

## **Posição conjunta da Colégio de Cirurgia Cardiorádica e da Sociedade Portuguesa de Cirurgia Cardíaca, Torádica e Vasculard em relaçaõ ao apoio cirúrgico na realizaçaõ de intervençaõ estrutural de Cardiologia no foro da patologia valvular.**

Pela intençaõ de abertura de centros cardiologia de intervençaõ estrutural em hospitais sem serviço nem experiênciad em cirurgia cardíaca, solicitam a nossa posiçaõ em relaçaõ às recomendações internacionais e em relaçaõ à necessidade e enquadramento.

### **I. Principais fundamentos:**

#### **1. Alternativas terapêuticas.**

A maioria das doenças valvulares cardíacas dispõe atualmente de duas opções: cirurgia cardíaca convencional e intervençaõ estrutural percutânea. Ambas apresentam características e riscos distintos, cuja eficácia depende, entre outros fatores, da idade e expectativa de vida do doente. A patologia valvular mais frequentemente envolvida na escolha de terapêutica é a estenose valvular aórtica do idoso, mas também abrange outras patologias valvulares. Nos doentes mais jovens, é frequente a necessidade de múltiplos tratamentos ao longo do tempo, o que reforça a importância de uma avaliação criteriosa da melhor estratégia terapêutica.

#### **2. Recomendações internacionais**

As sociedades científicas europeias e americanas de Cardiologia e Cirurgia Cardiorádica recomendam o tratamento da patologia valvular cardíaca em centros de referência médico-cirúrgicos, multidisciplinares. As diretrizes ESC/EACTS de 2025 reforçam esta orientaçaõ, salientando:

- a reduçaõ da idade (>70 anos) como critério para implantaçaõ de próteses aórticas percutâneas (TAVI) mesmo para doentes com baixo risco cirúrgico e sem algumas das restrições anatômicas. Vai continuar a aumentar o número de doentes candidatos a TAVI.
- a necessidade de que os casos complexos sejam tratados em centros médico-cirúrgicos experientes.

#### **3. Seleçaõ adequada dos doentes**

Deve ser garantida através de reuniões multidisciplinares (Heart-Team), envolvendo cardiologista de intervençaõ, cardiologista clínico, cirurgião cardiorádico, anestesista e outras especialidades quando necessário. Embora as indicações atuais estejam mais definidas, os casos mais complexos, mais jovens ou de decisãõ terapêutica ambígua devem ser avaliados sem enviesamento. Particularizando, a decisãõ deve depender das características do doente e não da disponibilidade imediata da terapêutica, da transferênciad para outro centro, da simples vontade do doente, da proficiênciad dos operadores.

#### **4. Segurança do procedimento e seguimento**

O risco dos procedimentos de cardiologia de intervençaõ para complicações cirúrgicas é relativamente baixo (cerca de 1%) e depende da experiênciad da equipa de implantaçaõ e do volume do centro. Inicialmente a populaçaõ em risco era muito idosa e com alto risco cirúrgico (incluindo doentes recusados para cirurgia). Atualmente os doentes são em grande número, de baixo risco cirúrgico e com boa longevidade. Por isso é imprescindível a disponibilidade de cirurgia cardíaca em casos de emergência. Sendo a principal causa, a hemorragia por rotura ventricular, do anel aórtico ou aorta, é necessária uma equipa cirúrgica experiente. Algumas complicações são tardias e por isso é também necessária uma unidade de cuidados intensivos e um seguimento adequado nas primeiras horas ou até ser necessário. Estes recursos existem num hospital com cirurgia cardíaca de rotina, mas são complexos de reunir, de uma forma eficaz, num hospital sem experiênciad de cirurgia cardíaca.

## II. Situação atual

Quanto à necessidade de novos centros de Cardiologia de Intervenção Estrutural, o Colégio de Cirurgia Cardíaca e a Sociedade Portuguesa de Cirurgia Cardíaca, Torácia e Vascular têm dificuldade em pronunciar-se sem dados concretos.

Temos assistido a um aumento muito significativo de casos por ano e da percentagem relativa de cardiologia de intervenção estrutural, em especial na patologia de estenose aórtica e TAVI. Em alguns países a cirurgia valvular reduziu o seu número anual. Por outro lado o diagnóstico também aumentou. Em Portugal a redução não é significativa quer do número de cirurgias, quer do número de doentes em lista de espera.

É possível que haja um grande número de doentes em lista de espera para TAVI, mas também existe para cirurgia cardíaca. É possível que os centros de TAVI existentes estejam na sua produção máxima. Existe uma Rede Nacional de Referência de 2023, onde estão previstos dois novos centros de cirurgia cardíaca – Braga e Faro. O primeiro iniciou a sua atividade no final de 2025, o segundo ainda não foi implementado.

Existem alguns hospitais privados, tipicamente com atividade limitada neste campo, mas que trabalham com equipas de médicos e de cirurgiões de hospitais de grande volume; em todos estes hospitais existe cirurgia cardíaca convencional de rotina e toda a estrutura de apoio.

Existe um pequeno centro TAVI em Lisboa-Almada, sob o modelo “hub and spoke”, em que uma equipa médico-cirúrgica experiente se desloca para apoiar, avaliar, fazer a implantação e seguir os doentes. Existe outro pequeno centro público independente de outras instituições ou equipas. Estes dois centros não estão de acordo com as NOCs da Direção Geral de Saúde nem com a Rede de Referência Nacional de Cardiologia de 2023.

## III. Questões em aberto:

- A intervenção estrutural deve ser expandida prioritariamente em centros médico-cirúrgicos já existentes ou previstos a curto prazo?
- Deve ser concentrada em grandes centros urbanos, ou disseminada em unidades de menor dimensão?
- As Normas de Orientação Clínica da Direção-Geral da Saúde e a Rede de Referência Nacional de Cardiologia (2023) necessitam de atualização?
- Os novos centros vão prejudicar e diminuir a capacidade de resposta dos centros existentes, quer na vertente da Cardiologia quer na da Cirurgia Cardíaca? Em especial centros com pequena área de referência e com pequeno potencial de atingir números significativos. Vão surgir problemas de segurança dos doentes, de eficiência de meios necessários, bem como de depleção de recursos humanos em centros existentes?

**Se, ainda assim, se optar pela criação de um centro de Cardiologia de Intervenção Estrutural em hospital sem Cirurgia Cardíaca, devem ser asseguradas as seguintes condições mínimas:**

- Reconhecimento de que o contexto é sub ótimo e pode condicionar o desenvolvimento da atividade e a adequada seleção de doentes.
- Existência de protocolos para apoio prolongado por equipas médico-cirúrgicas experientes de centros de grande volume para uma boa seleção de casos.

- Presença física de equipa cirúrgica completa e experiente capaz de atuar de emergência. Os membros desta equipa devem ser integrados na equipa de intervenção para uma melhor experiência e interação.
- Adoção do modelo “hub and spoke”, com acordo formal, de preferência com o centro médico-cirúrgico de referência de doentes cirúrgicos, para tratamento de complicações, casos de alto risco e eventual necessidade de cirurgia futura.
- Cumprimento rigoroso das recomendações internacionais e nacionais e eventual revisão das mesmas.

**Concluimos reiterando que a expansão da intervenção estrutural em Portugal deve ser conduzida com prudência, salvaguardando a segurança dos doentes, a qualidade assistencial e a racionalidade na utilização de recursos humanos e técnicos.**

Atenciosamente,

Carnaxide, 26 de Fevereiro de 2026

Pelo Colégio de Cirurgia Cardiotorácica

Pela Sociedade Portuguesa de Cirurgia Cardíaca,  
Torácica e Vascular

José P. Neves

Presidente do Colégio

Gonçalo Coutinho

Vogal para Cirurgia Cardíaca