de acordo com a Rede, as Unidades e Serviços deveriam

- (i) articular-se com os Centros de Saúde de forma a facilitar o acesso e reduzir os tempos de espera para as consultas de reumatologia;
- (iv) articular-se com os Serviços de Ortopedia da área geográfica onde se inserem de forma a permitir o tratamento cirúrgico rápido e adequado do doente reumático; e
- (v) em alguns deve fomentar-se a criação de serviços mistos de reumatologia e ortopedia.

REDE DE REFERENCIAÇÃO DE IMUNOALERGOLOGIA

1. A RRH de Imunoalergologia foi aprovada por Despacho de Sua Excelência a Secretária de Estado Adjunta do Ministro da Saúde em 1 de Março de 2002, posteriormente publicada pela DGS, no ano de 2003.
2. A criação de uma RRH pretendia designadamente, reduzir custos substanciais com exames complementares de diagnóstico prescritos sem critério clínico e científico atenta a falta de conhecimento dos mecanismos etiológicos e fisiopatológicos; relacionados com a mortalidade de algumas formas de doença alérgica, custos da utilização de medicamentos por utilizações abusivas e incorrectas, bem como custos com deslocações, permitindo um atendimento mais próximo das populações.
3. O documento estabeleceu como "Prioridades de intervenção" a "autonomização ou reconhecimento como Serviços das actuais Unidades dos Hospitais", o estabelecimento de uma "rede de unidades de especialidade, com base nos critérios da dimensão da população", pelo que propunha um "cronograma de intervenção" que previa que "a definição dos locais e do cronograma de desenvolvimento da rede será da competência de cada ARS, na sua área de intervenção, embora exista uma "elegante" relação entre o ritmo de formação dos novos especialistas e a abertura faseada (anual) das novas unidades de Imunoalergologia (2 a 3 por ano, correspondendo a 4/6 especialistas)".
4. O documento é dotado, assim, de um carácter programático e meramente orientador.
5. Nesta sequência a RRH previu Unidades de Imunoalergologia com Mínimo de três especialistas em cada Unidade cuja área de influência tenha uma densidade populacional de cerca de 500 000 habitantes.
6. Mais, as Unidades de Imunoalergologia devem possuir:
 - (i) Área de internamento (integrada em serviços médicos com disponibilidade de 0.02 camas/1000 habitantes);
 - (ii) Consulta externa;
 - (iii) Hospital-de-dia e
 - (iv) Técnicas especiais de diagnóstico e terapêutica.
7. Relativamente aos meios de apoio, na:
Área autónoma
 - Provas de sensibilidade cutânea;
 - Provas de provocação alérgica específicas;
 - Imunoterapia específica, por técnicas convencionais, *rush* ou outras;

- Aerossolterapia.

7. E nas

Áreas comuns a outros serviços (da própria instituição ou em articulação com o centro de referência):

- Técnicas de cinesiterapia respiratória e de reabilitação funcional;
- Laboratório de provas de função respiratória;
- Rinodebitomanometria;
- Imunologia laboratorial;
- Anatomia Patológica.

8. Os Serviços de Imunoalergologia devem possuir um mínimo de 5 especialistas e:

- (i) Área de internamento (10 a 20 camas para o total de adultos e de crianças, preferencialmente integradas num departamento);
- (ii) Consulta externa;
- (iii) Hospital-de-dia;
- (iv) Técnicas especiais de diagnóstico e terapêutica, de acordo com a Tabela de Actos Médicos da Ordem dos Médicos e a Tabela de Imunoalergologia do Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde, incluindo, designadamente:
 - Provas de sensibilidade cutânea: testes por picada, intradérmicos, de contacto e múltiplos;
 - Provas de provocação oftálmica específicas;
 - Provas de provocação nasal – com e sem rinomanometria – específicas e inespecíficas;
 - Provas de provocação oral, abertas ou em ocultação;
 - Provas de avaliação da broncomotricidade por espirometria simples ou por mecânica ventilatória, broncodilatadoras, broncoconstrictoras específicas e inespecíficas, mecânica ventilatória simples;
 - Imunoterapia específica, por técnicas convencionais, *rush* ou outras;
 - Aerossolterapia;
 - Imunologia laboratorial adstrita à especialidade;
 - Reeducação funcional, respiratória, articular e cutânea.
- (v) Deverá, também, ser apetrechado com meios técnicos de diagnóstico e terapêutica, capazes de uma plena resposta para todas as

situações clínicas, mesmo que pouco frequentes, que ocorram em toda a sua área de influência. Por outro lado, no sentido de uma racionalização de meios humanos e técnicos, deverá centralizar o estudo e a actividade assistencial de patologias muito específicas.

REDE DE REFERENCIAÇÃO DE INTERVENÇÃO CARDIOLÓGICA

1. A RRH foi aprovada por Despacho de Sua Excelência a Ministra da Saúde, em 8 de Outubro de 1999 e por Sua Excelência o Ministro da Saúde, em 18 de Julho de 2001.
2. O documento, enquanto proposta do Grupo de Trabalho que foi responsável pela sua elaboração, analisa os critérios e requisitos considerados adequados designadamente para as Unidades de Cardiologia, para os Serviços de Cardiologia e para as Vias Verdes Coronárias, procedendo à avaliação crítica da situação então existente e estabelece uma “previsão de equipamentos e de novos centros a curto prazo”, assim propondo um “conjunto de prioridades e um cronograma de implementação” considerado necessário para a prossecução das “recomendações” que do mesmo resultaram. Tal conjunto de prioridades e cronograma de implementação inclui a constituição de “grupos e documentos de trabalho”, a criação de “grupo de acompanhamento dos CRI” (com o objectivo, entre outros, de proceder ao “levantamento de necessidades [...] por Sub-região”, “estudar respostas apropriadas na área de intervenção cardiológica a Sul do Tejo”, “analisar as condições de articulação entre os serviços de cardiologia sem hemodinâmica [...]”, “incluir no PIDDAC 2000 equipamentos para os HUC e Hospital de S. João”), bem como um conjunto de outras actividades no tocante ao acompanhamento, durante os anos de 2000 e 2001, de diversos equipamentos para diversos Hospitais, de forma a poder analisar, em 2002, a divulgação dos parâmetros de qualidade do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia.
3. Consequentemente, é um documento orientador e programático, não exequível por si mesmo.
4. Nos termos do documento, a Unidade de Cardiologia deve servir uma população entre 100 000 e 150 000 habitantes e possuir entre três e cinco médicos Cardiologistas.
5. Devem:
 - (i) possuir cardiologia diagnóstica não invasiva e apoiar tratamento de doentes enviados pelos médicos assistentes;
 - (ii) funcionar como consultoria a hospitais mais pequenos da sua área de influência que não tenham nenhum cardiologista;
 - (iii) possuir consulta externa e internamento;
 - (iv) ter acesso local a Electrocardiografia, Ecocardiografia, prova de esforço, Holter e implantes de *pacemakers* provisórios;
 - (v) ter possibilidade de realização de trombólise;

- (vi) poder existir autonomamente ou, preferencialmente, integrada num serviço de medicina.
6. Os Serviços de Cardiologia devem servir uma população igual ou superior a 300 000 habitantes e devem funcionar com um mínimo de seis médicos.
7. Note-se que as Unidades de Hemodinâmicas devem possuir, no mínimo dois operadores para realizar angioplastias, sendo que um deles deve estar de prevenção as 24 horas, um médico com experiência de ajudante no procedimento; um médico com experiência em reanimação cardiovascular e pessoal de enfermagem, técnico de cardiopneumologista, técnico de radiologia conforme a dimensão do laboratório
8. Ainda, o Serviço de Cardiologia:
- (i) poderá existir autonomamente ou integrado num departamento ou noutra forma organizativa mais abrangente;
 - (ii) apoia a consulta externa, o internamento, o serviço de urgência e a unidade coronária;
 - (iii) deve deter na sua disposição todos os meios diagnósticos das unidades e acesso no mesmo hospital a laboratórios de hemodinâmica e angiocardiografia;
 - (iv) deve assegurar a existência de uma unidade de cuidados intensivos, exclusivamente destinada a doentes cardíacos ou polivalente, durante as 24 horas.
9. Por seu lado, os laboratórios de hemodinâmica devem:
- (i) ter pelo menos 400 procedimentos coronários por ano,
 - (ii) o dirigente deverá ser um operador com experiência de carreira superior a 500 procedimentos e deverá continuar a realizar procedimentos no hospital de que seja dirigente
 - (iii) o equipamento radiológico deverá fornecer imagem fluoscópica de alta resolução com processamentos.
8. Os laboratórios de angiocardiografia devem, designadamente:
- (i) possuir a sala não deve ter menos de 32-36 m², podendo ir para além do dobro;
 - (ii) dispor de sala de recobro de doentes, espaços de arquivo e de armazenamento de material disponível, para relatórios médicos;
 - (iii) deter todo o material para desfibrilhação cardioversão e respiração artificial;

(iv) funcionar preferencialmente com um serviço de cirurgia em standby e, caso não exista, poderá ser realizada nas seguintes condições:

(v) informação do doente de que caso seja necessária, a cirurgia de emergência tem de ser efectuada noutra instituição;

(vi) existência de uma unidade de cuidados intensivos e serviços de cirurgia geral;

(vii) acordo institucional com Hospital para cirurgia cardíaca para apoio, em tempo útil, nos casos mais urgentes.

REDE DE REFERENCIAÇÃO DE OFTALMOLOGIA

1. A RRH de Oftalmologia não foi aprovada por despacho ministerial tendo sido publicada pela DGS em 2007.
2. Nos termos do documento publicado pela DGS, a RRH visa “definir claramente, a nível nacional, a distribuição geográfica e a tipologia de Unidades de Assistência Oftalmológica”, mas igualmente “reformular, melhorando, a Assistência Oftalmológica estabelecendo:
- Programas de informação à população em geral.
- Definição de competência das diversas estruturas assistenciais.
- Caracterização das unidades assistenciais.
- Articulação de assistência oftalmológica – circulação da informação clínica entre os diferentes níveis de cuidados oftalmológicos e coordenação dos serviços.”;
3. Tal como visa, entre outros objectivos, “criar quadros próprios (administrativos, enfermeiros, ortoptistas e oftalmologistas) dimensionados para cada uma das unidades oftalmológicas”, bem como “criar condições que assegurem a formação contínua dos profissionais de saúde na área de oftalmologia”, “estabelecer e garantir o funcionamento de um sistema que monitorize e avalie os programas propostos”.
4. Consequentemente, o documento, para além de não se encontrar aprovado, não é completo quanto a todos os aspectos que considera relevantes para a RRH, nem tampouco exequível por si próprio enquanto instrumento para implementação da referida RRH.
5. A organização dos cuidados de saúde da visão em Portugal deve assentar em Plataformas, de acordo com a área populacional e a diferenciação na resposta aos problemas oftalmológicos.
6. Nessa sequência, a RRH determina que devem ser estabelecidos três níveis de cuidados, divididos em Plataforma C, Plataforma B e Plataforma A.
7. As entidades englobadas na Plataforma C serão definidas pelas ARS através de Protocolos entre os Hospitais da Plataforma B e os Centros de Saúde e Hospitais.
8. A Plataforma C constitui a unidade mais simples de cuidados de saúde oftalmológicos e a sua actividade deverá localizar-se seja em Unidade Hospitalar ou em Centro de Saúde. Neste nível realizar-se-ão apenas consultas de Oftalmologia e actividades de rastreio.
9. As entidades nela incluídas devem deter:
 - (i) Local apropriado para consulta de oftalmologia com o seguinte equipamento: Autorefratómetro Biomicroscópio com Tonómetro de

aplanação, Tonómetro de não contacto, Oftalmómetro Frontofocómetro, Projector de optotipos, Caixa de lentes de ensaio, Armação de prova, Oftalmoscópio, Retinoscópio e Lentes de 3 espelhos e de 90 D;

(ii) Conjunto para rastreio oftalmológico; e

(iii) Não terá internamento, nem Bloco Operatório, nem Urgência de Oftalmologia.

10. No respeitante aos recursos humanos é determinado que o pessoal médico e ortóptico não será fixo nesta plataforma e funcionará, por protocolo ou por contratualização, preferencialmente a partir do Hospital da plataforma B ou A mais próximo, que terá a seu cargo a cobertura oftalmológica da área. Sendo que se justifica a existência de pelo menos um Médico Oftalmologista, um Ortoptista, a disponibilizar pela plataforma B ou A.

11. No respeitante à Plataforma B, determina a RRH que tendo em conta a realidade actual, cada uma deve ter no mínimo 5 elementos por cada 150 000 habitantes, devendo ser equacionado um maior número de acordo com as necessidades de cobertura assistencial e de instalações das Plataformas C adstritas.

12. Para uma boa rentabilidade de consultas e exames será recomendável a existência de, pelo menos, 2 enfermeiros;

13. Para apoio ao Bloco Operatório deverá haver pessoal de enfermagem com formação em Oftalmologia;

14. Deverão existir o mínimo de 3 ortoptistas para cobertura das actividades das Plataformas B e C, sendo adaptável em função da população abrangida.

15. E nos hospitais considerados como idóneos para a formação de internos, deverá também ser ponderado algum reforço dos recursos humanos.

16. Ainda na Plataforma B, nos hospitais de maior dimensão (> 300 000 habitantes) pode justificar-se a existência de uma urgência das 08 às 20 horas. Para estas actividades deve ser previsto um gabinete semelhante à da consulta externa, de acordo com a realidade de cada hospital, equipado com Projector de Optotipos, Oftalmoscópio, Biomicroscópio, Tonómetro, Frontofocómetro e lentes de 3 espelhos e de 90 D.

17. Nos hospitais que tenham uma população inferior, deve apoiar-se a urgência geral através de consulta não programada durante o normal funcionamento do hospital.

18. Quanto às demais áreas funcionais e equipamentos, a RRH indica que exista:

- (i) na Consulta, pelo menos três postos de consulta geral autónoma no Hospital, e um Oftalmoscópio Indirecto com a respectiva lente de observação, por cada gabinete;
- (ii) Exames e Técnicas: Perímetro computadorizado, Retinógrafo/Angiógrafo, Ecógrafo/Paquímetro, Teste de Farnsworth, Sinoptóforo, Estereoprojector, Ecran de Hess, Laser de Argon e de Yag e Unidade de Adaptação e Ensaio de Contactologia;
- (iii) Bloco Operatório que não sendo autónomo, implica uma das salas equipada com microscópio operatório de oftalmologia, bem como de facoemulsificador com vitrectomo anterior e onde se possa realizar anestesia geral e local assistida. Deve também haver o restante material para cirurgia da catarata, do glaucoma (com excepção do glaucoma congénito), do estrabismo e pequenas cirurgias. Há que acrescentar ainda o equipamento necessário para a Anestesia;
- (iv) Internamento, embora não necessariamente autónomo;
- (v) deve ter acesso fácil ao equipamento de um gabinete de consulta de Oftalmologia (no próprio internamento ou na consulta externa).

19. Finalmente, as Plataformas A devem servir de referência para as patologias das outras plataformas, pelo que é razoável considerar aqui o rácio de 1/20 000 habitantes para a população de atracção directa.

20. Assim:

- (i) nos hospitais em que esteja prevista a urgência de 24 horas deve haver um mínimo de 16 Oftalmologistas disponíveis para assegurar e para a qual devem contribuir todos os oftalmologistas a trabalhar nos hospitais das plataformas A e B da área de referência;
- (ii) com o mínimo dois Enfermeiros adstritos aos Exames Complementares e Consultas;
- (iii) devendo deter dois enfermeiros por sala de cirurgia, sem tarefas anestésicas;
- (iv) um enfermeiro para a Urgência, por turno;
- (v) um enfermeiro para o Internamento por 4 camas;
- (vi) administrativos responsáveis pelas Consultas das Unidades e pelos Gabinetes, devendo ser o rácio de um por cada três médicos;
- (vii) um administrativo responsável pelo Bloco Operatório/Áreas Cirúrgicas;
- (viii) dois a três Ortoptistas por cada cinco Médicos;

(ix) é ainda desejável a colaboração de um engenheiro com capacidade de intervenção na área da óptica médica.

21. Quanto aos Serviços:

(i) Urgência:

- a urgência de 24 horas deve ser assegurada nos hospitais que tenham também a urgência de Neurotraumatologia de 24 horas;
- os restantes hospitais da plataforma A, fora dos grandes centros urbanos devem também apoiar a urgência; e
- deve ter um posto de consulta conforme discriminado para a Plataforma B.

(ii) Consulta, de 6 a 8 postos completos de consulta e um Oftalmoscópio Indirecto com a respectiva lente de observação, por cada gabinete.

(iii) Exames e Técnicas, os constantes para a Plataforma B mais gabinetes equipados com Perímetro de Goldmann + PEC e Sistema de Macrofotografia, Angiógrafo para Indocianina, equipamento para Electrofisiologia Ocular, Microscopia Especular, OCT e Topografia do Nervo Óptico e da Córnea e equipamento para Sub Visão;

(iv) Internamento, entre 10 a 20 camas e 1 posto de consulta completo; e

(v) Bloco Operatório, no mínimo, acesso diário a uma sala para anestesia geral e uma sala para cirurgia de ambulatório, conforme descrito na Plataforma B e ainda equipadas de forma a permitir as cirurgias específicas das suas áreas de intervenção, nomeadamente: Lasers cirúrgicos, Diatermia Crioterapia, Vitrectomo Automático, Electroíman, e outro material cirúrgico. Há que acrescentar ainda o equipamento necessário para a Anestesia.

REDE DE REFERENCIAÇÃO DE TRANSPLANTAÇÃO

1. A RRH foi publicada pela Direcção-Geral de Saúde em 2003, não tendo sido sujeita a qualquer despacho ministerial de aprovação.
2. Para além de tal não aprovação, verifica-se também que o documento publicado pela DGS já se encontra desactualizado face às evoluções orgânicas e legislativas que entretanto se verificaram na área da transplantação. A título de exemplo, refira-se que o documento é anterior à Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação, criada pelo Decreto-Regulamentar n.º 67/2007, de 29 de Maio, tal como é anterior à Portaria n.º 357/2008, de 9 de Maio, que regulamenta a rede nacional de coordenação de colheita e transplantação.
3. De acordo com o documento, a RRH de Transplantação abrange:
 - (i) as Unidades de Transplante de Rim,
 - que devem possuir um Serviço de Nefrologia com possibilidade de diálise 24/24 horas e uma equipa cirúrgica e anestésica com boa capacidade para realizar a transplantação, com apoio de cuidados intensivos, laboratoriais, nefrológico e de diálise. Deve realizar um mínimo de 20 transplantes por ano.
 - (ii) as Unidades de Transplante de Córnea,
 - que devem existir num Serviço de Oftalmologia com boa preparação em cirurgia da córnea, com condições de estrutura, capacidade e segurança para gerir um “banco de córneas”. Deve realizar um mínimo de 20 transplantes por ano.
 - (iii) as Unidades de Transplante de Fígado,
 - que exigem a existência de um Serviço ou Unidade de Cirurgia com reconhecida experiência em Cirurgia Hepatobiliar e com apoio anestésico e de Bloco Operatório. Deve estar, ainda, assegurado o suporte nas áreas de doenças hepáticas (Gastroenterologia, Medicina Interna), Cuidados Intensivos, Laboratorial (Hematologia, Química Clínica, Microbiologia, Anatomia Patológica) e Imunologia. Deve realizar um mínimo de 20 transplantes por ano.
 - (iv) as Unidades de Transplante de Coração e Pulmão,
 - que exigem um Serviço de Cirurgia Cardíaca e Torácica com uma boa rentabilidade e com apoios cardiológicos, cirúrgicos, de cuidados intensivos e laboratoriais, com comprovada capacidade disponível existente, ou a criar previamente. O País necessita de realizar, pelo

menos, 60 a 70 transplantes por ano, e cada centro deve realizar um mínimo de 20 transplantes cardíacos por ano.

(v) as Unidades de Transplantação Múltipla,

- em que os transplantes duplos, fígado e rim, pâncreas e rim e, eventualmente, outros não devem conduzir à criação de novas Unidades de Transplantação. As Unidades já existentes, com larga experiência em transplantação, devem constituir programas específicos para este fim.

(vi) as Unidades de Transplantação Pediátrica,

- o transplante pediátrico de coração, de fígado, de rim, de pâncreas ou de outros órgãos deve circunscrever-se a programas específicos desenvolvidos em Unidades de Transplantação com reconhecida experiência na respectiva área.

REDE DE REFERENCIAÇÃO DE UROLOGIA

1. A RRH não conhece nenhum despacho de aprovação ministerial tendo sido publicada pela Direcção-Geral da Saúde em 2007.
2. O documento estabelece os requisitos humanos, materiais e técnicos para a RRH de Urologia, sendo certo que à semelhança de todas as redes definia as RRH como um princípio orientador que “[...] devem ser construídas numa lógica centrada nas necessidades da população e com base em critérios de distribuição e rácios, previamente definidos, de instalações, equipamentos e recursos humanos.”.
3. Realça-se no texto a incidência dos problema urológicos que contribuem com cerca de “[...] 10% a 15% das consultas de Medicina Geral e Familiar e tem um impacto significativo nos internamentos hospitalares. Na medida em que as patologias urológicas são muito prevalentes depois dos 50 e sobretudo depois dos 65 anos, essa contribuição e impacto tenderão a aumentar essencialmente com o aumento da esperança de vida.”.
4. Fazendo-se, nesse seguimento, uma resenha sobre cada um dos problemas urológicos mais frequentes e na qual se revela a sua incidência na população.
5. Ainda de acordo com a situação actual da valência em questão, é referido no documento em análise que existem cerca de 300 especialistas (média de 1/ 35 000 habitantes) sendo que, apenas 238 se encontram a exercer actividade nos hospitais públicos.
6. “Verifica-se que alguns hospitais apresentam produtividade mas não dispõem de médico no quadro e que alguns hospitais que integram a Rede de urgência/Emergência não dispõem de Urologia.” e uma dispersão de médicos por hospitais de pequena dimensão (6 hospitais com um Urologista).
7. De acordo com a RRH, e no que respeita ao Modelo Organizativo respeitar, é referido que um população igual ou superior a 250 000 habitantes justifica a existência de um Serviço de Urologia, devendo este princípio “sustentar qualquer mudança organizacional na Urologia a nível nacional”.
8. Neste seguimento, está prevista uma determinada carteira de cuidados por ano, a nível público e privado, e que, exemplificadamente, determina que “o número de internamentos previsível é de 1 100 com demora média entre 4,8 e 6 dias”.
9. E as actividades previstas na referida carteira “justificam 25 a 30 h de tempo operatório por semana, 3/4 gabinetes de consulta, 1 sala de endoscopia e 1 sala de exames.”.

10. Ocorre que o reconhecimento da dispersão dos profissionais e de recursos pelos vários hospitais e a forte componente de clínica privada realizada na valência de Urologia, impõe que a RRH recomende “uma estratégia a desenvolver por etapas, no horizonte dos próximos dez anos.”.

11. Pelo que, na sua essência, estamos perante um documento que possui um carácter programático e orientador quanto aos serviços, meios e equipamentos que considera relevantes para uma RRH de Urologia.

12. Nesta sequência, a RRH recomenda, numa primeira fase, que sejam assegurados os Serviços de Urologia nos Hospitais com Urgência Polivalente e as Unidades de Urologia nos Hospitais com Urgência Médico-Cirúrgica, sendo que, nos IPOs justifica-se a existência deste serviço ainda que com características muito específicas.

13. Os Serviços e as Unidades “devem assegurar os cuidados de saúde a prestar no âmbito do internamento, de consulta externa, dos exames especiais, do hospital de dia e da urgência, podendo funcionar em estruturas autónomas ou integradas em serviços ou departamentos mais abrangentes, devendo ser, em caso de insuficiência, promovidas articulações interinstitucionais.”.

14. A consulta externa deve ser assegurada no ambulatório do hospital, sendo desejável a sua descentralização, através da outorga de protocolos, para outros hospitais onde não se encontra prevista a existência da valência e, eventualmente, para Centros de Saúde.

15. No que respeita aos exames especiais previstos para as Unidades prevêem-se a ecografia e radiologia urológica básicas, urofluxometria, endoscopia do baixo aparelho e biopsias.

16. Devendo os Serviços, para além destes últimos, assegurar a existência de ecografia avançada, urodinâmica, endoscopia do aparelho urinário, exames e técnicas andrológicas, endourologia, litotricia extracorporal, laparoscopia e cirurgia laparoscópica, outros exames e técnicas urológicas e andrológicas.

17. Os cuidados de apoio à urgência deverão

- (i) ser garantidos durante 24 horas, nos Hospitais com Urgência Polivalente (Braga, Vila Real, Viseu, Évora e Faro);
- (ii) ser garantidos durante o normal funcionamento do hospital (8-20h) nos Hospitais Polivalentes das sub-regiões de Lisboa, Coimbra e Porto;
- (iii) fora deste último horário, a urgência deverá funcionar nestas zonas urbanas apenas em um ou mais hospitais, e deve ser assegurada, em

rotatividade, por todos os Urologistas da sub-região, funcionando autonomamente sem interferência no funcionamento do serviço; e

- (iv) nos demais Hospitais com Urgência Médico-Cirúrgica, a urgência deve ser apoiada pelo Serviço ou Unidade das 8 às 20 horas, fora deste período face a uma emergência, deve o INEM deslocar o doente para um Hospital com Urgência Polivalente que assegura a urgência 24 horas.

18. No que respeita ao Bloco Operatório,

- (i) a cirurgia oncológica deve estar reservada aos hospitais nos quais a valência esta prevista e que integrem igualmente a Rede de Oncologia;
- (ii) a cirurgia laparoscópica deve ser assegurada por Serviços/Unidades que realizem um mínimo de 50 intervenções por ano;
- (iii) a cirurgia reconstrutiva deve ser assegurada por Serviços/Unidades que realizem um mínimo de 10 a 15 intervenções por ano, incluindo as várias formas de cirurgia reconstrutiva do aparelho urinário;
- (iv) no respeitante à litotricia, admite-se que atenta a existência de equipamentos no sector público e privado deve ser feita uma gestão parcimoniosa dos recursos, pelo que três entre os hospitais de Santo António, S. João, Braga, Vila Real, HUC, Castelo Branco, Egas Moniz, Sta. Maria e Beja, deverão ser hospitais de referência nacional, devendo por isso, ser equipados com todas as técnicas de tratamento da litíase urinária;
- (v) em matéria assistencial, cada Unidade/Serviço deverá realizar cerca de 1800 a 2000 consultas, 800 a 1000 exames e 150 cirurgias, por ano e médico urologista, bem como desenvolver actividades científico pedagógicas e de carácter organizativo.

19. A RRH estipula que nos Hospitais com Urgência Médico-Cirúrgica deve ter três médicos, “recomendando-se, pelo menos, 1 médico por 80 000 habitantes”; nos Hospitais com Urgência Polivalente deverão existir, pelo menos cinco médicos, sendo que no respeitante a pessoal de enfermagem, auxiliar e administrativo, os recursos devem ser suficientes para desenvolver todas as actividades tal como previstas na RRH.

20. Quanto aos equipamentos, os Hospitais com Urgência Médico-Cirúrgica deverão dispor ou ter acesso a equipamentos para realizarem as técnicas já *supra* indicadas para as Unidades e os Hospitais com Urgência Polivalente devem acrescentar àqueles equipamentos os necessários à realização das técnicas indicadas *supra* para os Serviços.
21. Finalmente, e no que respeita à Monitorização, determina a RRH que esta é da responsabilidade da DGS, IQS e IGS, sendo que o Conselho de Administração do Hospital deverá fazer uma autoavaliação anual, remetendo tal informação em documento própria à ARS respectiva e à Direcção-Geral da Saúde/Direcção dos Serviços de Planeamento.

REDE DE REFERENCIAÇÃO DE GASTRENTEROLOGIA

1. A RRH de Gastreenterologia foi aprovada por despacho de Sua Excelência o Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, em 16 de Junho de 2008 e publicada pela ACSS, em 2009.
2. O documento que a materializa estabelece os requisitos humanos, materiais e técnicos para a concretização de uma RRH de Gastreenterologia;
3. Que, no respeitante às necessidades de saúde na valência *in casu*, reconhecia, designadamente, que no “Internamento: estima-se que as necessidades em internamento variem entre 1,2 a 2,0 por 1000 habitantes”; e nas “Consultas Externas: prevê-se a necessidade de consultas de Gastreenterologia de 30-40/1000 habitantes.”
4. Sendo certo que previa igualmente que os cálculos ali estimados poderiam “[...] sofrer alterações futuras, nomeadamente no que diz respeito à colonoscopia e endoscopia terapêutica, para as quais se prevêem acréscimos.”
5. E que outras técnicas emergentes, como o caso do “[...] vídeo-capsula endoscópica, a enteroscopia e os estudos funcionais digestivos, terão de ser contempladas em função da população abrangida.”
6. No que respeita ao Modelo Organizativo da actualidade, a RRH adianta que “Na orgânica hospitalar portuguesa existem basicamente 3 níveis de diferenciação.”;
7. Porém, não obstante esta realidade, propõe que “[...] a Gastreenterologia [...] exist[is]se unicamente nos dois níveis mais diferenciados, nomeadamente nos Hospitais com urgência médico-cirúrgica e urgência polivalente.”
8. Com efeito, na RRH em questão deveriam existir unicamente dois níveis mais diferenciados, a saber, nos Hospitais com urgência médico-cirúrgica e urgência polivalente.
9. Ora, tal distinção, entre a reconhecida realidade tal como existente e o modelo que deveria preferencialmente existir, assume desde logo carácter orientador para o desenvolvimento de acções num tempo futuro, a exigir a todos os prestadores envolvidos – Hospitais com urgência médico-cirúrgica e urgência polivalente.
10. Ali, é preliminarmente reconhecida a carência de especialistas na zona Norte do país e no Alentejo, o excesso de médicos na Região de Lisboa e Vale do Tejo e o equilíbrio de especialistas na Região Centro e no Algarve.

11. Sendo que se estipulam como princípios de natureza organizativa, algumas quantidades a observar, designadamente, no respeitante aos *Exames de endoscopia alta* que devem ser realizados em número de *10 a 15 exames por período de 4h e colonoscopias (com ou sem terapêutica)*, em número de *6 exames por período de 4 horas*.

12. Ainda, “*a prática de ecografia abdominal deve ser implementada nos serviços de gastroenterologia*”.

13. Sendo certo que, o próprio documento determina que as directrizes do referido modelo organizativo *deverão ser ajustadas segundo as necessidades de formação/actualização dos especialistas*.

14. Ajustamento este que determina a natureza programática e orientadora quanto aos serviços/unidades, meios e equipamentos que o referido documento considera relevantes para uma RRH de Gastroenterologia.

15. Neste quadro, a RRH de Gastroenterologia defende como modelo organizativo a existência de Hospitais de Nível B e Hospitais de Nível A.

16. Assim, os Hospitais de nível B devem abranger uma população de cerca de 200.000 habitantes, integrar a RRH de urgência/emergência e dispor de um Serviços/Unidade de Gastroenterologia que, por sua vez, deve deter:

- (i) Internamento;
- (ii) Consulta Externa;
- (iii) Unidade de Técnicas;
- (iv) Apoio à Urgência; e

17. Ainda, deverá dispor ou ter acesso fácil a serviços complementares como:

- (i) Radiologia Equipada com o Ecografia e TAC espiral (e acesso à RM);
- (ii) Anatomia Patológica com pessoal treinado na patologia gastro-intestinal e hepatológica;
- (iii) Acesso a laboratório de testes serológicos e determinações genómicas virais
- (iv) Bioquímica, que inclua marcadores oncológicos, e das doenças metabólicas do fígado; e
- (v) Hospital de Dia;

18. Por seu lado, o Internamento deve possuir:
- (i) 6 a 10 camas, com possibilidade de 1 quarto de isolamento;
 - (ii) possibilidade de monitorização de 2 doentes;
 - (iii) bombas/seringas de perfusão para 2 doentes;
 - (iv) carro de reanimação equipado e revisto periodicamente;
 - (v) acesso a mala de reanimação para acompanhamento de doentes,
19. A consulta externa a dispor naquele mesmo Serviço/Unidade deve existir nas valências de Gastreenterologia geral; Hepatologia; Proctologia com terapêutica proctológica e Doença Inflamatória Intestinal.
20. Ademais, e para assegurar todas as actividades *supra* referidas seria necessário:
- (i) um gabinete de consulta (podendo, se necessário, partilhar um outro gabinete com outras especialidades médicas);
 - (ii) possibilidade de utilização de gabinete de apoio de enfermagem para ensino; e
 - (iii) triagem de consultas feita por um médico do Serviço de Gastreenterologia.
21. Uma Unidade de Técnicas de Gastreenterologia tal como prevista na RRH "têm actualmente uma complexidade próxima de um Bloco Operatório, já que nela se executam um número crescente de exames, que têm, cada vez mais, uma componente terapêutica que implica material e acessórios adequados, pessoal médico, de enfermagem e auxiliar em número e diferenciação adequado às mesmas.".
22. Ainda, deve ser implementada nas Unidades de Técnicas a sedação/sedação profunda com apoio de anestesista, a coordenar com o Serviço de Anestesiologia.
23. Cada uma destas Unidades deve deter como actividades as seguintes:
- (i) Diagnósticas
 - a. Endoscopia Alta;
 - b. Endoscopia Baixa;
 - c. Biopsia hepática;
 - d. Endoscopia de Urgência – apoio às urgências gastreenterológicas, incluindo endoscopia de urgência, no

período das 8 h às 20h. Fora destes períodos os doentes devem ser canalizados para os hospitais de referência, salvo condicionalismos de natureza geográfica, que serão devidamente justificados;

- e. Cápsula endoscópica – desde que faça pelo menos 60 exames/ano.
- (ii) Terapêuticas endoscópicas
 - a. Polipectomia;
 - b. Hemostáse;
 - c. Argon;
 - d. Dilatações e próteses do tubo digestivo;
 - e. PEG (Gastrostomia endoscópica percutânea);
 - f. CPRE (Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica) - alguns.

24. Devem ser compostas por:

- (i) três salas de exames, sendo que “duas com um mínimo de 16 m² com equipamento suspenso no tecto, e equipadas com rampa de 02 e vácuo, e outra para exames terapêuticos com uma área de 18 a 20 m²”;
- (ii) uma sala de desinfeção entre salas de exames, “e partilhável, sempre que possível, com a pneumologia, a urologia e eventualmente com a ORL, asseguradas que estejam as regras de controlo da infeção”;
- (iii) um recobro, com quatro macas e quatro cadeirões “vigiado por enfermeira, equipado com rampa de 02 e vácuo, que deve apoiar, sempre que possível, várias especialidades com o correspondente apoio de enfermagem das 09.00 às 20.00 horas, com monitorização cardíaca arterial e oximetria. A desinfeção dos endoscópios deve ser feita por máquinas automáticas”;
- (iv) uma sala de sujos com saída directa para o exterior e circuito de lixos com contentores;
- (v) uma sala para armazém;
- (vi) um secretariado;
- (vii) uma sala para pausa/relatórios;

- (viii) um gabinete para o Director do Serviço/Unidade de Gastrenterologia;
- (ix) uma sala de espera ampla;
- (x) um vestiário;
- (xi) uma copa;
- (xii) Wc para doentes, de preferência com banho;
- (xiii) Wc para profissionais.

25. Deve igualmente deter:

- (i) seis videos gastroscópios (um dos quais terapêutico);
- (ii) seis videos colonoscópios;
- (iii) três video duodenoscópios (nos Serviços que fazem CPRE);
- (iv) três ou quatro máquinas de desinfeção (ou 2 máquinas se cada uma lavar dois aparelhos);
- (v) monitores multiparâmetros;
- (vi) acessórios para biopsias, citologia, polipectomia, esclerose e laqueação de lesões sangrantes, fonte de árgon, proctologia terapêutica, dilatação e colocação de próteses;
- (vii) rampas de oxigénio e aspiração;
- (viii) carro de reanimação equipado e controlado periodicamente;
- (ix) acesso a sala com intensificador de imagem;
- (x) equipamento para registo de imagem; e
- (xi) equipamento para realização de relatórios informatizado.

26. No que respeita aos recursos humanos, no nível em análise, a RRH determinava que:

- (i) cada uma das Unidades de Técnicas deveria contratar um Gastrenterologista por 30.000/40.000 habitantes, em horário de 40h;
- (ii) todos os exames endoscópicos, “incluindo os efectuados em situações de urgência, devem ser apoiados por enfermeiros com treino próprio de endoscopia, treino em suporte básico de vida e não devem ter rotatividade com outros Serviços. O Recobro deve apoiar, sempre que possível, várias especialidades com o correspondente apoio de enfermagem das 09.00 às 20.00 horas”;

(iii) “recomenda-se 1 enfermeiro por cada sala de exames, 1 enfermeiro para o recobro, 2 enfermeiros nas salas de terapêutica endoscópica/endoterapia e 2 enfermeiros na sala da CPRE. Nas situações de sedo-analgesia, recomenda-se a presença de uma enfermeira com experiência de Anestesia”;

(iv) três a quatro auxiliares de acção médica permanentes (com treino específico na Unidade);

(v) três secretárias (para um horário das 8h às 20h), duas de manhã e uma à tarde (permanentes da Unidade) para atendimento dos doentes, marcação de exames, confirmação dos doentes nos dias de exames, confirmação de marcações nos dias antes a fim de evitar faltas, registos, arquivo, correspondência, etc. (a partilhar com outras especialidades.

27. De acordo com o Modelo Organizativo da RRH, o Serviço/Unidade de Gastrenterologia deveria deter um Hospital de Dia polivalente que possibilitasse a utilização de uma/duas camas e um cadeirão e deve prestar apoio nutricional aos doentes internados no Hospital onde se insere.

28. A este propósito realça a RRH o tratamento da obesidade que deve ocorrer em paralelo com a actividade desempenhada nos Grupos de Nutrição e em grupos multidisciplinares compostos por Cirurgiões, Nutricionistas e Psicólogos, sendo considerado como indispensável o apoio de grupos de tratamento da patologia.

29. O Serviço/Unidade de Gastrenterologia deve apoiar o Serviço de Urgência, pelo menos, “no período das 8 às 20 horas, durante o normal funcionamento do Hospital. Alguns hospitais de nível B poderão dar apoio à urgência das 08 h às 20 horas todos os dias da semana (ao próprio hospital ou a vários hospitais próximos) quando razões de natureza geo-demográfica o justifiquem”.

30. Nos Hospitais de nível B, e na contratação de recursos humanos, deverá ter-se como valor indicador, a adaptar em função das circunstâncias locais e nomeadamente o factor da distância em relação a outros Hospitais, o número de um gastrenterologista por 30.000 a 40.000 habitantes.

31. Por outro lado, os Hospitais de nível A “deverão ter uma área de influência superior a 300.000 habitantes e receberão doentes referenciados, quer por motivos patológicos quer para a realização de técnicas diferenciadas”.

32. Possuirão todas as valências do hospital com urgência médico-cirúrgica, mais as de Laboratório de Biologia Molecular, de Laboratório de Imunologia, de Laboratório de histopatologia hepática e outras outras Consultas especializadas da área da Gastreenterologia.

33. Ainda, no respeitante às técnicas gastreenterológicas, os Hospitais de nível A deverão possuir:

- (i) CPRE;
- (ii) Litotricia extra-corporal: um hospital em Lisboa e outro no Porto, com condições para execução de litotricia biliar;
- (iii) Ecoendoscopia;
- (iv) Estudos funcionais do tubo digestivo (2 no Norte; 1 no Centro; 2 em Lisboa e Vale do Tejo e 1 no Algarve);
- (v) Colocação de próteses;
- (vi) Cápsula endoscópica;
- (vii) Enteroscopia (2 no Norte; 1 no Centro; 2 em Lisboa e Vale do Tejo e 1 no Algarve);
- (viii) Elastografia hepática (2 no Norte, 1 no Centro e 2 em Lisboa e Vale do Tejo);
- (ix) Hemodinâmica hepática (1 no Norte, 1 no Centro e 1 em Lisboa e Vale do Tejo);
- (x) Biópsias transjugulares (1 no Norte, 1 no Centro e 1 em Lisboa e Vale do Tejo);
- (xi) Acesso a Cuidados Intermédios com cuidados gastreenterológicos (só em 2 hospitais no país).
- (xii) Estes hospitais devem assegurar as técnicas indispensáveis à sua população de atracção directa e ainda aos doentes referenciados de 2ª e 3ª linha.

34. Devem ainda possuir:

- a. Hospital de Dia, "preferencialmente integrado no hospital de dia polivalente do Hospital, devendo a gastreenterologia assegurar cuidados

particulaermente na paracentese, na adminsitração de ferro, terapêutica biológica e biopsia hepática.”;

- b. Transplante hepático, admite que os três Centros serão, por agora, suficientes para as necessidades actuais e remete para a RRH de Transplantação;
- c. Apoio da Gastreterologia ao serviço da urgência externa;
- d. Cuidados Intermédios;
- e. Internamento, a quantidade de camas deve ser dimensionada tendo em conta a população de referência directa, com os ajustamentos para a área de referência de 2.^a e 3.^a linhas.

35. Finalmente, determina a RRH que quanto aos recursos humanos,

- (i) o número de médicos andarà entre os 8 e os 12, devendo ser ajustado para os hospitais mais diferenciados, até ao máximo de 16; e
- (ii) os hospitais com ensino pré-graduado devem ter ajustamentos nos recursos humanos.

36. Os hospitais sem urgência médico-cirurgica deverão estabelecer formas de *articulação com hospitais gerais dispendo de Gastreterologia* e de modo a assegurar cuidados de qualidade, particularmente na consulta.

37. O que reitera a natureza programática e orientadora da RRH de Gastreterologia, na medida em que exige a uma desenvolvimento de regras tendentes à necessária articulação entre os estabelecimentos hospitalares.

38. E devem ainda ser aspectos comuns a ambos os níveis, a Formação Contínua, bem como o Ensino e a Investigação.

39. Finalmente, e no que respeita à avaliação da qualidade, compete à Direcção-Geral da Saúde, em articulação com a ACSS, a Ordem dos Médicos e a Ordem dos Enfermeiros, a realização de auditorias externas,