

Rede de Referenciação Hospitalar

CIRURGIA PLÁSTICA, RECONSTRUTIVA E ESTÉTICA



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE

Rede de Referência Hospitalar

Cirurgia Plástica, Reconstrutiva e Estética

Grupo de Trabalho

Dr. Victor Manuel Moreira dos Santos Fernandes (Coordenador)	Cirurgia Plástica, Reconstrutiva e Estética	Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E.
Dr. Celso Cruzeiro	Cirurgia Plástica, Reconstrutiva e Estética	Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, E.P.E.*
Dr. Álvaro Silva	Cirurgia Plástica, Reconstrutiva e Estética	Centro Hospitalar de São João, E.P.E.
Dr.ª Laura Silveira		ARS LVT, IP
Dr. José Ferrão		ARS LVT, IP
Dr. Fernando Tavares		ARS Norte, IP
Dr.ª Fernanda Oliveira		ARS Norte, IP
Dr. Adriano Natário		ARS Alentejo, IP
Dra. Maria Fernanda Carneiro Sanches Santos Fonseca		ARS Centro, IP
Dr. João Ildefonso		ARS Algarve, IP
Prof. Carlos Moreira		DGS
Prof.ª Cristina Ribeiro		DGS
Dr.ª Gabriela Maia		ACSS, IP

* À data da elaboração do documento.

ÍNDICE

Índice	i
Índice Tabelas.....	ii
1 – Enquadramento legislativo e histórico da rede de referenciação hospitalar.....	3
2 – Âmbito da Especialidade hospitalar	8
3 – Epidemiologia das Condições Clínicas mais frequentes e respetivas necessidades em cuidados	13
4 – Caracterização da Situação Nacional Atual	19
5 – Necessidades previsíveis e indicadores a adotar	23
6– Caracterização e definição dos diferentes níveis.....	30
7– Anexos	48
8 – Bibliografia	58
9 – Abreviaturas, siglas e acrónimos	59

ÍNDICE TABELAS

Tabela 1 – Produção Cirúrgica por nível de Prioridade	29
Tabela 2 - Médicos (Existências Ago 2016) - Cirurgia Plástica, Reconstructiva e Estética	48
Tabela 3 - Médicos (ETC Ago 2016) - Cirurgia Plástica, Reconstructiva e Estética	49
Tabela 4 - Saídas Internato Médico - Cirurgia Plástica, Reconstructiva e Estética	49
Tabela 5 - Indicadores da Atividade de Cirurgia Plástica, Reconstructiva e Estética	50
Tabela 6 - Indicadores da Atividade de Cirurgia Plástica, Reconstructiva e Estética por Entidade Hospitalar.....	51
Tabela 7 - Indicadores Nacionais de Cirurgia Plástica e Reconstructiva.....	52
Tabela 8 - Indicadores da Atividade de Cirurgia Plástica, Reconstructiva e Estética por ARS	52
Tabela 9 - Pedidos pendentes por prioridade na triagem - 2015	53
Tabela 10 - Tempos de resposta até à realização da consulta – 2015.....	54
Tabela 11 – Intervenções Cirúrgicas – Ano 2013	55
Tabela 12 – Intervenções Cirúrgicas – Ano 2014	56
Tabela 13 – Intervenções Cirúrgicas – Ano 2015	57

1 – ENQUADRAMENTO LEGISLATIVO E HISTÓRICO DA REDE DE REFERENCIAÇÃO HOSPITALAR

Atualmente 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 (RRH) assumem um papel orientador e regulador das relações de complementaridade interinstitucionais, perspetivando-se a implementação de um modelo de prestação de cuidados de saúde centrado no cidadão.

Em termos históricos, as RRH 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”) objetivava implementar RRH 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 proteção e acesso na saúde.

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

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 aprovou as **Grandes Opções do Plano para 2012-2015**, bem como o **Programa do XIX Governo Constitucional**, preconizavam 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 defendia que na reorganização da rede hospitalar deviam ser considerados diversos fatores, 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 referênciação por especialidade; (ix) equipamento pesado de meios complementares de diagnóstico e terapêutica disponível; (x) *benchmarking* internacional e (xi) realidade sociodemográfica de cada região.

O GTRH elencou, ainda, um conjunto de fragilidades inerentes às RRH existentes à data, designadamente:

(i) desatualização da maioria das redes (a maioria tinha sido elaborada até 2006 e nunca ajustada); (ii) inexistência de um modelo único e homogéneo do documento; (iii) inexistência de aprovação ministerial para algumas das RHH publicadas; (iv) ausência de integração entre RRH de diferentes especialidades que se interpenetram; (v) inexistência de inclusão dos setores 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 RRH.

No primeiro Eixo Estratégico “Uma Rede Hospitalar mais Coerente”, o GTRH propôs a elaboração da Rede de Referênciação 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, foi proposta a revisão das RRH em vigor, bem como a elaboração das redes inexistentes, promovendo-se uma referênciação 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. Ademais, O **Plano Nacional de Saúde – Revisão e extensão a 2020** sugere, no eixo “Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde”, “O desenvolvimento de redes de referênciação de cuidados não apenas de base geográfica, mas também de hierarquia de competências técnicas”. 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. Tratava-se de um normativo legal que definia, 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 seria operacionalizada através do contrato-programa, de acordo com o respetivo 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 referenciação vertical, permite intervir complementarmente no reajuste da capacidade hospitalar.

Desta forma, as RRH 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 RRH 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 consequente 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 RRH, bem como as áreas que estas deviam abranger. De acordo com o número 2 do artigo 2.º daquele diploma, foram determinados os princípios aos quais as RRH deviam 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 RRH. Com efeito, o processo iniciou-se com a elaboração das seguintes RRH: Oncologia Médica, Radioterapia e Hematologia Clínica; Cardiologia; Pneumologia; Infeção pelo VIH 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 RRH de Anatomia Patológica, Anestesiologia, Cirurgia Cardiorácica, Cirurgia Geral, Gastrenterologia, Hepatologia, Medicina Física e de Reabilitação, Medicina Intensiva, Medicina Nuclear, Nefrologia, Oftalmologia, Ortopedia, Patologia Clínica, Neurorradiologia, Radiologia, Reumatologia e Urologia.

Também o **XXI Governo Constitucional**, no seu programa para a saúde, preconiza a redução das desigualdades entre os cidadãos no que respeita ao acesso à prestação de cuidados, bem como o reforço do papel do cidadão no SNS. Ora, a capacitação do cidadão pressupõe a disponibilização de informação relevante para a sua tomada de decisão, por forma a optar pela instituição do SNS onde pretende ser assistido, de acordo com as suas preferências, critérios de conveniência pessoal e da natureza da resposta das instituições.

Com a publicação da **Portaria n.º 147/2016, de 19 de maio**, que surge precisamente com o intuito de reforçar o papel do cidadão no SNS, contribuir para a melhoria da sua governação bem como para a melhoria da gestão hospitalar, são revogadas as Portarias n.ºs 82/2014, de 10 de abril, e a 123-A/2014, de 19 de junho. Nesta perspetiva, foram definidas como medidas fulcrais a “promoção da disponibilidade e acessibilidade dos serviços” aos utentes e “a liberdade de escolherem em que unidades desejam ser assistidos”, mediante a articulação com o médico de família e cumprindo a hierarquização técnica e as regras de referenciação em vigor, indo ao encontro do preconizado na Lei n.º 7-B/2016, de 31 de março, que aprova as **Grandes Opções do Plano para 2016-2019**.

A referida Portaria objetiva: (i) definir o processo de classificação dos hospitais, centros hospitalares e unidades locais de saúde do SNS (independentemente da sua natureza jurídica e tendo como princípio a definição das RRH) e (ii) continuar o processo de criação e revisão das RRH.

Por último, o **Despacho n.º 6696/2016, de 12 de maio**, veio designar os responsáveis pela elaboração das RRH nas especialidades de: Angiologia e Cirurgia Vascular, Cirurgia Maxilo-Facial, Cirurgia Plástica, Reconstructiva e Estética, Dermatovenereologia, Endocrinologia e Nutrição, Estomatologia, Genética Médica, Imunoalergologia, Imuno-hemoterapia, Infeciologia, Medicina Interna, Neurocirurgia, Neurologia, Otorrinolaringologia e Psiquiatria da Infância e da Adolescência.

Até à presente data, não foi aprovada qualquer RRH de CPRE.

2 – ÂMBITO DA ESPECIALIDADE HOSPITALAR

PREÂMBULO

Como em qualquer outra Especialidade Médica, a definição dos limites de intervenção da Cirurgia Plástica Reconstrutiva e Estética resultou de um longo processo histórico condicionado pelas necessidades terapêuticas remanescentes ou emergentes e pelo diálogo interdisciplinar.

Por maioria de razão, quando não balizado por uma área anatómica, órgão ou sistema, ou por uma doença ou família de doenças, como é o caso, o conceito tende a parecer mais fluido e permeável nas suas fronteiras.

Por fim, as características específicas do seu exercício clínico tornam especialmente relevante o condicionalismo imposto no título: âmbito da Especialidade Hospitalar.

DEFINIÇÃO

As raízes da Cirurgia Plástica remontam ao Mundo Antigo mas a sua primeira definição é tentada por Gaspare Tagliacozzi (1545 – 1597) de Bologna como a arte votada a *“restaurar o que a Natureza deu e a sorte tirou”* com o objetivo primário de corrigir um *deficit* funcional mas também de reestabelecer a aparência tão perto quanto possível da normalidade: como ele soube dizer *“o principal objectivo (...) não é restaurar a beleza original da face mas principalmente reabilitar a região em causa”*.

Um livro charneira publicado na América em 1912 por Vilray Blair com o título *“Surgery and Diseases of the Jaws”* alicerçou o nascimento da Cirurgia Plástica moderna como resposta à necessidade de tratamento dos traumatizados da face durante a 1ª Guerra Mundial. *“As trincheiras (...) protegiam o tronco e as pernas enquanto a cabeça e o pescoço permaneciam expostos às armas inimigas. Quando retornavam a casa os soldados com sequelas de grandes traumatismos maxilofaciais eram incapazes de se reintegrar na sociedade e isto constituía um problema social novo. O tratamento destas feridas faciais devastadoras obrigaram ao desenvolvimento duma nova disciplina, a Cirurgia Plástica. Os primeiros Cirurgiões Plásticos vieram da Cirurgia Geral, da Otolaringologia e da Ortopedia durante os primeiros 20 anos do séc. XX.”* [1]

O primeiro livro de texto não dedicado exclusivamente à região facial foi publicado por Davis em 1919 (*“Plastic Surgery: Its Principles and Practice”*) e estabeleceu o âmbito desta Especialidade cujo território se estendia *“from the top of the head to the soles of the feet”*.

Diríamos, numa formulação muito genérica, que a moderna Cirurgia Plástica Reconstructiva e Estética estuda, desenvolve e executa técnicas com vista a prevenir o afastamento ou a aproximar da norma morfológica segmentos atingidos por traumatismo, iatrogenia, malformação congénita ou perturbação do desenvolvimento, tendo em vista a preservação ou reposição da função.

É assim que o seu âmbito cobre na prática clínica necessidades tão diferentes como a reconstrução esofágica ou a correção das dismorfias, a reconstrução nervosa ou a exérese de tumores cutâneos ou da área cervico-facial e conseqüente reconstrução, a reparação dos delicados aparelhos funcionais da mão ou a reconstrução da morfologia facial destruídas num traumatismo, estando por vezes condicionados pela necessidade da prevenção, outras da preservação e ainda outras da reposição morfo-funcional.

ÂMBITO

Em ambiente hospitalar de urgência a Cirurgia Plástica Reconstructiva e Estética tem capacidade para a abordagem e resolução da traumatologia Facial e da traumatologia da Mão em toda a sua complexidade e extensão, dos problemas de revestimento, da reconstrução do Nervo Periférico, bem como da Reimplantação e Revascularização de segmentos amputados e do tratamento do Grande Queimado e das Queimaduras pelo que a sua presença efetiva é condição “*sine qua non*” da existência dum Centro Trauma, aliás de acordo com as Normas de Boa Prática em Trauma da Ordem dos Médicos [2].

Em contexto programado num Centro Hospitalar a Cirurgia Plástica Reconstructiva e Estética desenvolve cada vez mais interfaces com diversas Especialidades Médicas, indo desde da Reconstrução Mamária e da Cabeça e Pescoço após ressecção Oncológica até ao tratamento integrado das situações complexas e complicações da área da Cirurgia Ortopédica ou da Cirurgia Vasculuar, da Cirurgia de Reafectação do Género ao tratamento das Malformações Congénitas da Extremidade Cefálica, da Genitália e da Mão, à reconstrução do Nervo Periférico, às alterações do desenvolvimento Facial, ao tratamento das Neoplasias Cutâneas e dos Tecidos Moles ou à correção de Cicatrizes.

Integrando Centros de Formação pós-graduada, esta Especialidade deve ainda incorporar, de forma controlada, respostas a situações de alteração da Imagem Corporal decorrente do envelhecimento ou de distrofias.

Como acontece com a generalidade das Especialidades, as interfaces e sobreposições de âmbito são ultrapassadas, no melhor interesse dos pacientes, através do desenvolvimento dum trabalho quotidiano em ambiente transdisciplinar e em equipa multidisciplinar com Especialidades como a Neurocirurgia, a Oftalmologia, a ORL, a Estomatologia, a Cirurgia Geral, a Cirurgia Vasculuar, a Cirurgia Cardio-torácica, a Ortopedia, a Reumatologia, a Fisioterapia, a Urologia, a Ginecologia ou a Dermatologia e presumem o recurso

indispensável e pronto a métodos como a TAC de alta resolução, a Ressonância Magnética Nuclear, a impressão computadorizada 3D, a Angiografia e outras técnicas de Neurroradiologia diagnóstica e de intervenção.

SYLABUS

O Syllabus da Especialidade comporta assim, de acordo com a Portaria n.º 572/2010 publicada em Diário da República 1ª Série Nº 143 de 26 de Julho:

Pele e anexos;

- a) Tumores cutâneos;
- b) Malformações cutâneas;
- c) Excisão de lesões cutâneas;
- d) Tratamento de cicatrizes;
- e) Outros procedimentos ao nível da pele e anexos.

Cabeça e pescoço:

- a) Traumatismos da face;
- b) Cirurgia ortognática;
- c) Disfunções da articulação temporo-mandibular;
- d) Fendas lábio-alvéolo-palatinas/cirurgia craniofacial;
- e) Reconstrução do couro cabeludo;
- f) Tumores ósseos maxilo-faciais;
- g) Glândulas salivares;
- h) Pavilhões auriculares;
- i) Nariz;
- j) Pálpebras;
- k) Malformações congénitas e adquiridas do pescoço;
- l) Reconstrução da extremidade cefálica;
- m) Paralisia facial;
- n) Cirurgia oral;
- o) Outros procedimentos na área da cabeça e pescoço.

Tronco e abdómen:

- a) Mediastinite, reconstrução da parede torácica e do tronco;
- b) *Pectus excavatum, carinatum*;

- c) Síndrome de Poland;
- d) Espinha bífida;
- e) Reconstrução axilar;
- f) Esvaziamento axilar;
- g) Reconstrução da parede abdominal;
- h) Outros procedimentos na área do tórax e abdómen.

Úlceras de pressão:

- a) Reconstrução com retalhos;
- b) Outros procedimentos.

Mão e extremidade superior:

- a) Cirurgias tendinosas;
- b) Fraturas e luxações;
- c) Artrodeses e artroplastias;
- d) Cirurgia do nervo periférico;
- e) Síndromes compressivos dos nervos;
- f) Transferências tendinosas;
- g) Plexo braqueal;
- h) Síndromes compartimentais;
- i) Lesões degenerativas;
- j) Doença de Dupuytren;
- k) Malformações congénitas;
- l) Cirurgia das amputações e reimplantações;
- m) Cirurgia reconstrutiva cutânea;
- n) Queimaduras da mão;
- o) Reconstrução do polegar;
- p) Tumores;
- q) Punho;
- r) Outros procedimentos na área da mão e extremidade superior.

Extremidade inferior:

- a) Tumores;
- b) Esvaziamento ganglionar inguinal;
- c) Cirurgia das fraturas expostas do membro inferior;
- d) Úlceras vasculares;

- e) Pé diabético;
- f) Outros procedimentos da área da extremidade inferior.

Órgãos sexuais externos:

- a) Cirurgia do hipospádias;
- b) Cirurgia do epispádias;
- c) Cirurgia da doença de Peyronie;
- d) Gangrena de Fournier;
- e) Faloplastias;
- f) Reconstrução vaginal;
- g) Outros procedimentos da área dos órgãos sexuais externos.

Queimaduras:

- a) Tratamento médico-cirúrgico;
- b) Tratamento das sequelas;
- c) Reanimação do queimado.

Miscelânea:

- a) Linfedema;
- b) Lesões por radiações.

Cirurgia e medicina estética:

- a) Cirurgia estética da face;
- b) Cirurgia estética da mama;
- c) Cirurgia estética do contorno corporal;
- d) Cirurgia estética da calvície;
- e) Outros procedimentos em cirurgia estética;
- f) Procedimentos de medicina estética.

3 – EPIDEMIOLOGIA DAS CONDIÇÕES CLÍNICAS MAIS FREQUENTES E RESPETIVAS NECESSIDADES EM CUIDADOS

A Cirurgia Plástica Reconstructiva e Estética é uma especialidade eminentemente cirúrgica e visa o tratamento de neoplasias e traumatismos agudos, assim como sequelas de lesões congénitas, traumáticas, tumorais e infecciosas que envolvem estruturas tegumentares e ósseas. A destacar: patologia da cabeça e pescoço, patologia da mão e extremidade superior, patologia da extremidade inferior, reconstrução de tronco, queimaduras e cirurgia de remodelação corporal, para além de múltiplos procedimentos relacionados com o membro inferior e os órgãos sexuais externos.

É difícil obter estatísticas fiáveis sobre a generalidade desta patologia no País e teremos umas vezes que assumir alguma extrapolação de dados de outras realidades socio-culturais e ainda que esta informação é parcelar.

A epidemiologia das **fraturas da face** é influenciada pela área geográfica, densidade populacional, nível socioeconómico e diferenças culturais [3]. Nos últimos 30 anos, as melhorias na construção de automóveis e na regulamentação de tráfego ofereceram muita proteção contra as lesões faciais. O uso de sistemas de retenção, airbags e superfícies acolchoadas, o para-brisas multi-laminado, o design melhorado de espelhos retrovisores e volantes reduziram a frequência e a gravidade das lesões faciais. Burns em 2015, num estudo sobre lesões associadas a acidentes de motorizada nos EUA, encontrou uma taxa de fraturas de face de 13,66%. Ferreira PC, em 2014, num estudo a 20 anos da população pediátrica num hospital Português, verificou que das 2071 fraturas tratadas: as mandibulares foram as mais comuns (44,4%), seguidas das fraturas zigomática (25,7%), alveolar (17,0%), orbitária (8,1%), Le Fort (4,2%) e palato duro (0,6%) [4].

Nos Estados Unidos, o **cancro de cabeça e pescoço** é uma doença relativamente rara, representando cerca de 3,2% dos novos cancros (cerca de 40 000 / ano) e 22% das mortes por cancro (12 460). A incidência é de 270 casos por milhão habitantes em comparação com 520 milhões para cancro de cólon e 620 milhões para cancro de pulmão. Se todos os cancros de cabeça e pescoço estão incluídos, a tireoide é a mais comum (29%), seguida de laringe (15%), mucosa orofaríngea (12%) e língua (10%). A patogénese do cancro de tireoide é completamente diferente daquela dos carcinomas da mucosa. A maioria dos cancros do trato digestivo superior é oriunda do epitélio e apresentam-se como carcinoma epidermoide (80%), lábio, língua, amígdala, orofaringe, hipofaringe, e esófago cervical. Segundo o ROR 2010, os cancros da cavidade oral e faringe foram 1244, com taxa de incidência de 15, 2 por 100000 habitantes, numa relação homem/mulher de 3,5:1.

O adenocarcinoma é o segundo tipo histológico mais comum, geralmente decorrente das glândulas salivares *minor*, sendo os sarcomas menos comuns.

O **tratamento cirúrgico para cancro de cabeça e pescoço** tem sido o tratamento padrão desde a década de 1940. O conceito de reconstrução imediata após a ressecção tumoral foi introduzido em 1951 e tem sido considerado o tratamento *Gold standard* para cancro da cavidade oral. Muitos retalhos locais e regionais foram introduzidos para abordar a reconstrução de grandes defeitos da cabeça e pescoço após a grande ressecção de tumores em estágio avançado. Em 1959, um segmento livre de jejuno foi transferido como um retalho microcirúrgico para reconstrução do esófago. Esta cirurgia introduziu o conceito de **retalho livre microcirúrgico**, que foi gradualmente popularizado para a reconstrução da cabeça e pescoço. A escolha do retalho ideal para a reconstrução deve basear-se quer na situação clínica quer na preferência do doente. Em 2008 nos EUA, estimou-se que o cancro da cabeça e pescoço constituía 2-3% de todos os cancros e representava 1-2% de todas as mortes por cancro. A maioria dos pacientes com cancro da cabeça e pescoço tem doença metastática no momento do diagnóstico (com envolvimento ganglionar regional em 43% e metástase à distância em 10%). Além disso, os pacientes com cancro da cabeça e pescoço geralmente desenvolvem segundos tumores primários a uma taxa de 3-7% por ano. A relação homem-mulher é atualmente de 3:1 para a incidência de cancro da cavidade oral e da faringe. Aproximadamente 86% de todos os **tumores da cavidade oral** são carcinomas epidermóides, enquanto outros tumores, tais como sarcoma, melanoma ou linfoma, ocorrem com menos frequência.

A incidência de tumor maligno das **glândulas salivares** é de 1/100 000 habitantes (ROR 2010). Nos EUA, isso representa menos de 3% de todos os tumores do corpo, estando a maior parte desses localizados na glândula parótida.

A incidência de **fenda lábio-palatina** em recém-nascidos é de aproximadamente 1/1000. Relatórios anuais em Taiwan indicam uma incidência de 0,81-1,62/1000 para fenda labial com ou sem fenda palatina e 0,47-0,66/1000 para fenda palatina isolada. Embora existam mais de 250 síndromes associados a fenda labial, a maioria dos casos ocorre como anormalidade isolada - o chamado lábio leporino / palato não síndrômico.

A **craniossinostose** não síndrômica ocorre com maior frequência de forma esporádica e não familiar. A causa mecanicista e as alterações bioquímicas na sutura parecem decorrer de uma variedade de fatores genéticos e ambientais. A influência genética, entretanto, é mal compreendida. Ephrin-A4 (EFNA4) é, ainda, o único gene identificado que se propõe desempenhar um papel na craniossinostose não síndrômica. A herança familiar autossômica dominante, na ausência de um gene conhecido identificável, é responsável por aproximadamente 8-14% de sinostoses não síndrômicas. Cerca de 2% dos casos de sinostose sagital são familiares. A sinostose coronária demonstra uma história familiar positiva de 8-10 %. A sinostose

bicoronar é mais apta a ser herdada do que a UCS. A idade paterna mais avançada pode contribuir mais para a sinostose coronária do que sagital. Acredita-se que a sinostose metopiana seja familiar em até 10% dos casos.

O **síndrome do túnel cárpico**, sendo o síndrome compressivo mais frequente do membro superior, não dispõe de dados epidemiológico de Portugal, sendo de referir que a prevalência nos EUA é de 5% na população em geral, podendo chegar até 50% em grupos de alto risco. A incidência é de 1 a 3 casos por 1000/ano na população geral e de 150 por 1000/ano em grupos de alto risco [5].

A **doença de Dupuytren** ou fascíte palmar em estudos epidemiológicos dos EUA tem uma prevalência de 4%, numa proporção masculino/feminino 3:1.

A **traumatologia tendinosa da mão**, tem, em Inglaterra e meio urbano, uma incidência de 4,2 casos em 10000 /ano, cerca de 1/4 associado a lesão nervosa. Não existem dados sobre a realidade nacional nem que contemplem feridas complexas da mão.

É área de especial diferenciação a **reimplantação e revascularização** de membros. Malt realizou a primeira reimplantação em 1962 no hospital geral de Massachusetts, a um rapaz de 12 anos, com amputação do braço num acidente de comboio. A primeira reimplantação digital foi executada no Japão em 1965 por Komatsu e Tamai. A China foi o epicentro da cirurgia de reimplantação precoce. Os limites da cirurgia de reimplantação continuaram a expandir-se até a atualidade. Entre 2001 e 2007, nos EUA, dos 9.407 pacientes com amputação, 1.947 envolveram o polegar, 6.891 envolveram os dedos (exceto o polegar) e 840 envolveram mãos ou braços completos. As amputações totais somam mais de 9.407 (9.678 cumulativas) porque alguns pacientes tinham múltiplos códigos de amputação atribuídos. Foram 524 pacientes (27% de todos os pacientes com amputação do polegar) submetidos à reimplantação do polegar, 813 (12%) submetidos a reimplante de dedos e 97 (12%) submetidos à reimplantação manual ou braquial. Um total de 6.267 (74%) dos pacientes com amputação foram tratados num grande hospital. Apenas 5% das reimplantações foram realizadas em pequenos hospitais e 21% restantes foram realizadas em hospitais médios. Das amputações das extremidades superiores tratadas em grandes hospitais 16% foram reimplantadas, comparadas com 8% e 13% em pequenos e médios hospitais, respetivamente [6].

Na patologia de membro inferior, é de destacar a reconstrução pós-traumática ou pós-tumoral de grandes perdas de substância.

O **melanoma maligno** da pele tem uma incidência de 9,1 casos por 100 000 habitantes [7]. A Cirurgia Plástica faz parte integrante da equipa multidisciplinar que trata esta patologia, nomeadamente com excisões alargadas, pesquisa de gânglio sentinela, plastias de perdas de substância e perfusões regionais hipertérmicas. Embora represente apenas 4% de todos as neoplasias malignas e o seu diagnóstico sugerir uma progressão agressiva e rápida até a morte, a história natural do melanoma e da sua taxa de cura geral é de 80%.

No sexo feminino, cerca de um terço dos tumores diagnosticados correspondeu ao **cancro da mama** (31,1%), com uma taxa de incidência de 62,5/100000 habitantes, quer em 2010 (ROR) quer em 2015 [7]. O cirurgião plástico deve ser chamado para avaliação diagnóstica e terapêutica destas pacientes [8] sendo um elemento importante do atendimento multidisciplinar. A opção entre reconstrução imediata ou diferida após a mastectomia por cancro de mama, torna crucial o conhecimento das implicações terapêuticas oncológicas adjuvantes pelos cirurgiões plásticos. Pacientes portadores de deleção de BRCA 1 ou mutação BRCA 2 têm um elevado risco de diagnóstico de cancro da mama - cerca de 60-80% ao longo da vida, incluindo da mama contralateral. A reconstrução mamária diferida é realizada por várias razões, sendo a mais comum a incerteza quanto à posterior necessidade de radioterapia. Num questionário sueco de 2013 [9], constatou-se que as taxas de reconstrução imediata variaram regionalmente, entre 3 e 26,4%. A participação das pacientes na tomada de decisões, a disponibilidade de serviços de cirurgia plástica e a informação da paciente foram preditores independentes de reconstrução mamária imediata e variaram significativamente de região para região. Mesmo em pacientes mais jovens com tumores de baixo risco, as taxas de informação das pacientes variaram entre 34,3 e 83,3%.

As **queimaduras** têm uma abordagem multidisciplinar em que os médicos de Cirurgia Plástica são o elo principal desde a fase aguda (internamento em unidade de queimados), até à fase de correção das múltiplas sequelas cicatriciais e funcionais. Num estudo realizado em Portugal, por consulta dos dados dos GDH¹, entre 2000-2013, constatou-se que foram internados 26.447 queimados, sendo a taxa de hospitalização de 18.9/ 100.000 habitantes/ano, a que corresponde 1889 admissões/ano. A área anatómica mais frequentemente atingida em pacientes internados foi a face, cabeça e pescoço com 37,2%. A etiologia mais frequente foi por líquidos quentes com 53,2%. 3,1 % tinham lesão inalatória associada. A área de superfície corporal queimada era superior a 30% em 7% dos pacientes. A taxa de mortalidade foi de 4,4%, das quais 54% são mortes prematuras. Existem cinco unidades de queimados com um total de 35 camas, perfazendo 1 cama por 285 390 habitantes, não longe da maioria dos países Europeus em que existe 1 cama por 225 700 habitantes [10].

¹ Grupos de Diagnósticos Homogéneos

A **obesidade** segundo dados do INE de 2014 tem uma incidência de 16,4%, correspondendo a cerca de um milhão de pessoas. A obesidade é um fator de risco independente não só para a mortalidade por todas as causas mas também para as principais doenças, incluindo a doença coronária, a diabetes tipo II, a hipertensão, certas neoplasias e distúrbios músculo-esqueléticos. A **remodelação corporal** tem por base o problema crescente da obesidade, representado em Portugal pela introdução de técnicas de cirurgia bariátrica utilizadas na obesidade mórbida ($IMC > 35 \text{ kg/m}^2$) e que levou a um aumento concomitante dos procedimentos cirúrgicos posteriores, resultando num aumento do número de pacientes que querem remover o excesso de pele e tecido adiposo remanescente após a perda de peso. Os cirurgiões plásticos tiveram que modificar técnicas e abordagens cirúrgicas tradicionais para tratar adequadamente as deformidades únicas encontradas nesta população emergente de pacientes [11].

O termo **disforia de género** descreve um grupo heterogêneo de indivíduos que expressam graus variados de insatisfação com seu sexo anatómico e o desejo de possuir as características sexuais secundárias do sexo oposto. Para esses indivíduos, o tratamento cirúrgico desempenha um papel fundamental no alívio de seu desconforto psicológico. Pelo que, em indivíduos adequadamente selecionados, a cirurgia de reatribuição de género é a melhor maneira de normalizar a vida de indivíduos transgéneros. O acompanhamento deverá ser em equipa multidisciplinar, integrando o cirurgião plástico. Reconhecendo as limitações de acesso a equipas de género multidisciplinar formal, a WPATH-SoC² (V7) [12] fornece recomendações destinadas a padronizar o processo de avaliação cirúrgica, tratamento e cuidados pós-operatórios de indivíduos transgéneros. A prevalência da disforia de género varia de 1: 11.900 a 1: 45.000 para indivíduos do sexo masculino a feminino (MtF) e de 1: 30.400 a 1: 200.000 para indivíduos do sexo feminino a masculino (FtM).

Nos últimos cinco anos, só em língua inglesa, houve mais de 400 artigos publicados sobre a incidência e prevalência de **úlceras de pressão**. Esses trabalhos não só examinaram a prevalência e a incidência de úlceras de pressão em vários ambientes de saúde - especificamente cuidados agudos gerais, cuidados prolongados e cuidados domiciliários -, mas também entre populações e subpopulações específicas, como idosos, pacientes com fraturas de anca, crianças e doentes terminais. Dadas essas populações díspares e a variação substancial entre instituições individuais, determinações precisas de incidência e prevalência são difíceis. As taxas de prevalência global foram mais elevadas nos serviços de cuidados de longa duração (22%), enquanto que as taxas de internamento hospitalar foram mais altas nas unidades de cuidados intensivos (UCI), variando de 8,8% nas unidades de cuidados cardíacos gerais a 12,1% nas UCI médicas. Um total de 3,3% dos pacientes de UCI desenvolveu úlceras graves, enquanto 10% estavam relacionadas com dispositivos. As taxas de prevalência global de úlcera de pressão foram de 9,2% em 1989 e 15,5% em 2004. As taxas foram mais altas nos serviços de cuidados intensivos de longa duração, com 27,3%.

² World Professional Association for Transgender Health Standards of Care

Em geral, a prevalência de úlceras por pressão parece relativamente estável, apesar dos avanços significativos no tratamento e na prevenção.

O tratamento do **traumatizado dos membros inferiores** envolve uma abordagem multidisciplinar. Após a prestação inicial de cuidados emergentes pós-trauma e avaliação por ortopedista, cirurgião geral e vascular, o cirurgião plástico é muitas vezes envolvido no tratamento das perdas de substância das extremidades e reconstrução dos membros recuperados e amputados.

4 – CARATERIZAÇÃO DA SITUAÇÃO NACIONAL ATUAL

Constata-se alguma assimetria entre Instituições onde existem Serviços de Cirurgia Plástica, relacionada em grande parte com a plasticidade induzida pelos respetivos processos de planeamento e com conseqüências especialmente relevantes ao nível da diferenciação dos seus quadros profissionais.

Verifica-se uma acentuada pulverização de Unidades ou “Serviços” de Cirurgia Plástica que não dispõem cumulativamente de:

1. Consulta Externa
2. Sector de Internamento (Adultos e Infantil)
3. Bloco Operatório (acesso a)
4. Cuidados Intensivos Cirúrgicos (Adultos e Infantil) (acesso a)
5. Sector de Ambulatório (acesso a Unidade de Cirurgia de Ambulatório)
6. Urgência Polivalente

Esta será a tipologia-base que todos deveriam respeitar com exceção das Unidades em Hospitais Especializados, sem Urgência Polivalente.

Em alguns casos existe ainda a necessidade de:

1. Unidade de Cuidados Intensivos Especiais de Queimados.
2. Unidade de Cuidados Intermédios de Queimados.
3. Centro de Trauma

O Colégio de Especialidade num documento seminal de 2014 intitulado *“Linhas Orientadoras da Reorganização Hospitalar em Cirurgia Plástica e Reconstructiva”* que será aqui múltiplas vezes invocado, analisava esta situação a partir da única abordagem feita sobre os meios humanos em Medicina nos últimos anos, onde concluíam que as propostas de necessidades de recursos humanos estavam desajustadas às reais necessidades para esta especialidade.

Em Agosto de 2016 verifica-se uma situação onde o número de Cirurgiões no SNS desceu para 95 e a percentagem dos que ultrapassaram os 50 anos de idade encontra-se acima da barreira psicológica dos 50%. Este efetivo distribui-se por 24 Hospitais, 16 dos quais já só têm 3 ou menos elementos.

O mapeamento agora proposto não considera Serviços, Unidades e elementos dispersos de Cirurgia Plástica que, respondendo a algumas necessidades regionais do SNS e a lógicas exclusivamente institucionais, pouco relevam para a distribuição do esforço assistencial público à população.

A capacidade formativa instalada revela-se escassa. Dos serviços e unidades listados apenas 6 têm condições mínimas para o reconhecimento da idoneidade formativa: o Centro Hospitalar de S. João, a unidade formativa constituída pelo Centro Hospitalar de Gaia/ Espinho e pelo Hospital da Prelada, o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, O Centro Hospitalar de Lisboa Norte, o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental e o Centro Hospitalar de Lisboa Central. Esta disposição habilita o SNS a receber 9 internos/ano.

Resulta assim que, mesmo que a opção seja descentralizar numa perspetiva de serviços de proximidade, ter-se-ia sempre que passar por uma fase prévia de concentração que instalasse nos centros formadores a capacidade acrescida, de modo a que numa 2.^a fase houvesse efetivos em número suficiente para dispersar a oferta.

É assim, tempo de reorganizar os escassos meios humanos segundo critérios transversais que habilitem à tomada de decisões centradas na eficiência do sistema.

Como postulava o Colégio de Especialidade naquele documento:

“Os Serviços de CPRE devem estar sediados em Hospitais:

- *tecnologicamente apetrechados,*
- *em que os projetos de desenvolvimento científico e a formação post-graduada sejam parte integrante da Missão,*
- *dispondo da generalidade das valências cirúrgicas, mormente as que tratam o Trauma (Ortopedia, Neurocirurgia, ORL, Oftalmologia, etc.),*
- *que tenham disponíveis técnicas de apoio complementar diferenciado (na Radiologia e Laboratórios p.e.)...*
- *... e áreas terapêuticas com capacidade e dimensão para a especialização (Fisiatria, p.e.), e articulados com uma Urgência Polivalente.”*

4.1. O SECTOR PRIVADO DA ESPECIALIDADE

No que se refere à dimensão da Especialidade no sector privado remetemos para as considerações do documento do Colégio de Especialidade referido anteriormente:

“E o número de cirurgiões pode ser especialmente enganador... de facto um número sensível de quadros dedicam-se quase exclusivamente à Cirurgia Estética o que, do ponto de vista do SNS, faz que se não se constituam em válvula de escape do sistema para os sectores mais favorecidos

da população no que respeita a necessidades assistenciais de outra índole.”

Quer isto dizer que o Sector privado da especialidade tem uma dimensão limitada no que se refere à resposta às necessidades da população.

A distribuição “casuística” dos Especialistas nos Hospitais Privados não gera a capacidade de integração em sistema organizado que ajude a ultrapassar a atual resposta limitada a alguns pacientes oriundos de subsistemas (mesmo no sector da Traumatologia, dependente da atividade seguradora) e, no máximo, poderá constituir-se como um recurso para a sequência pós-operatória ambulatória dos pacientes vítimas de acidente. Nem é tão-pouco estranho que o inverso se verifique, passando a ser este sector a invocar o direito do paciente continuar os seus tratamentos, complexos ou prolongados, nos hospitais públicos.

4.2. NORMAS DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA

É fundamental que se tenha a previsão dos meios materiais e humanos necessários ao desenvolvimento de Boas Práticas Clínicas no âmbito da Especialidade para maior eficiência da respetiva Rede.

O desenvolvimento de programas de controlo da qualidade, que garantam a segurança dos doentes, conforme estipulado pela Direção-Geral da Saúde, é essencial havendo necessidade de assegurar a formação nesta área.

Devem existir mecanismos e ferramentas que permitam avaliar a qualidade estabelecendo ciclos de avaliação à estrutura, ao processo e aos resultados da funcionalidade da Rede com ações subsequentes para melhoria dos seus indicadores.

É ainda essencial garantir o cumprimento e implementação das normas de orientação clínica da DGS, nomeadamente as que estão publicadas e a publicar de acordo com a definição de prioridades nesta área clínica, contribuindo para uma melhor qualidade da prestação de cuidados, tendo em conta o doente, a doença, numa prática custo efetiva, melhorando deste modo os resultados em saúde.

O processo assistencial no contexto da rede de referenciação deve ser integrado e guiar-se sempre que possível, por protocolos e normas de orientação clínica, sendo avaliado por auditorias clínicas, supervisionado ao longo do tempo e deve assegurar-se também um ambiente de notificação de acidentes e incidentes, visando a melhoria da qualidade da prestação de cuidados.

Devem ainda ser garantidos os esforços no sentido de implementar uma prática de registos da atividade clínica, informatizada, com sistemas adequados e compatíveis, com registo da monitorização clínica, que permitam uma gestão clínica e epidemiológica de toda a informação de forma também integrada e facilitadora da prestação de cuidados no âmbito desta área clínica e em contexto da rede de referenciação.

Em Cirurgia Plástica é geralmente muito difícil estabelecer NOC's:

“(...) while there are some operations that are reasonably standardized, plastic surgery is the one specialty in which this is more the exception than the rule. We often perform operations that we've never exactly done before and will likely never do in precisely the same way again. (...) this is born of necessity, the challenge of solving a unique problem for which there is no standard or well-accepted solution. (...) When I tell nonmedical people this they are usually shocked and somewhat appalled. To the uninitiated it may seem cavalier, even dangerous. However these innovations are based on principles that we learn in our training and that we come to apply in our practice. That is the magic of plastic surgery” [13].

Esta realidade não se resume à técnica cirúrgica em si e a diversidade de soluções e abordagens tornariam um risco a generalização de NOC's que facilmente colocariam a prática clínica num terreno “*não-canónico*”.

Daí que a única NOC aprovada, até ao presente momento, pela DGS seja a 22/2012 referente a tratamento de Queimaduras.

Existem no entanto situações definidas pelo Colégio de Especialidade ao nível do acesso, nomeadamente no que respeita à prática da Cirurgia Estética nos Serviços de Especialidade do SNS. As mesmas encontram-se explanadas no documento homologado pelo CNE da OM em 16 de Setembro de 2008.

5 – NECESSIDADES PREVISÍVEIS E INDICADORES A ADOTAR

No que se refere a este item começar-se-ia por citar os dados do documento de orientação do Colégio de Especialidade antes referido:

“Ratio População / Cirurgiões Plásticos”

Os guidelines internacionais de 2003 apontavam para ratios de 2,22 cirurgiões plásticos /100.000 habitantes. A sua aplicação em Portugal resultaria numa força de trabalho de 220 cirurgiões [14], [15], [16], [17], [18], [19].

Este padrão reflete um estudo baseado essencialmente em dados obtidos:

- *em análises de ambulatório [16];*
- *em ambientes em que a Cirurgia Plástica tem um padrão “restrito” no que respeita ao universo assistencial (...) isto é, sem abranger áreas que entre nós lhe estão frequentemente cometidas como a cirurgia maxilofacial;*
- *e, por outro lado, não autonomiza, na análise de necessidades, os meios próprios do sistema hospitalar público.*

E têm que ser equacionados outros condicionantes:

1) As Alterações Demográficas

Uma abordagem previsionar baseada nas alterações demográficas sugere que a procura de cuidados de saúde implique, só em função deste fator, uma necessidade acrescida de médicos de 62% em 2030, que se materializa em 55% na área da Cirurgia Plástica.

2) A Disponibilidade de Tempo de Trabalho

Isto condiciona a necessidade de crescimento da mão-de-obra em cerca de 1% cada 4 ou 5 anos para manter a mesma disponibilidade

Em conclusão:

A conjugação de todos estes fatores traduzir-se-ia por um universo global desejável de cerca de 350 cirurgiões plásticos dentro de 20 anos, ou seja, duma taxa de crescimento líquido de cerca de 6 cirurgiões por ano.

Se tomarmos este dado como uma referência resulta a necessidade de alocar recursos à

formação e não aumentar “à pressão” as capacidades formativas dos Serviços e muito menos “abrir” as portas da formação em Instituições sem condições objetivas para preparar Especialistas com um nível técnico que respeite as normas nacionais que são aliás irreprensíveis” (...)

A dificuldade acrescida estará aqui em prever qual o desenvolvimento do sector privado a esta distância e o seu perfil futuro no que respeita a cuidados que poderá prestar nesta especialidade e a quem, bem como a credibilidade que possa vir a conquistar junto dos destinatários.

Neste momento perto de 30% dos 240 elementos inscritos como Especialistas de Cirurgia Plástica estão inativos por diferentes razões (idade, doença, alteração da atividade para outros sectores, reforma completa, afastamento da prática clínica, etc.) saldando-se afinal este número em cerca de 170, de que mais de 50% (95) estão ligados ao SNS.

O tratamento destes números envolve alguma dose de incerteza mas podemos aproximar o problema por outra perspetiva, partindo da tipologia que o Colégio de Especialidade definiu para os Serviços e do número de Serviços por cada tipologia que a orientação global proposta por esta Comissão estabelece num horizonte a 5 anos.

A Rede seria constituída por Serviços sediados:

Na ARS Norte:

- 2 Centros de Trauma (Centro Hospitalar de S. João e Unidade funcional constituída pelo Centro Hospitalar do Porto e Centro Hospitalar de V^a N^a de Gaia/ Espinho)
- 1 Hospital SUP (Braga)
- 1 Hospital Especializado (IPO Porto)
- 1 Hospital Descentralizado com SUP (CH Trás-os-Montes e Alto Douro)

Na ARS Centro:

- 1 Centro de Trauma (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra)
- 1 Hospital Descentralizado com SUP (Centro Hospitalar de Tondela-Viseu)

Na ARS LVT:

- 2 Centros de Trauma (Centro Hospitalar de Lisboa Central e Centro Hospitalar de Lisboa Norte)
- 2 Hospitais SUP (Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental - em articulação com o Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca - e o Hospital Garcia de Orta)

- 1 Hospital Especializado (IPO Lisboa)

Na ARS Alentejo:

- 1 Hospital Descentralizado com SUP (Hospital de Évora)

Na ARS Algarve:

- 1 Hospital SUP (Centro Hospitalar do Algarve)

Cumpra agora discutir para cada um destes pontos de rede o afastamento da existência à proposta que, sendo alicerçada numa arquitetura pré-existente e não condicionada pela realidade no terreno, tentou adaptar às possibilidades reais de resposta do SNS o plano base.

Na ARS NORTE:

1. Para um horizonte previsível de 5 anos, o chamado Centro Trauma do CHTMAD, votado a uma área total de cerca de 400 000 pessoas, necessitará de reunir diversas condições para atingir esse objetivo. A dotação atual em Cirurgia Plástica é apenas de 1 Assistente Hospitalar. Propõe-se, assim, numa ótica que não exclui nem minimiza a capacidade de resposta do SNS, que a tipologia do Serviço de Cirurgia Plástica neste Centro Hospitalar se conforme ao modelo dos Hospitais Descentralizados.
2. O modelo organizativo do Centro de Trauma do CH Porto/CHVNG recomenda a articulação dos 2 Serviços de Cirurgia Plástica ora sediados nos Hospitais respetivos e à articulação para fins formativos e de assistência a Grandes Queimados com o Hospital de Misericórdia do Porto (Prelada). Respeitada esta articulação, tem capacidade técnica de resposta para toda a patologia da Especialidade. Este Centro de Trauma drena uma população total de 968.734 indivíduos. Atentos uma vez mais à realidade, a dotação global destes 2 Serviços devem respeitar a Tipologia dum único Hospital com Centro de Trauma.
3. O Centro de Trauma do CH de São João drena 2 352 026 de habitantes. Com condições técnicas para assegurar todo o espectro da Especialidade, gere uma Unidade de Cuidados Intensivos Especiais de Queimados e está articulado com o ensino pré-graduado numa área pluridisciplinar de Cirurgia na Universidade do Porto.
4. No Hospital de Braga o serviço necessita de um reforço organizativo para se conformar ao modelo. A dimensão da população assistida de 1 milhão de pessoas e as características do tecido socioeconómico não permite elasticidade na definição da tipologia adequada que deverá ser a de

Hospital SUP.

5. O IPO Porto tem um serviço com uma dimensão de 6 AH/AG, o que o torna um Centro adequado em dimensão à arquitetura proposta
6. O Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa e a Unidade Local de Saúde de Matosinhos não apresentam necessidades de reforço face à proposta aqui formulada. Como tal, propõe-se a efetivação de medidas de contenção.

Na ARS CENTRO:

1. No que diz respeito ao Serviço de Cirurgia Plástica dos CHUC importa reforçá-lo e promover a centralidade do seu papel, nomeadamente no Serviço de Urgência do Centro de Trauma. Os números da atividade assistencial da urgência, em termos de recursos humanos, revelam-se inadequados por deficit.
2. O Centro Hospitalar Tondela/ Viseu (Hospital de Viseu), à semelhança do abordado para o Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, poderá, no horizonte definido de 5 anos e sem prejuízo de posterior correção, cumprir as funções assistenciais indispensáveis com a tipologia de Hospital Descentralizado.
3. Para o IPO Coimbra, apesar da sua dimensão relativa em relação aos outros hospitais congéneres, persistindo a necessidade de proceder à reconstrução dos doentes amputados por cancro, mas atentos à inexorável realidade, propomos, no horizonte de 5 anos, a articulação assistencial organizada desta unidade com o serviço do CHUC num figurino sobreponível ao definido como de afiliação para hospitais sem dotação de serviços de cirurgia plástica.

Na ARS LVT:

1. O Centro Hospitalar de Lisboa Central apresenta um envelhecimento dos quadros, o que, considerando que integra um Centro de Trauma que cobre cerca de um quarto da população e gere uma Unidade de Cuidados Intensivos Especiais de Grandes Queimados, deve merecer atenção particular no que se refere à política de renovação de meios humanos.
2. O Centro Hospitalar de Lisboa Norte encontra-se deficitário em meios humanos, atendendo às responsabilidades que lhe cabem no seio dum Centro de Trauma responsável por mais de um quarto da população Portuguesa, com uma Unidade de Cuidados Intensivos Especiais de Grandes Queimados, e no apoio diferenciado a um grande volume de casos transdisciplinares da maior

complexidade, que o Centro Hospitalar recebe “em fim de linha”. Além disso, deve-se ter ainda em linha de conta a sua responsabilidade no ensino pré-graduado de Cirurgia Plástica na Universidade de Lisboa, onde gere uma Unidade Curricular própria. Urge reforçar o seu quadro, que apresenta deficit.

3. O Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, o Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, o Hospital do Barreiro e o Hospital de Setúbal não apresentam necessidade de reforço do corpo clínico face à atual carga assistencial. Recomendam-se medidas de contenção de crescimento e de reorganização, avançando-se como proposta:
 - a. Atendendo à particular circunstância do universo a cargo do H. Prof. Doutor Fernando Fonseca, que drena 553 000 habitantes, propõe-se a articulação de todas as valências assistenciais da Especialidade com o Serviço de Cirurgia Plástica do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental que assim encontraria espaço vital.
4. O Hospital Garcia de Orta tem neste momento um quadro deficitário.
5. Nesse sentido, propõe-se a articulação entre os Hospitais da Península de Setúbal como aporte imediato ao plano, mantendo apoio às necessidades de cada unidade através de um esquema de afiliação e aumentando a disponibilidade logística (Blocos) do HGO, rentabilizando-o com estas unidades afiliadas.
6. O IPO Lisboa necessita de ampliar o seu quadro de modo a estabilizar uma equipa organizada e hierarquizada.

Na ARS do ALENTEJO:

1. O Hospital de Évora, apesar de definido como Centro SUP no horizonte a 5 anos e sem prejuízo de posterior evolução cumpre o papel assistencial indispensável como Hospital Descentralizado.

Na ARS do ALGARVE:

1. No Centro Hospitalar do Algarve a dimensão da população assistida, que ronda os 450.000 habitantes, ampliada pela população flutuante sazonal e pelas características sociológicas da região não permite qualquer elasticidade na determinação da tipologia deste Serviço, devendo conformar a tipologia de um Hospital SUP.

A evolução natural do sistema, criando de forma consistente e didática condições para a fixação local dos elementos em formação em Hospitais onde hoje não existe capacidade formativa que se irá instalar com este plano, tenderá a uma uniformização do figurino proposto, diluindo tendencialmente as exceções

a que a realidade nos obrigou.

Em resumo:

Definimos como **Critérios de Prioridade:**

1. Garantir a assistência emergente “de fim de linha” (Centros de Trauma).
2. Potenciar a capacidade futura de reorganização da rede através do aumento da capacidade formativa (Centros de Trauma / Hospitais SUP).
3. Assegurar necessidades assistenciais prioritárias. (Centros de Trauma / Hospitais SUP / Hospitais Especializados / Hospitais Descentralizados com SUP).

Daí decorrendo os seguintes **Níveis de Prioridade** no reforço da rede:

1. O reforço dos Centros de Trauma dos Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) e do Centro Hospitalar de Lisboa Norte (CHLN), permitindo ainda ampliação da capacidade formativa.
2. O reforço dos Centros SUP do Hospital de Braga (HB), do Hospital Garcia de Orta (HGO) e do Centro Hospitalar do Algarve (CHA) e dos Centros de Trauma do Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC) e do Centro Hospitalar de São João (CHSJ), permitindo ampliação da capacidade formativa.
3. O reforço do Hospital Especializado IPO Lisboa (IPOL) e dos Hospitais Descentralizados com SUP do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (CHTMAD) e do Hospital de Évora (HE).

Remetemos aqui, pela sua exemplar clareza para o mapa de atividade Cirúrgica simplificado, anexado à Caracterização da situação atual, recolhido a partir da base ACSS que, por si só, justifica muito do que propomos.

A análise da produção cirúrgica é o indicador mais fiável da atividade dum serviço cirúrgico. É o seu output assistencial essencial. A um serviço cirúrgico de nada serve fazer consultas se, com isso, apenas gerar movimento para outras instituições. Assim, fixamo-nos neste item e conexos (% LIC> TMRG) para analisar a produtividade.

Note-se o volume escasso da cirurgia convencional (geralmente ligada ao tratamento das situações de maior complexidade) na casuística dos hospitais analisados. Para além do H. da Prelada cujo estatuto remuneratório e tipo de exercício é, como nos dos Hospitais PPP, diferente dos Hospitais EPE, apenas os Centros Hospitalares de Lisboa Norte, São João e, marginalmente, de Coimbra atingem mais de 1 000 intervenções convencionais/ano.

Mas note-se também que é essencial analisar o tipo de produção cirúrgica porque nem todo deve ser

salomonicamente avaliado. Sem prejuízo de que a ampliação da atividade de ambulatório é desejável, temos de manter, na análise dos números de atividade registada, a noção de que por detrás do item “Cirurgia Ambulatória” se “agrupam” situações muitíssimo diversas, que os critérios de classificação não são transversais nas diferentes Instituições e que os volumes de produção brutos/totais (de que acabam por ser a maior fração) são indicadores que provocam vieses na análise da relação com os meios.

E ainda a escassez de Cirurgia de Urgência na maioria das instituições não havendo, paradoxalmente, qualquer paralelismo entre as responsabilidades que lhe estão atribuídas na rede (CT/SUP) e a atividade desenvolvida. A atividade de Urgência concentra-se essencialmente nos Centros Hospitalares de Lisboa Central e Norte e, com menor expressão, no Centro Hospitalar de São João. Das 2063 intervenções de urgência registadas no ano de 2015, 1629 foram executadas nestes 3 Hospitais, ou seja estes 3 hospitais, por si só, asseguram 80% da Urgência Nacional de Cirurgia Plástica.

Tabela 1 – Produção Cirúrgica por nível de Prioridade – Ano 2015

PRODUÇÃO CIRÚRGICA	INSTITUIÇÕES	CIRURGIAS CONVENCIONAIS	CIRURGIA de AMBULATÓRIO	ÁREA de URGÊNCIA	CIRURGIA DE URGÊNCIA
1ª Prioridade	CHUC	974	581	CT 1 791 556	36
	CHLN	1 207	862	CT 2 301 009	495
2ª Prioridade	HB	591	777	(SUP 1 072 923)	5
	HGO	164	571	(SUP 779 399)	4
	CHA	48	306	(SUP 451 006)	5
	CHLC	435	622	CT 2 217 288	877
	CHSJ	1 442	926	CT 2 352 026	257
3ª Prioridade	IPO Lisboa	254	289	-	1
	CHTMAD	0	0	(CT 417 008)	0
	HE	189	512	(SUP 509 849)	1
Outras Instituições da Rede proposta	CHVNG (*)	751	820	(*) 1 Único	94
	CHP (*)	220	126	CT 969 764	1
	CHTV	259	15	(SUP 510 968)	0
	CHLO	477	1 166	(SUP 515 298)	152
	IPO Porto	146	1 202	-	4
Instituições SNS Fora da Rede proposta	CHTS	210	386	(SUMC 519 769)	4
	USLM	273	276	(SUMC 318 419)	7
	HFF	220	692	(SUMC 484 480)	44
	H Barreiro	82	340	(SUMC 213 584)	0
	H Setúbal	92	398	(SUMC 233 516)	1
Instituições PPP/ afins fora da Rede proposta	H Prelada	1 972	1 485	-	0
	H Loures	179	360	(SUMC 288 883)	60

6 – CARACTERIZAÇÃO E DEFINIÇÃO DOS DIFERENTES NÍVEIS

A Cirurgia Plástica é, no SNS, uma Especialidade de Trauma.

Metodologicamente optámos, assim, por definir a tipologia dos Serviços e Unidades de CPER no SNS do tipo de articulação com a Rede de Urgência/ Emergência estruturada pelo Despacho n.º 10438/2016, de 19 de agosto, ainda que com as limitações impostas pela realidade e por alguns aspetos particulares como a questão dos Hospitais especializados ou descentralizados.

Atentos à escassez de recursos disponíveis num horizonte a 5 anos, ao viés de enquadrar Serviços e Unidades numa lógica de proximidade e sem negar a necessidade do apoio desta (como outras Especialidades, aliás) em todos os níveis de acesso ao SNS, centramos a nossa proposta na raiz da imperatividade de integrar Serviços de Urgência diferenciada.

Pensamos que para suprir as necessidades dos Hospitais mais periféricos ou servindo grandes centros populacionais, o SNS deve integrar uma lógica de apoio baseada na que o Colégio de Especialidade definiu no documento anteriormente citado do seguinte modo:

“As necessidades assistenciais nesta Especialidade das outras instituições hospitalares e das populações que lhes são afetas devem ser cometidas às Unidades Hospitalares acima referidas segundo um figurino:

- i. de afiliação hospitalar em modelo a gerir pelas Direções de Serviço (com médicos em regime de mobilidade para cumprir as necessidades supervenientes no internamento ou de colaboração cirúrgica multidisciplinar in loco...).*
- ii. de referência direta à Consulta de Especialidade pelas consultas hospitalares dessas instituições sem prejuízo da que possa ser feita pelos Cuidados Primários das suas áreas de influência.”*

Definimos assim 4 níveis de Cuidados:

1. Hospitais SUP com Centro de Trauma
2. Hospitais com SUP
3. Hospitais Especializados
4. Hospitais Descentralizados com SUP

NO QUE RESPEITA AOS HOSPITAIS COM CENTRO DE TRAUMA:

Definimos um quadro que preveja uma capacidade de resposta instantânea de 2 especialistas.

Nas condições laborais atuais a dotação de referência deste nível de Serviços será de 14 assistentes

Hospitalares / Assistentes Hospitalares Graduados e 3 Assistentes Hospitalares Graduados Sénior, sem prejuízo de ajustes que decorram de responsabilidades particulares específicas como p.e. do Ensino pré-graduado.

A capacidade formativa destes Centros poderia ser potenciada a uma dotação em torno de 12 Internos num acréscimo em torno de 25% em relação ao atual figurino destes Hospitais.

O Mapa de Cuidados inclui:

1. A manutenção permanente 7 dias/semana de uma equipa de urgência típica de 2 especialistas no Centro de Trauma com resposta a pacientes adultos e em idade pediátrica.
 - a. A organização interna do Serviço deve prever a disponibilidade na Urgência de Internos de Especialidade para a execução de atos cirúrgicos da Especialidade não sendo possível acumular este posto de trabalho com Consultas ou Blocos Operatórios de rotina.
2. A responsabilidade de uma ligação orgânica a uma Unidade de Cuidados Intensivos Especiais de Queimados.

A referência deste tipo de patologia terá, por regra, âmbito nacional, de acordo com a capacidade instalada disponível, sendo a informação em tempo real disponibilizada ao CODU, sem prejuízo da drenagem preferencial para a Unidade de referência para a área geográfica definida na Rede ou para a mais próxima disponível.

A drenagem destes pacientes envolve a entrada por Centro de Trauma e presume contacto médico prévio.

Salvo situações excecionais, o paciente deve permanecer a cargo do Serviço de Cirurgia Plástica a que está adstrita a Unidade de Queimados em que foi tratado, durante todo o tempo de Internamento Hospitalar determinado pelo episódio, independentemente do nível de cuidados indicados.

3. A resposta organizada e diferenciada a todas as patologias.
 - a. São de admitir exceções no âmbito de algumas patologias que, pelo volume residual e complexidade, podem não ser tratadas em todos os Centros devendo concentrar-se em Unidades de Referência que, acumulando massa crítica de pacientes, possam conferir uma experiência consistente e condições de preparação específica aos quadros.

Entre elas contam-se:

- A Cirurgia genital de reatribuição do género;
- A Cirurgia das malformações craniofaciais e faciais complexas;

- A Cirurgia do plexo braqueal;
- A Cirurgia das malformações congénitas genitais complexas.

A referência deste tipo de patologia terá assim, por regra, âmbito nacional.

Para os centros de referência serão referenciadas as patologias que pela sua complexidade ou raridade deverão apenas ser objeto de intervenção nestes centros.

4. A manutenção dum apoio organizado de Especialidade aos Hospitais da sua área de influência definidos no Organigrama da Área de Influência Direta das Entidades Hospitalares nos termos anteriormente referidos.

NO QUE SE REFERE AOS HOSPITAIS SUP:

Definimos um quadro que preveja uma capacidade de resposta instantânea de 1 especialista.

Nas condições laborais atuais a dotação de referência deste nível de Serviços será de 7 Assistentes Hospitalares / Assistentes Hospitalares Graduados e 2 Assistentes Hospitalares Graduados Sénior.

A capacidade formativa destes Centros estaria limitada a cerca de 6 internos.

O Mapa de Cuidados inclui:

1. A manutenção de uma equipa de urgência de 1 especialista no SUP, em permanência, 12 horas diurnas, 7 dias por semana, para resposta a pacientes adultos.
 - a. Exceto nas Regiões da Grande Lisboa e Grande Porto (onde sediam 2 CT) este figurino deveria contemplar, em sobrecarga, 12h noturnas em regime de prevenção.
 - b. A organização interna do Serviço deve prever a disponibilidade na Urgência de Interno de Especialidade / Especialista para a execução de atos cirúrgicos da Especialidade, não sendo possível acumular este posto de trabalho com Consultas ou Blocos Operatórios de rotina.
2. A resposta à generalidade das patologias (com as exceções e reservas anteriormente referidas e, ainda, o tratamento de Grandes Queimados).
3. A manutenção dum apoio organizado de Especialidade aos Hospitais da sua área de influência definidos no Organigrama da Área de Influência Direta das Entidades Hospitalares nos termos anteriormente referidos, muito particularmente sem acesso externo.

NO QUE SE REFERE AOS HOSPITAIS ESPECIALIZADOS:

Define-se um quadro de especialistas que permita uma resposta atempada no período diurno.

Nas condições laborais atuais a dotação de referência deste nível de Serviços será de 5 Assistentes Hospitalares / Assistentes Hospitalares Graduados e 1 Assistente Hospitalar Graduado.

NO QUE DIZ RESPEITO AOS HOSPITAIS DESCENTRALIZADOS COM SUP:

Define-se um quadro de especialistas que permita uma resposta atempada no período diurno.

Nas condições laborais atuais a dotação de referência deste nível de Serviços será de 5 Assistentes Hospitalares / Assistentes Hospitalares Graduados e 1 Assistente Hospitalar Graduado Sénior.

O Mapa de Cuidados inclui:

1. A resposta à generalidade das patologias (com as exceções e reservas anteriormente referidas e, ainda, o tratamento de Grandes Queimados) sendo aceitável ainda o recurso aos Hospitais de referência nas situações complexas de qualquer foro.
2. A manutenção dum apoio de Especialidade por referência/chamada aos Hospitais da sua área de influência definidos no Organigrama da Área de Influência Direta das Entidades Hospitalares, sempre sem acesso externo.

Telemedicina

O desenvolvimento da telemedicina no âmbito da RRH de Cirurgia Plástica é uma vertente do ambulatório a ser potenciada, quer entre hospitais, quer com os cuidados de saúde primários.

6.1 – ARQUITETURA DAS RRH

Fica assim constituída a RRH:

1) NA ARS NORTE

HOSPITAIS COM CENTRO DE TRAUMA

1. CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO
2. CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA/ ESPINHO + CENTRO HOSPITALAR DO PORTO (em articulação)

HOSPITAIS COM SUP

1. HOSPITAL DE BRAGA

HOSPITAIS ESPECIALIZADOS

1. IPO PORTO

HOSPITAIS DESCENTRALIZADOS COM SUP

1. CENTRO HOSPITALAR DE TRÁS-OS MONTES E ALTO DOURO

2) NA ARS CENTRO:

HOSPITAIS COM CENTRO DE TRAUMA

1. CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

HOSPITAIS DESCENTRALIZADOS COM SUP

1. CENTRO HOSPITALAR DE TONDELA/ VISEU

3) NA ARS LVT

HOSPITAIS COM CENTRO DE TRAUMA

1. CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA NORTE

2. CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL

HOSPITAIS COM SUP

1. CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL (H. PROF DOUTOR FERNANDO FONSECA (SUMC) em articulação)
2. HOSPITAL GARCIA DE ORTA (H. BARREIRO (SUMC) / H. SETÚBAL (SUMC) em articulação)

HOSPITAIS ESPECIALIZADOS

1. IPO LISBOA

4) NA ARS ALENTEJO

HOSPITAIS DESCENTRALIZADOS COM SUP

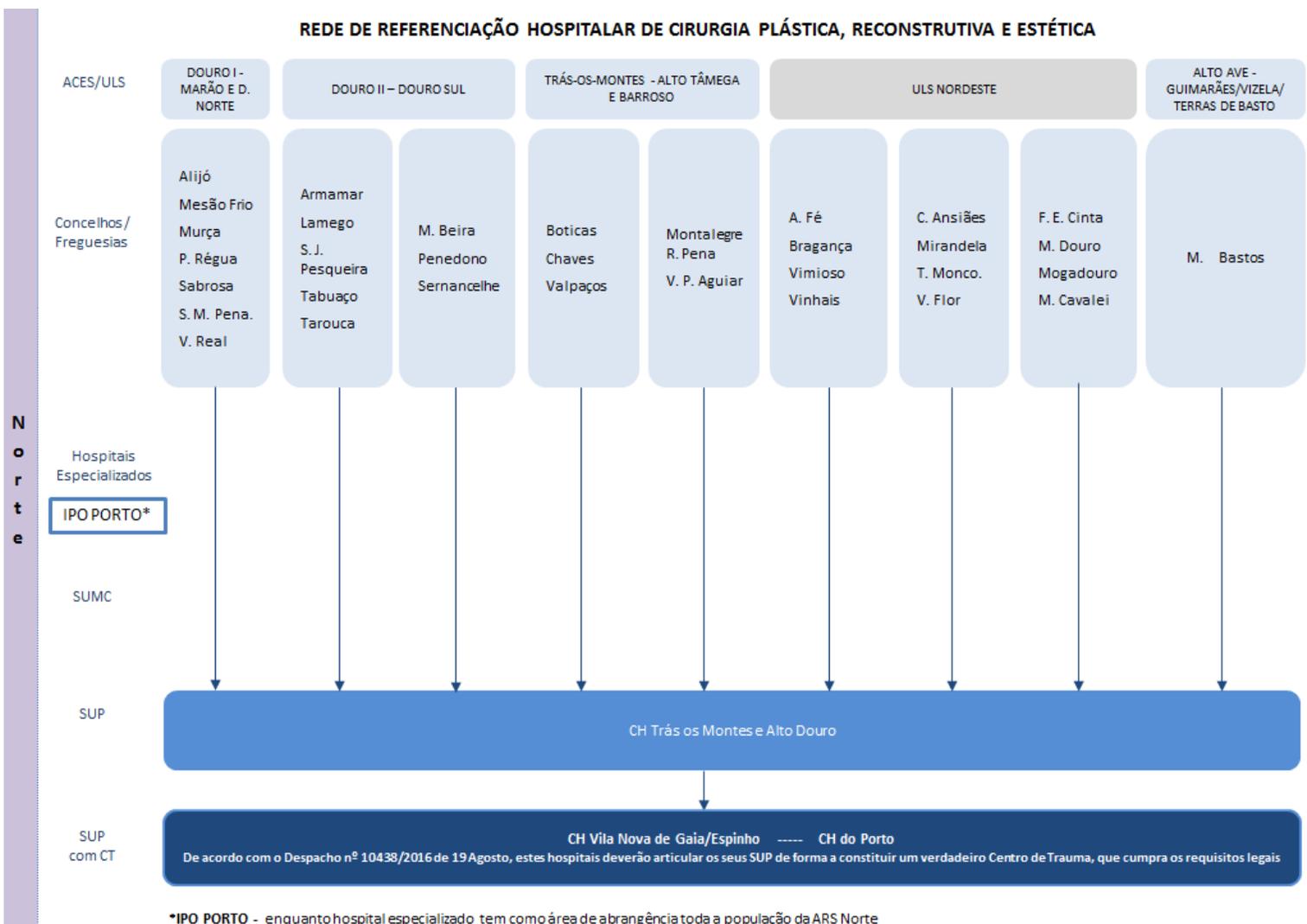
1. HOSPITAL DE ÉVORA

5) NA ARS ALGARVE

HOSPITAIS COM SUP

1. CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE

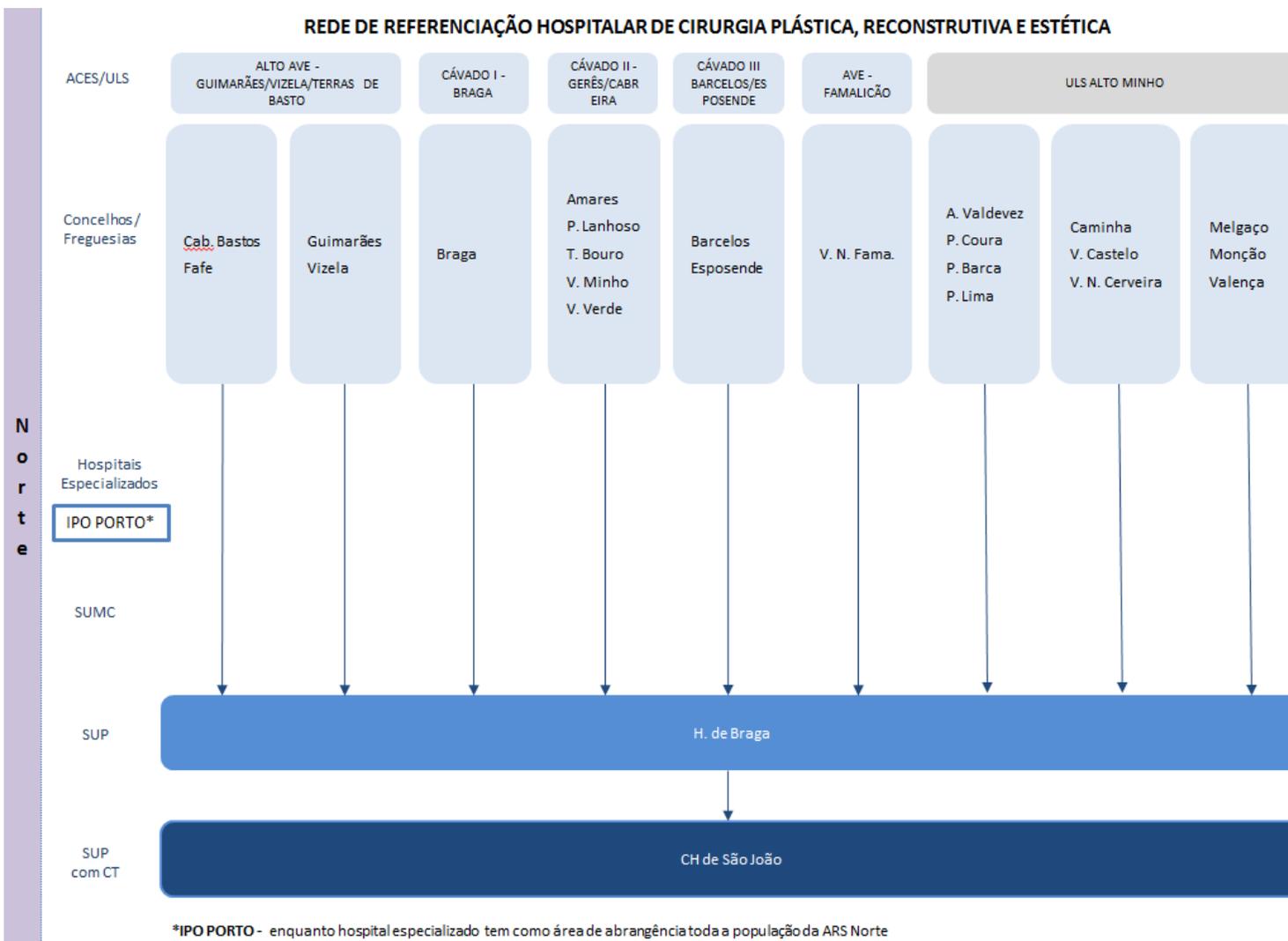
NOTA: Salvo disposição especial específica, os Hospitais sem Serviço de Cirurgia Plástica definido neste organigrama são suportados nas suas necessidades internas de especialidade pelos Hospitais a que referenciam segundo a Carta de Área de Influência Direta das Entidades Hospitalares.

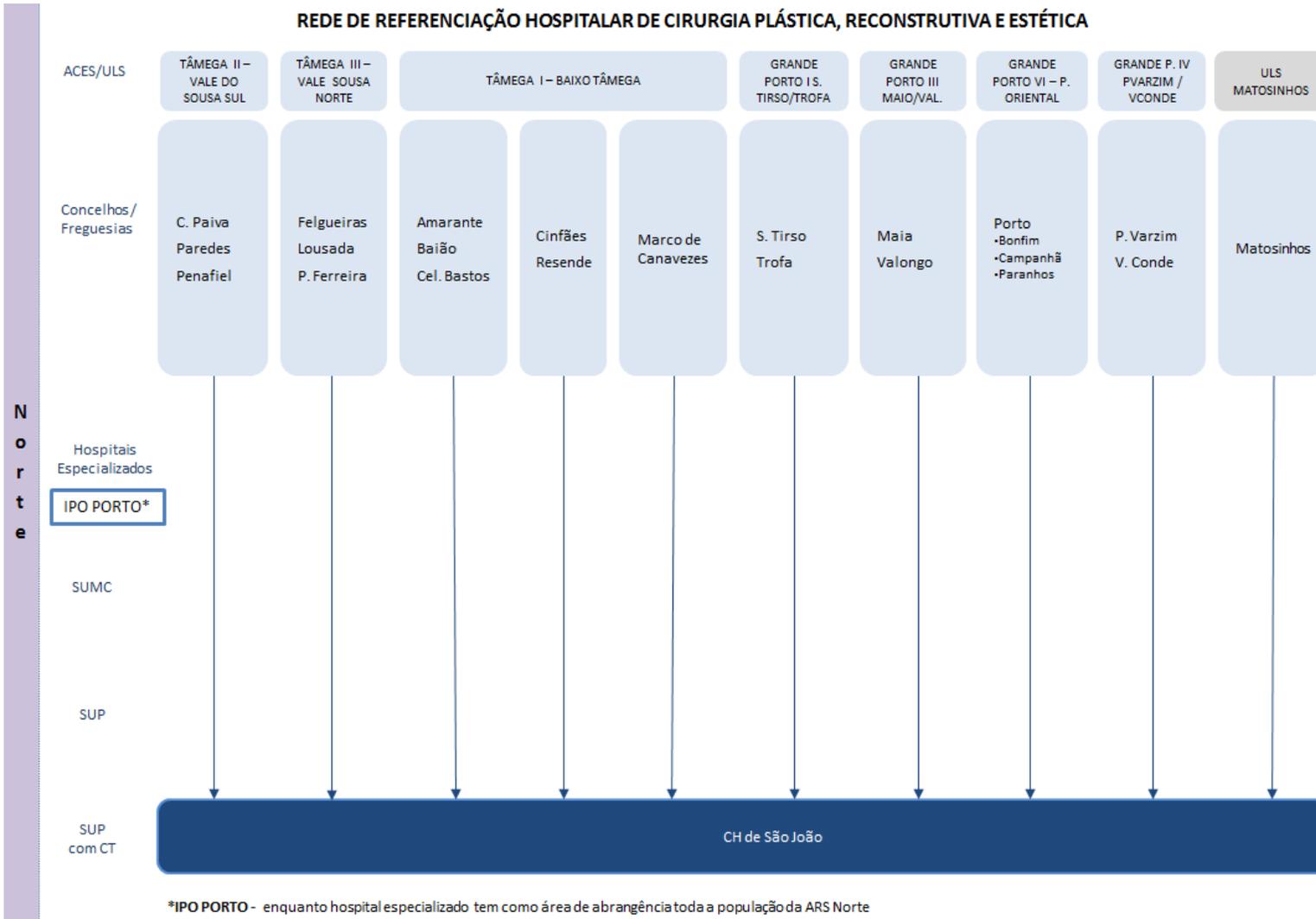


REDE DE REFERENCIAÇÃO HOSPITALAR DE CIRURGIA PLÁSTICA, RECONSTRUTIVA E ESTÉTICA

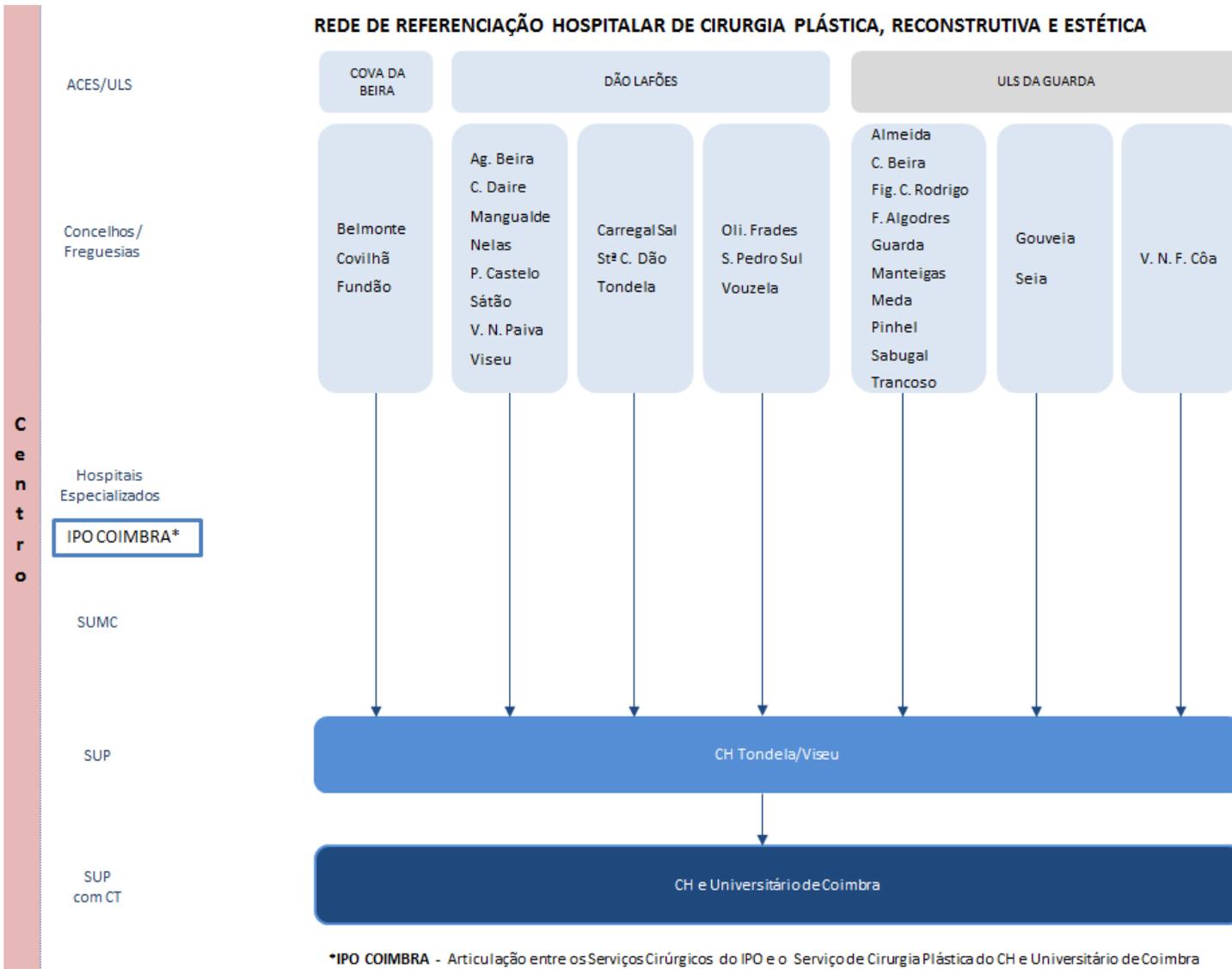


*IPO PORTO - enquanto hospital especializado tem como área de abrangência toda a população da ARS Norte



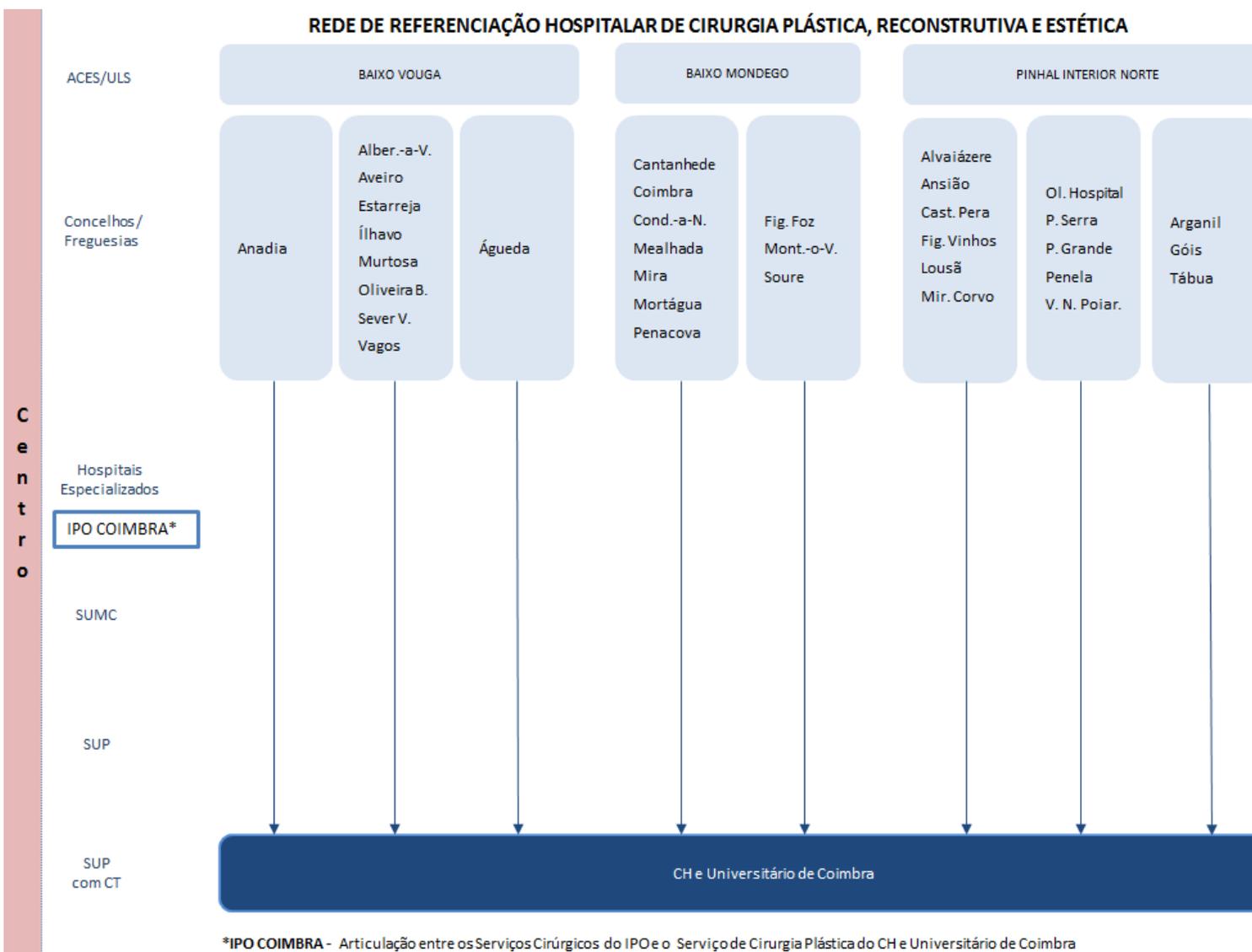


REDE DE REFERÊNCIA HOSPITALAR DE CIRURGIA PLÁSTICA, RECONSTRUTIVA E ESTÉTICA



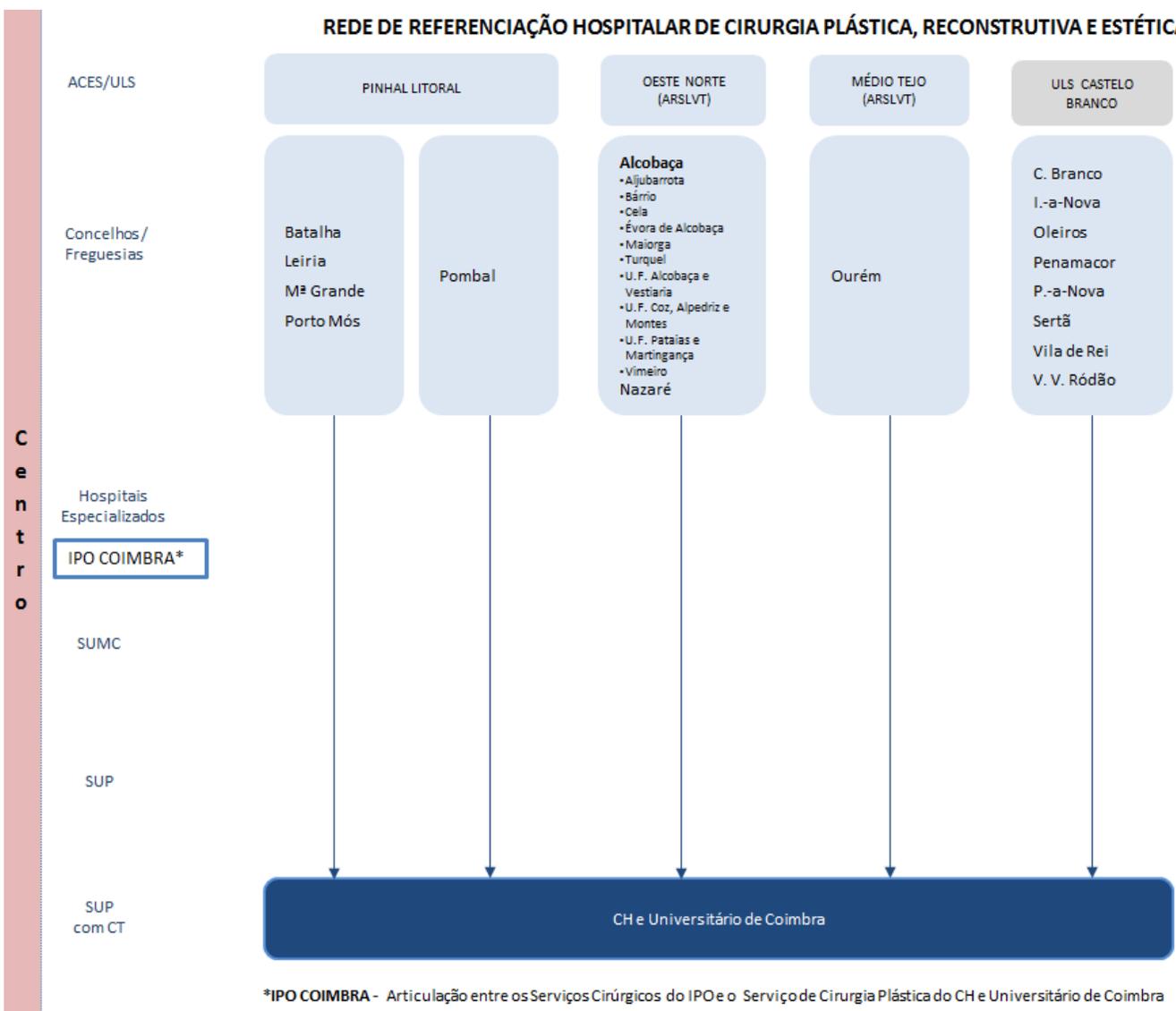
*IPO COIMBRA - Articulação entre os Serviços Cirúrgicos do IPO e o Serviço de Cirurgia Plástica do CH e Universitário de Coimbra

REDE DE REFERÊNCIAÇÃO HOSPITALAR DE CIRURGIA PLÁSTICA, RECONSTRUTIVA E ESTÉTICA

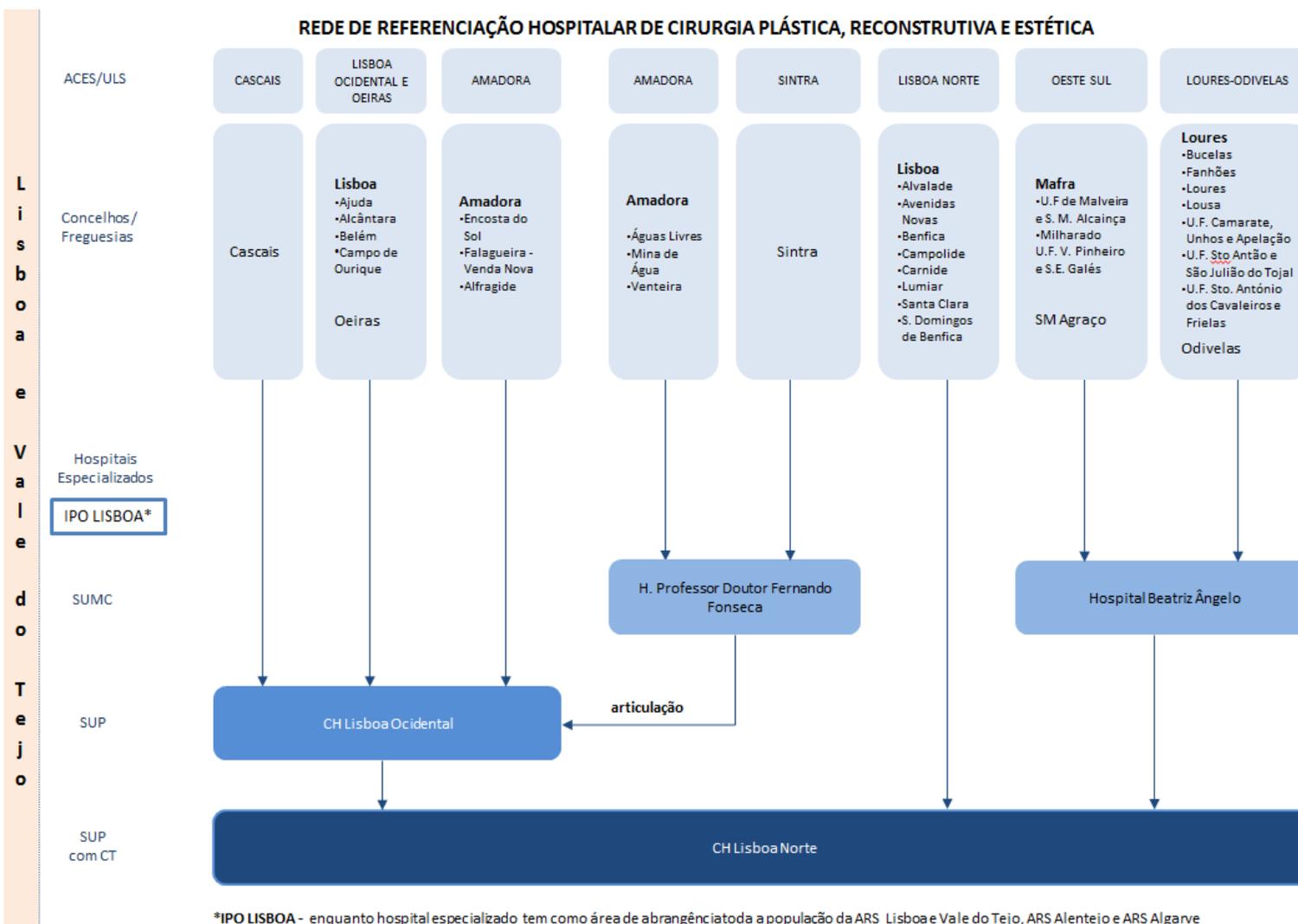


*IPO COIMBRA - Articulação entre os Serviços Cirúrgicos do IPO e o Serviço de Cirurgia Plástica do CH e Universitário de Coimbra

REDE DE REFERENCIAÇÃO HOSPITALAR DE CIRURGIA PLÁSTICA, RECONSTRUTIVA E ESTÉTICA

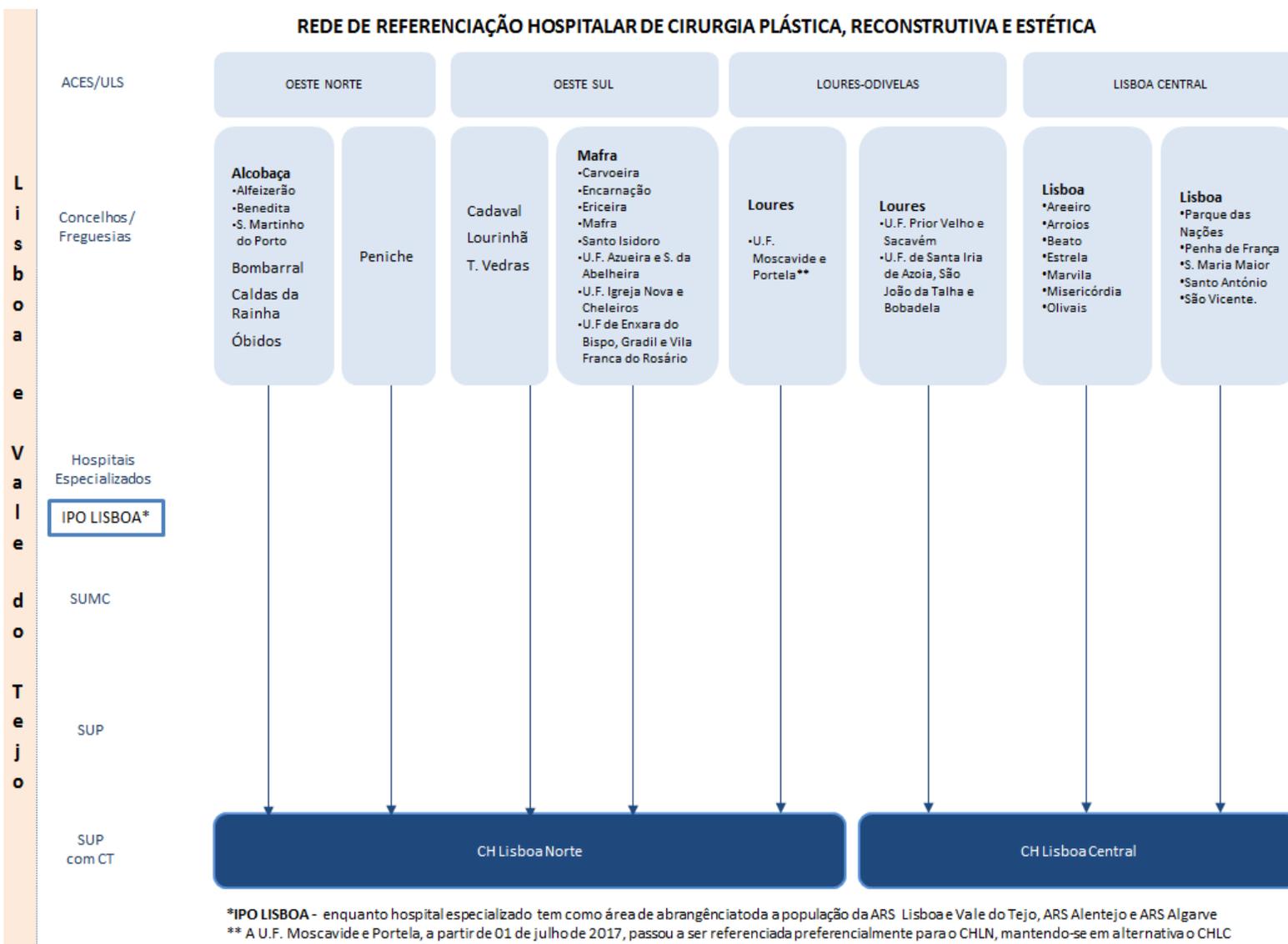


REDE DE REFERENCIAÇÃO HOSPITALAR DE CIRURGIA PLÁSTICA, RECONSTRUTIVA E ESTÉTICA

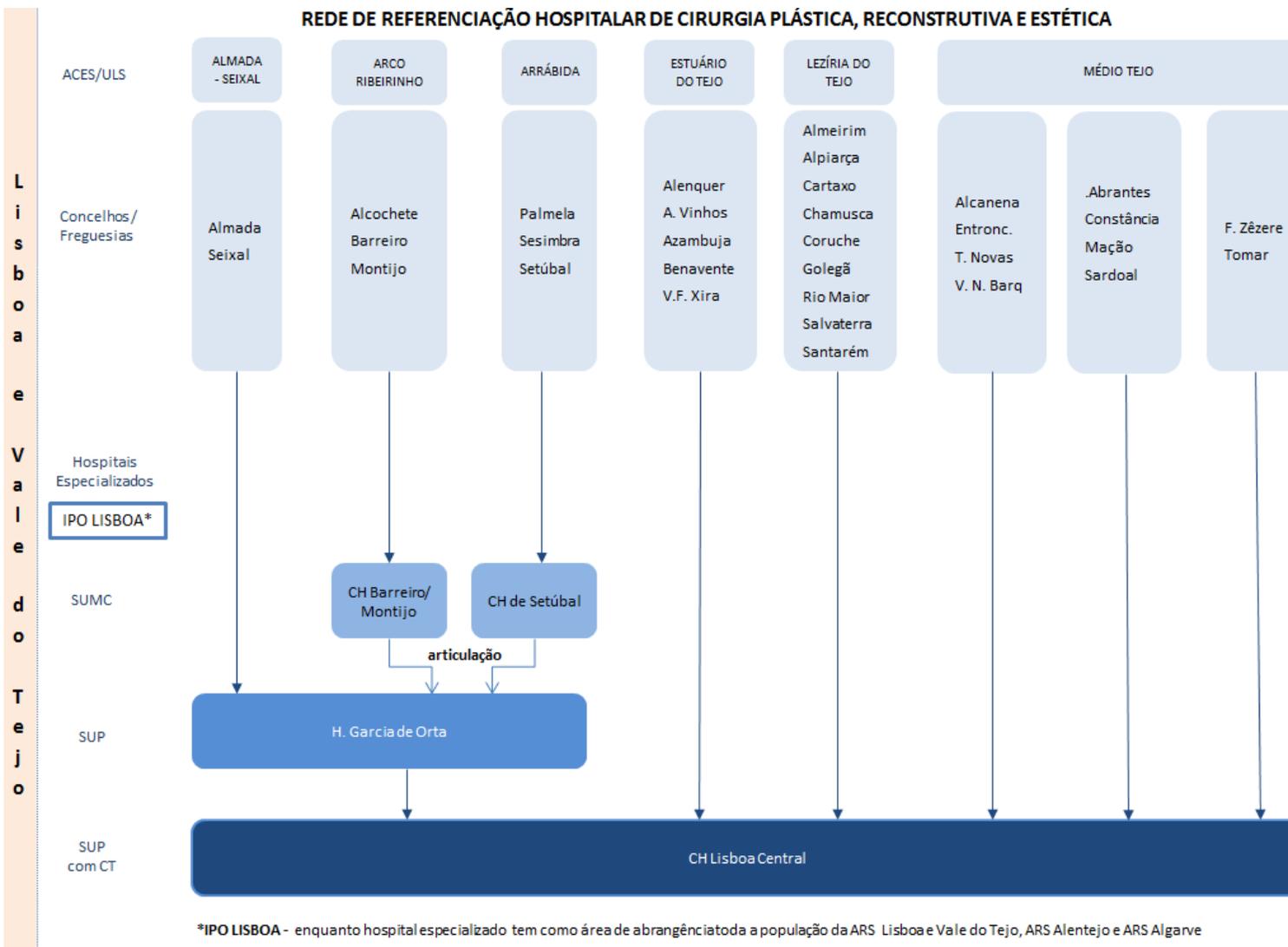


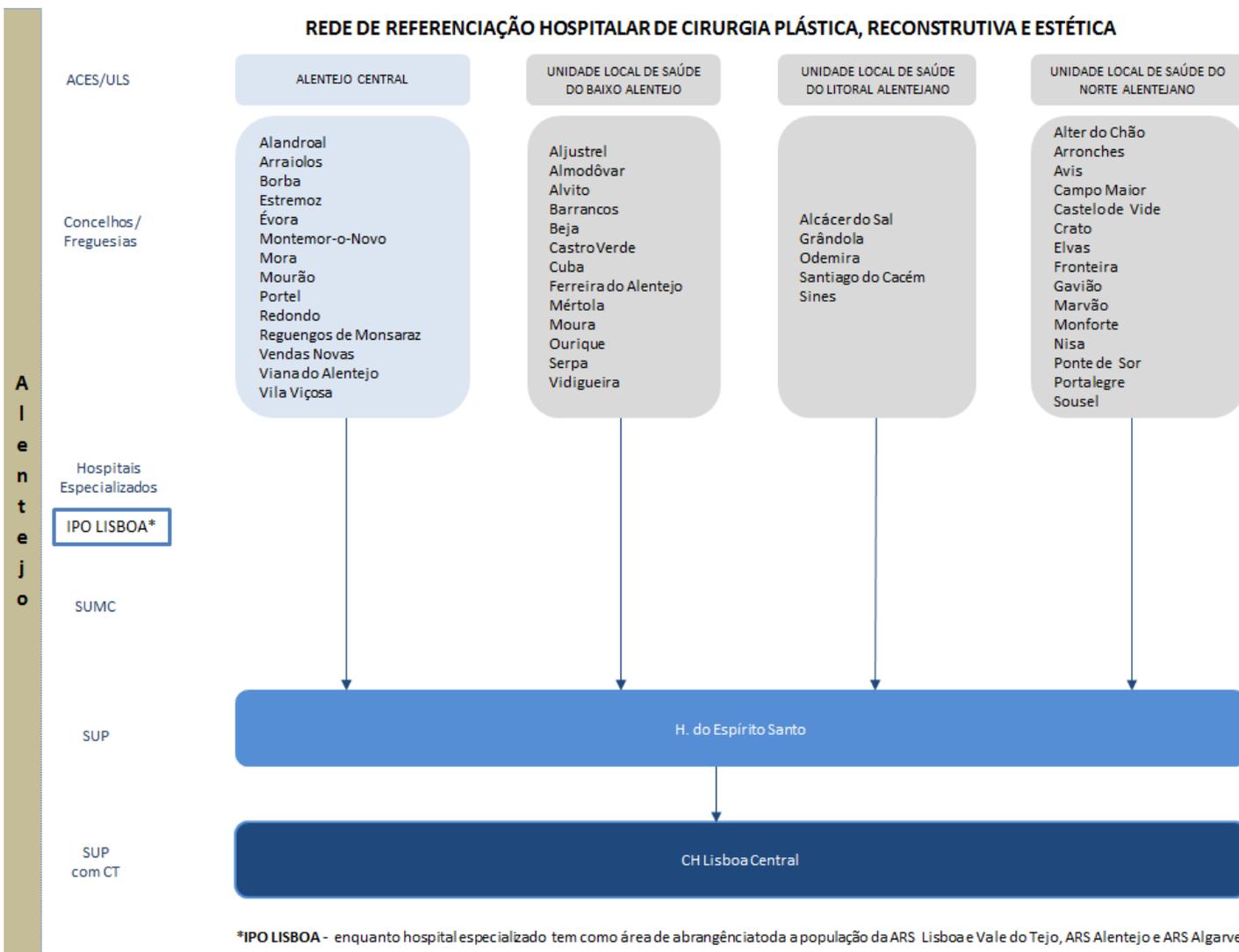
*IPO LISBOA - enquanto hospital especializado tem como área de abrangência toda a população da ARS Lisboa e Vale do Tejo, ARS Alentejo e ARS Algarve

REDE DE REFERENCIAÇÃO HOSPITALAR DE CIRURGIA PLÁSTICA, RECONSTRUTIVA E ESTÉTICA

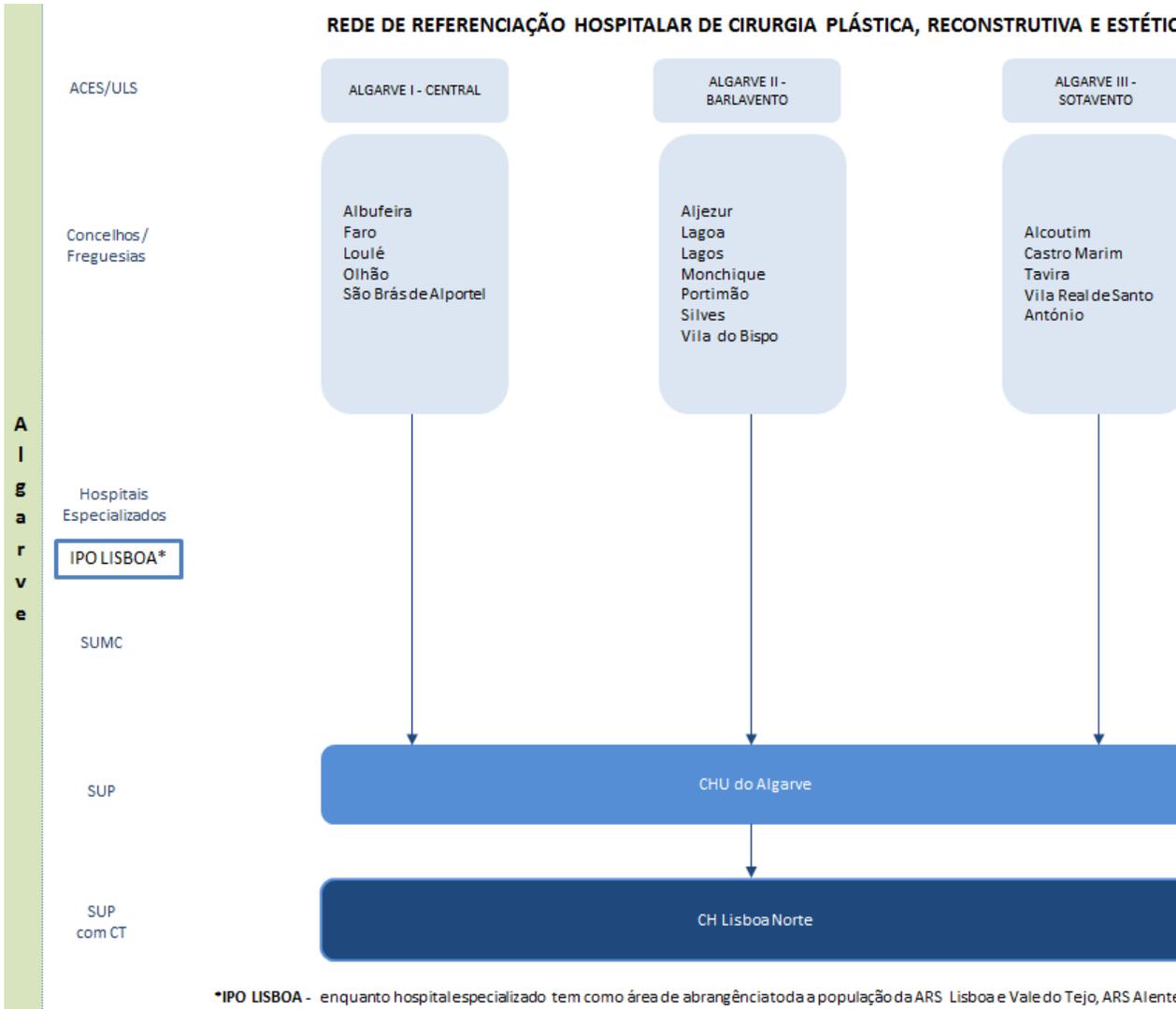


REDE DE REFERENCIAÇÃO HOSPITALAR DE CIRURGIA PLÁSTICA, RECONSTRUTIVA E ESTÉTICA





REDE DE REFERÊNCIAÇÃO HOSPITALAR DE CIRURGIA PLÁSTICA, RECONSTRUTIVA E ESTÉTICA



7- ANEXOS
Recursos Humanos
Tabela 2 - Médicos (Existências Ago 2016) - Cirurgia Plástica, Reconstructiva e Estética

Região de Saúde Instituição Hospitalar	Médicos Existências										
	ago/16									Médicos Total	Total Geral
	Internos		Internos Total	Médicos							
0-29	30-39	30-39		40-49	50-59	60-64	65+				
Região de Saúde do Norte	10	10	20	12	11	11	4	1	39	59	
Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto						1			1	1	
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia -	5	5	10	3	1	3	1		8	18	
Centro Hospitalar de São João, E.P.E.	5	5	10	3	5	1	2	1	12	22	
Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.				1	1	1			3	3	
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E.					1	1			2	2	
Hospital Braga, PPP*				3		1	1		5	5	
IPO do Porto, E.P.E.				2	3	1			6	6	
Unidade Local de Saúde de Matosinhos,						2			2	2	
Região de Saúde do Centro	3	2	5	3	1	2	3		9	14	
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra,	3	2	5	3	1	2	3		9	14	
Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo	12	16	28	14	9	16	7	5	51	79	
Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.	5	3	8	5		4	3	2	14	22	
Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, E.P.E.						2			2	2	
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.	4	4	8	2	4	2	2	1	11	19	
Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.						2			2	2	
Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E.	3	7	10	5		1	2	1	9	19	
Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.								1	1	1	
Hospital Garcia de Orta, E.P.E. - Almada		2	2	1	1	1			3	5	
Hospital Beatriz Ângelo - Loures, P.P.P.*					2	2			4	4	
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca,					1	2			3	3	
IPO de Lisboa, E.P.E.				1	1				2	2	
Região de Saúde do Alentejo					1			1	2	2	
Hospital do Espírito Santo, E.P.E. - Évora					1			1	2	2	
Região de Saúde do Algarve		1	1			2		1	3	4	
Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E.			1			2		1	3	4	
Total Geral	25	29	54	29	22	31	14	8	104	158	

Fonte: ACSS. RHV

* - Fonte: Sociedades Gestoras dos Estabelecimentos, parceiros privados nos hospitais P.P.P. (dados referentes a set 2016)

Recursos Humanos
Tabela 3 - Médicos (ETC Ago 2016) - Cirurgia Plástica, Reconstructiva e Estética

Região de Saúde Instituição Hospitalar	Médicos ETC									
	ago/16									
	Internos		Internos Total	Médicos					Médicos Total	Total Geral
0-29	30-39	30-39		40-49	50-59	60-64	65+			
Região de Saúde do Norte	11,4	11,4	22,9	12,5	10,4	11,0	4,3	0,3	38,5	61,4
Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.						1,1			1,1	1,1
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia - Espinho, E.P.E.	5,7	5,7	11,43	3,1	1,0	3,0	1,1		8,3	19,7
Centro Hospitalar de São João, E.P.E.	5,7	5,7	11,43	3,4	4,9	1,0	2,0	0,3	11,6	23,0
Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.				1,1	1,0	1,0			3,1	3,1
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E.					0,6	1,0			1,6	1,6
Hospital de Braga, PPP*				2,5		1,0	1,1		4,7	4,7
IPO do Porto, E.P.E.				2,3	3,0	1,1			6,4	6,4
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.						1,7			1,7	1,7
Região de Saúde do Centro	3,4	2,3	5,7	3,4	1,1	2,0	3,0		9,6	15,3
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.	3,4	2,3	5,7	3,4	1,1	2,0	3,0		9,6	15,3
Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo	13,7	18,3	32,0	16,0	8,7	14,8	7,0	4,1	50,5	82,5
Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.	5,7	3,4	9,1	5,7		4,3	2,8	2,0	14,9	24,0
Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, E.P.E.						2,3			2,3	2,3
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.	4,6	4,6	9,1	2,3	4,1	2,0	2,0	0,3	10,8	19,9
Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.						1,1			1,1	1,1
Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E.	3,4	8,0	11,4	5,7		1,1	2,1	1,1	10,1	21,6
Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.								0,6	0,6	0,6
Hospital Garcia de Orta, E.P.E. - Almada		2,3	2,3	1,1	0,8	0,6			2,5	4,8
Hospital Beatriz Ângelo - Loures, P.P.P.*					1,6	1,4			3,0	3,0
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, E.P.E.					1,0	2,0			3,0	3,0
IPO de Lisboa, E.P.E.				1,1	1,1				2,3	2,3
Região de Saúde do Alentejo					1,0			1,0	2,0	2,0
Hospital do Espírito Santo, E.P.E. - Évora					1,0			1,0	2,0	2,0
Região de Saúde do Algarve		1,1	1,1			2,2		1,0	3,2	4,4
Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E.		1,1	1,1			2,2		1,0	3,2	4,4
Total Geral	28,6	33,1	61,7	31,9	21,3	30,1	14,3	6,4	103,9	165,6

Fonte: ACSS. RHV - (ETC 40h/semana)

* - Fonte: Sociedades Gestoras dos Estabelecimentos, parceiros privados nos hospitais P.P.P. (dados referentes a set 2016)

Tabela 4 - Saídas Internato Médico - Cirurgia Plástica, Reconstructiva e Estética

Especialidade	Nº de médicos Recém-Especialistas								Total
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016 (1.ª Época)	2016 (2.ª Época)	
Cirurgia Plástica, Reconstructiva e Estética	3	3	5	8	8	8	5	3	43

Fonte: SPMS. Plataforma GTAMI (Gestão da Avaliação do Internato Médico)

Produção

Tabela 5 - Indicadores da Atividade de Cirurgia Plástica, Reconstructiva e Estética

ARS / Instituição hospitalar	LIC			Operados			Mediana do TE da LIC (meses)			%LIC > TMRG			%Op. > TMRG		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
ARS do Norte	2 940	3 437	3 815	7 843	8 122	8 519									
Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, E.P.E.	197	306	281	453	411	452	6,57	4,05	3,60	15,2%	1,6%	2,5%	47,0%	21,4%	19,2%
Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.	310	420	397	359	314	345	5,75	7,65	6,10	33,5%	44,3%	26,4%	21,7%	31,8%	24,6%
Centro Hospitalar de São João, E.P.E.	503	531	580	2421	2401	2364	1,80	2,10	1,57	0,2%			0,2%	0,3%	0,3%
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E.	96	132	257	474	491	489	1,57	1,83	3,93	1,0%	0,8%		0,2%	0,6%	2,7%
Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro,	22						4,10			4,5%					
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia - Espinho,	390	372	499	1189	1252	1571	2,07	3,57	1,97	5,4%	9,1%	6,6%	5,3%	4,7%	3,6%
Hospital de Braga, P.P.P.	599	738	785	1240	1365	1368	5,07	3,77	4,50	26,9%	21,8%	21,3%	4,7%	7,3%	8,0%
IPO do Porto, E.P.E.	529	603	602	1165	1273	1345	9,33	9,40	10,27	54,8%	54,2%	54,7%	7,0%	7,8%	7,4%
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E.	4	18	17	30	26	36	2,10	2,25	2,63						
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.	290	317	397	512	589	549	4,00	3,67	4,07	0,3%	0,3%	2,3%	2,5%	2,2%	4,2%
ARS do Centro	1083	922	1047	1861	2067	1966									
Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.	19	4		115	166	113	1,33	3,48					2,6%		
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E.	36	30	32	178	189	176			1,25				31,5%	1,6%	1,1%
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra,	1028	888	1015	1568	1712	1677	3,70	3,50	3,60	12,8%	7,8%	10,6%	13,5%	12,6%	9,4%
ARS de Lisboa e Vale do Tejo	4686	4078	4656	9789	9301	8295									
Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, E.P.E.	127	295	503	755	512	402	1,10	3,23	6,17	2,4%	0,3%	17,3%	2,1%	5,1%	11,7%
Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.	1709	1162	1386	1877	1755	1454	6,83	6,25	6,57	32,0%	29,1%	32,5%	13,5%	16,1%	17,4%
Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E.	1160	887	557	1257	1139	1107	8,20	7,33	4,00	46,0%	46,3%	37,7%	16,7%	16,0%	11,6%
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.	159	121	128	1671	1601	1643	3,23	3,27	2,58	17,6%	9,1%	3,9%	2,6%	2,2%	1,2%
Centro Hospitalar Médio Tejo, E.P.E.	80	55	27	293	247	293	1,63	1,23	0,33	1,3%	1,8%		3,8%	5,3%	6,1%
Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.	118	171	218	410	455	489	7,03	6,70	2,95	45,8%	33,9%	27,5%	15,6%	25,1%	26,6%
Hospital Beatriz Ângelo - Loures, P.P.P.	164	155	143	549	552	563	2,42	2,27	2,80	23,2%	16,1%	0,7%	4,4%	4,2%	3,4%
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca,	677	659	1127	1862	1848	1065	3,17	2,53	4,07	12,9%	14,0%	10,1%	3,0%	3,7%	9,1%
Hospital Garcia de Orta, E.P.E. - Almada	347	426	461	630	716	735	3,97	5,17	4,03	18,2%	12,9%	8,5%	28,4%	16,5%	33,6%
IPO de Lisboa, E.P.E.	145	147	106	485	476	544	2,03	2,60	1,40	2,1%	4,1%	11,3%	3,9%	2,3%	0,9%
ARS do Alentejo	139	179	259	567	534	519									
Hospital do Espírito Santo, E.P.E. - Évora	134	179	259	516	534	519	1,63	2,03	2,77	3,0%	0,6%	1,9%	4,5%	1,9%	2,3%
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano,	5			51			10,57			100,0%			7,8%		
ARS do Algarve	84	87	116	514	410	354									
Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E.	84	87	116	514	410	354									
Total	8 932	8 703	9 893	20 574	20 434	19 653									

Fonte: SIGLIC

Tabela 6 - Indicadores da Atividade de Cirurgia Plástica, Reconstructiva e Estética por Entidade Hospitalar

ARS / Instituição hospitalar	LIC NM			Operados NM			Mediana do TE da LIC NM (dias)			%LIC NM > TMRG			%Op. NM> TMRG		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
ARS do Norte	102	92	95	1 065	1 441	1 551									
Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, E.P.E.	10	2	9	63	83	86	25,5	19,5	17,0	40,0%			60,3%	9,6%	1,2%
Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.	2	1		10	7	7	120,0	44,0		50,0%			30,0%	14,3%	14,3%
Centro Hospitalar de São João, E.P.E.	7	5	6	104	118	140	20,0	13,0	14,5				5,8%	2,5%	3,6%
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E.	2	4	1	41	60	60	9,5	4,0	1,0						1,7%
Centro Hospitalar Trás os Montes e Alto douro, E.P.E.															
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia - Espinho, E.P.E.	13	10	11	89	129	166	34,0	14,0	37,0	7,7%		18,2%	14,6%	20,9%	19,9%
Hospital de Braga, P.P.P.	27	22	22	123	229	272	34,0	21,5	13,0	33,3%	27,3%	18,2%	6,5%	11,8%	10,3%
IPO do Porto, E.P.E.	29	34	21	542	688	684	42,0	56,5	2,0	41,4%	44,1%	4,8%	0,4%	2,5%	1,9%
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E.															
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.	12	14	25	93	127	136	27,0	19,5	30,0				6,5%	2,4%	1,5%
ARS do Centro	5	3	1	26	31	30									
Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.				4	4								50,0%		
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E.				5	5	6							40,0%		
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.	5	3	1	17	22	24	21,0	12,0	78,0	20,0%		100,0%	23,5%	22,7%	12,5%
ARS de Lisboa e Vale do Tejo	60	55	84	749	642	719									
Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, E.P.E.	16	3	7	166	138	152	22,0	13,0	24,0	6,3%		14,3%	3,6%	5,8%	7,9%
Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.	6	7	5	88	84	68	48,0	12,0	35,0	50,0%	28,6%		14,8%	15,5%	13,2%
Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E.	4	11	7	67	50	71	187,5	83,0	29,0	100,0%	72,7%	14,3%	22,4%	22,0%	19,7%
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.	7			36	33	28	40,0			14,3%			2,8%	3,0%	7,1%
Centro Hospitalar Médio Tejo, E.P.E.	2	2	3	50	52	62	41,5	12,5	3,0	50,0%			20,0%	23,1%	12,9%
Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.	7	15	41	121	150	219	81,0	54,0	37,0	71,4%	66,7%	19,5%	31,4%	51,3%	37,0%
Hospital Beatriz Ângelo - Loures, P.P.P.	2			15	10	11	223,5			100,0%			20,0%	20,0%	27,3%
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, E.P.E.	3	4		14	23	7	19,0	36,5			25,0%		7,1%	13,0%	71,4%
Hospital Garcia de Orta, E.P.E. - Almada	2	2	1	116	33	24	53,0	19,0	34,0	50,0%			23,3%	15,2%	
IPO de Lisboa, E.P.E.	11	11	20	76	69	77	32,0	34,0	32,0	18,2%	27,3%	35,0%	18,4%	11,6%	5,2%
ARS do Alentejo	10	8	1	89	75	100									
Hospital do Espírito Santo, E.P.E. - Évora	10	8	1	87	75	100	39,0	15,5	10,0	30,0%			24,1%	12,0%	5,0%
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E.P.E.				2									100,0%		
ARS do Algarve	7	14	18	224	156	225									
Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E.	7	14	18	224	156	225	18,0	28,0	16,0		7,1%		4,0%	0,6%	2,7%
Total	184	172	199	2 153	2 345	2 625									

Fonte: SIGLIC

Tabela 7 - Indicadores Nacionais de Cirurgia Plástica e Reconstructiva

Período	2013	2014	2015	Abr. 2016
LIC	9 859	9 252	10 506	10 818
LIC NM	184	178	201	178
Operados	25 792	25 430	24 364	7 888
Operados NM	2 189	2 404	2 691	859
Mediana do TE da LIC (meses)	4,40	3,77	3,60	4,33
Mediana do TE da LIC NM (dias)	29	27	24	17
% Op. > TMRG	10,4%	10,9%	9,4%	11,3%
% Op. NM > TMRG	10,0%	10,7%	9,2%	7,6%

Fonte: SIGLIC

Tabela 8 - Indicadores da Atividade de Cirurgia Plástica, Reconstructiva e Estética por ARS

Período	ARS	LIC	LIC NM	Operados	Operados NM	Mediana do TE da LIC (meses)	Mediana do TE da LIC NM (dias)	%LIC > TMRG	%LIC NM > TMRG	%Op. > TMRG	%Op. NM > TMRG
Abr. 2016	LVT	4 858	78	2 891	251	5,20	19	25,4%	21,8%	16,0%	15,7%
Abr. 2016	Norte	4 468	78	4 043	501	3,37	17	16,6%	12,8%	7,3%	4,4%
Abr. 2016	Centro	1 114	2	631	4	4,47	2	12,7%	0,0%	18,5%	0,0%
Abr. 2016	Algarve	98	14	134	69	10,30	11	56,1%	7,1%	8,2%	2,9%
Abr. 2016	Alentejo	280	6	189	34	2,60	21	1,4%	0,0%	2,6%	0,0%
2015	LVT	4 656	84	9 160	755	4,63	33	21,0%	20,2%	13,7%	18,5%
2015	Norte	4 428	97	12 189	1 580	2,90	21	14,7%	7,2%	6,3%	5,8%
2015	Centro	1 047	1	2 129	31	3,47	78	10,3%	100,0%	10,3%	12,5%
2015	Algarve	116	18	361	225	7,35	16	44,0%	0,0%	5,5%	2,7%
2015	Alentejo	259	1	525	100	2,77	10	1,9%	0,0%	2,7%	2,7%
2014	LVT	4 080	55	10 441	670	4,73	40	24,5%	43,6%	12,4%	21,2%
2014	Norte	3 974	98	11 754	1 470	3,53	20	19,1%	21,4%	9,7%	6,8%
2014	Centro	932	3	2 285	33	3,43	12	7,4%	0,0%	12,9%	22,2%
2014	Algarve	87	14	414	156	2,77	28	11,5%	7,1%	6,3%	0,7%
2014	Alentejo	179	8	536	75	2,03	16	0,6%	0,0%	2,1%	10,5%
2013	LVT	4 694	60	10 790	773	5,83	32	28,9%	33,3%	11,6%	15,3%
2013	Norte	3 859	102	11 726	1 075	3,77	29	21,8%	26,5%	7,7%	6,2%
2013	Centro	1 083	5	2 187	28	3,53	21	12,2%	20,0%	20,5%	28,6%
2013	Algarve	84	7	516	224	2,32	18	4,8%	0,0%	8,3%	4,3%
2013	Alentejo	139	10	573	89	1,67	39	6,5%	30,0%	5,1%	19,8%

CPR – Cirurgia Plástica e Reconstructiva

Fonte: SIGLIC

Tabela 9 - Pedidos pendentes por prioridade na triagem - 2015

ARS de destino do pedido	CH / ULS (H) de destino do pedido	Hospital de destino do pedido	Pedidos não concluídos
ARS Norte	CH de São João	CHSJ - Hospital de São João	165
		CHSJ - Hospital de Valongo	2
		Total	167
	CH de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.	CHTMAD - Hospital de São Pedro de Vila Real	42
		Total	42
	CH do Porto, E.P.E.	CHP - Hosp. Cent. Esp. Crianças Maria Pia	3
		CHP - Hospital Geral de Santo António	299
		Total	302
	Não Aplicável	CH de Vila Nova de Gaia/Espinho	1 276
		Hospital de Braga	841
Instituto Português de Oncologia do Porto		125	
Total	2 242		
ULS de Matosinhos	ULSM - Hospital Pedro Hispano, E.P.E.	525	
	Total	525	
	ULS do Alto Minho, E.P.E.	ULSAM - Viana do Castelo	22
Total		22	
Total		3 300	
ARS Centro	CH da Cova da Beira	CHCB - Covilhã	3
		Total	3
	CH Tondela Viseu	CHTV - Hospital São Teotónio	17
		Total	17
	CH Universitário de Coimbra	CHUC - Hospitais da Universidade de Coimbra	373
CHUC - Hospital Pediátrico		13	
Total	Total	386	
Total		406	
ARS LVT	CH Barreiro Montijo	CHBM - Hospital do Montijo	1
		CHBM - Hospital Nossa Senhora do Rosário, E.P.E.	229
		Total	230
	CH de Lisboa Central, E.P.E.	CHLC - Hospital de São José	194
		CHLC - Hospital Dona Estefânia	26
	Total	220	
	CH de Lisboa Norte, E.P.E.	CHLN - Hospital de Santa Maria	424
	Total	424	
	CH de Lisboa Ocidental, E.P.E.	CHLO - Hospital de Egas Moniz	80
	Total	80	
CH Médio Tejo, E.P.E.	CHMT - Hospital Nossa Senhora da Graça - Tomar	163	
	Total	163	
	Não Aplicável	CH de Setúbal, E.P.E.	227
Hospital Beatriz Ângelo		583	
Hospital Garcia de Orta, E.P.E.		116	
Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca - Amadora/Sintra		218	
Total		1 144	
Total		2 261	
ARS Alentejo	Não Aplicável	Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E.	228
		Total	228
	ULS do Norte Alentejano	ULSNA-Hospital Santa Luzia de Elvas	6
Total	Total	6	
Total		234	
ARS Algarve	CH do Algarve	CHA - Hospital de Faro	113
		Total	113
Total		113	
Entidades não SNS	Não Aplicável	SCM de Benavente (LVT)	223
		SCM de Fão (Norte)	48
		SCM de Lousada (Norte)	178
		SCM de Riba d'Ave - Hospital Narciso Ferreira (Norte)	74
		SCM de Vila Verde (Norte)	222
		SCM do Porto - Hospital da Prelada (Norte)	4 040
Total	Total	4 785	
Total		4 785	
Total		11 099	

Tabela 10 - Tempos de resposta até à realização da consulta – 2015

ARS de destino do pedido	CH / ULS (H) de destino do pedido	Hospital de destino do pedido	Tempo médio de resposta ao pedido (dias)
ARS Norte	CH de São João	CHSJ - Hospital de São João	41,9
		Total	41,9
	CH do Porto, E.P.E.	CHP - Hospital Geral de Santo António	346,0
		Total	346,0
	Não Aplicável	CH de Vila Nova de Gaia/Espinho	271,2
		Hospital de Braga	64,6
		Instituto Português de Oncologia do Porto	18,2
		Total	156,2
	ULSM de Matosinhos	ULSM - Hospital Pedro Hispano, E.P.E.	109,7
		Total	109,7
Total		128,8	
ARS Centro	CH da Cova da Beira	CHCB - Covilhã	14,5
		Total	14,5
	CH Tondela Viseu	CHTV - Hospital São Teotónio	79,2
		Total	79,2
	CH Universitário de Coimbra	CHUC - Hospitais da Universidade de Coimbra	95,7
Total		95,7	
Total		90,5	
ARS LVT	CH Barreiro Montijo	CHBM - Hospital Nossa Senhora do Rosário, E.P.E	82,3
		Total	82,3
	CH de Lisboa Central, E.P.E.	CHLC - Hospital de São José	73,1
		CHLC - Hospital Dona Estefânia	50,5
		Total	69,2
	CH de Lisboa Norte, E.P.E.	CHLN - Hospital de Santa Maria	159,0
		Total	159,0
	CH de Lisboa Ocidental, E.P.E.	CHLO - Hospital de Egas Moniz	28,3
		Total	28,3
	CH Médio Tejo, E.P.E.	CHMT - Hospital Nossa Senhora da Graça - Tomar	87,7
		Total	87,7
	Não Aplicável	CH de Setúbal, E.P.E.	207,9
		Hospital Beatriz Ângelo	159,9
Hospital Garcia de Orta, E.P.E.		50,0	
Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca - Amadora/Sintra		42,3	
Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E.		27,4	
Total		97,6	
Total		82,5	
ARS Alentejo	Não Aplicável	Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E.	86,2
		Total	86,2
ARS Algarve	CH do Algarve	CHA - Hospital de Faro	161,4
		Total	161,4
Entidades não SNS	Não Aplicável	SCM de Benavente (LVT)	71,7
		SCM de Fão (Norte)	42,9
		SCM de Lousada (Norte)	268,8
		SCM de Riba d'Ave - Hospital Narciso Ferreira (Norte)	85,2
		SCM de Vila Verde (Norte)	94,5
		SCM do Porto - Hospital da Prelada (Norte)	48,8
		Total	57,8
	Total		57,8
Total		93,1	

Fonte: ACSS, Sistema de Informação Consulta a Tempo e Horas (CTH)

Tabela 11 – Intervenções Cirúrgicas – Ano 2013

	Total Cirurgias (Base+Adicional)	Cirurgia Electiva (Base+Adicional)	Cirurgia Ambulatória (Base+Adicional)	Cirurgia Convencional (Base+Adicional)	Cirurgia Urgente
ARS do Norte	12 193	11 832	5 514	6 318	361
Centro Hospitalar de São João, E.P.E.	2 697	2 422	941	1 481	275
Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.	368	366	150	216	2
Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, E.P.E.	473	461	160	301	12
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E.	609	609	406	203	
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia - Espinho, E.P.E.	1 241	1 189	451	738	52
IPO do Porto, E.P.E.	1 172	1 166	1 021	145	6
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.	524	512	132	380	12
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E.	30	30		30	
Hospital da Prelada	3 837	3 837	1 555	2 282	
Hospital de Braga, P.P.P.	1 242	1 240	698	542	2
ARS do Centro	1 866	1 812	717	1 095	54
Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.	139	139	115	24	
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.	1 474	1 420	593	827	54
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E.	253	253	9	244	
ARS de Lisboa e Vale do Tejo	10 156	8 854	6 274	2 580	1 302
Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, E.P.E.	756	755	641	114	1
Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.	2 047	1 290	813	477	757
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.	1 900	1 674	1 170	504	226
Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.	401	400	238	162	1
Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E.	1 196	995	618	377	201
Centro Hospitalar Médio Tejo, E.P.E.	293	293	196	97	
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, E.P.E.	1 871	1 798	1 518	280	73
Hospital Garcia de Orta, E.P.E. - Almada	631	630	463	167	1
IPO de Lisboa, E.P.E.	486	485	233	252	1
Hospital Beatriz Ângelo - Loures, P.P.P	575	534	384	150	41
ARS do Alentejo	769	767	570	197	2
Hospital do Espírito Santo, E.P.E. - Évora	711	709	553	156	2
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E.P.E.	58	58	17	41	
ARS do Algarve	525	514	402	112	11
Centro Hospitalar do Algarve, EPE	525	514	402	112	11
Total Geral	25 509	23 779	13 477	10 302	1 730

Fonte: ACSS, DPS, SICA 19-12-2016

Tabela 12 – Intervenções Cirúrgicas – Ano 2014

	Total Cirurgias (Base+Adicional)	Cirurgia Electiva (Base+Adicional)	Cirurgia Ambulatória (Base+Adicional)	Cirurgia Convencional (Base+Adicional)	Cirurgia Urgente
ARS do Norte	12 239	11 916	5 782	6 134	323
Centro Hospitalar de São João, E.P.E.	2 617	2 403	910	1 493	214
Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.	315	314	132	182	1
Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, E.P.E.	430	413	173	240	17
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E.	611	611	402	209	
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia - Espinho, E.P.E.	1 329	1 252	565	687	77
IPO do Porto, E.P.E.	1 278	1 273	1 123	150	5
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.	594	589	255	334	5
Hospital da Prelada	3 696	3 696	1 446	2 250	
Hospital de Braga, P.P.P.	1 369	1 365	776	589	4
ARS do Centro	2 071	2 028	823	1 205	43
Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.	173	172	152	20	1
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.	1 622	1 581	651	930	41
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E.	276	275	20	255	1
ARS de Lisboa e Vale do Tejo	11 076	9 504	6 353	3 151	1 572
Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, E.P.E.	552	552	448	104	
Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.	1 988	1 162	728	434	826
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.	1 723	1 602	1 133	469	121
Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.	446	445	277	168	1
Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E.	2 474	1 986	958	1 028	488
Centro Hospitalar Médio Tejo, E.P.E.	249	247	169	78	2
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, E.P.E.	1 855	1 793	1 518	275	62
Hospital Garcia de Orta, E.P.E. - Almada	718	717	536	181	1
IPO de Lisboa, E.P.E.	486	486	254	232	
Hospital Beatriz Ângelo - Loures, P.P.P	585	514	332	182	71
ARS do Alentejo	751	751	578	173	0
Hospital do Espírito Santo, E.P.E. - Évora	751	751	578	173	
ARS do Algarve	421	410	318	92	11
Centro Hospitalar do Algarve, EPE	421	410	318	92	11
Total Geral	26 558	24 609	13 854	10 755	1 949

Fonte: ACSS, DPS, SICA 19-12-2016

Tabela 13 – Intervenções Cirúrgicas – Ano 2015

	Total Cirurgias (Base+Adicional)	Cirurgia Electiva (Base+Adicional)	Cirurgia Ambulatória (Base+Adicional)	Cirurgia Convencional (Base+Adicional)	Cirurgia Urgente
ARS do Norte	12 444	12 059	6 197	5 862	385
Centro Hospitalar de São João, E.P.E.	2 625	2 368	926	1 442	257
Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.	347	346	126	220	1
Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, E.P.E.	470	457	202	255	13
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E.	600	596	386	210	4
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia - Espinho, E.P.E.	1 665	1 571	820	751	94
IPO do Porto, E.P.E.	1 351	1 347	1 202	145	4
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.	556	549	273	276	7
Hospital da Prelada	3 457	3 457	1 485	1 972	
Hospital de Braga, P.P.P.	1 373	1 368	777	591	5
ARS do Centro	2 004	1 967	723	1 244	37
Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.	139	138	127	11	1
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.	1 591	1 555	581	974	36
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E.	274	274	15	259	
ARS de Lisboa e Vale do Tejo	10 338	8 703	5 517	3 186	1 635
Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, E.P.E.	422	422	340	82	
Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.	1 934	1 057	622	435	877
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.	1 795	1 643	1 166	477	152
Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.	491	490	398	92	1
Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E.	2 564	2 069	862	1 207	495
Centro Hospitalar Médio Tejo, E.P.E.	294	293	217	76	1
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, E.P.E.	956	912	692	220	44
Hospital Garcia de Orta, E.P.E. - Almada	739	735	571	164	4
IPO de Lisboa, E.P.E.	544	543	289	254	1
Hospital Beatriz Ângelo - Loures, P.P.P	599	539	360	179	60
ARS do Alentejo	702	701	512	189	1
Hospital do Espírito Santo, E.P.E. - Évora	702	701	512	189	1
ARS do Algarve	359	354	306	48	5
Centro Hospitalar do Algarve, EPE	359	354	306	48	5
Total Geral	25 847	23 784	13 255	10 529	2 063

Fonte: ACSS, DPS, SICA 19-12-2016

8 – BIBLIOGRAFIA

- [1] Nelligan, Plastic Surgery 3d ed. Elsevier, London, 2013.
- [2] Normas de Boa Prática em Trauma da Ordem dos Médicos, 1ª ed. CELOM, Lisboa, 2009.
- [3] Manodh P et al. Incidence and patterns of maxillofacial trauma-a retrospective analysis of 3611 patients-an update. Oral Maxillofac Surg. 2016 Dec; 20(4):377-383.
- [4] Ferreira, Pedro e col. Pediatric Facial Fractures. A Review of 2071 Fractures. Annals of Plastic Surgery, 2014.
- [5] Y. Roquelaure et al. Prevalence, incidence and risk factors of carpal tunnel syndrome in a large footwear factory International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health, Vol. 14, No. 4, 357—367, 2001.
- [6] Friedrich JB1, Poppler LH, Mack CD, Rivara FP, Levin LS, Klein MB. Epidemiology of upper extremity replantation surgery in the United States. J Hand Surg Am. 2011 Nov;36(11):1835-40. doi: 10.1016/j.jhssa.2011.08.002. Epub 2011 Oct 5.
- [7] Programa nacional para as doenças oncológicas, relatório de 2015.
- [8] Neligan, Reconstructive Surgery of the Breast. Breast cancer: Diagnosis, therapy, and oncoplastic techniques Elisabeth Beahm and Julie E. Langof. Pag 266.e1.
- [9] A. Frisell, J. Lagergren and J. de Boniface. Patient information and involvement in decision-making in immediate breast reconstruction. Published online in Wiley Online Library (www.bjs.co.uk). DOI: 10.1002/bjs.10286.
- [10] Burden of burns in Portugal, 2000–2013: A clinical and economic analysis of 26,447 hospitalisations João V. Santos, Andreia Oliveira, Altamiro Costa-Pereira, José Amarante, Alberto Freitas. Burns 42 (2016) 891-900.
- [11] General Aesthetic Surgery. Post-bariatric reconstruction. Jonathan W. Toy and J. Peter Rubinca.
- [12] Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7. Journal International Journal of Transgenderism Volume 13, 2012 - Issue 4.
- [13] Nelligan, Plastic Surgery 3d ed. Elsevier, London, 2013.
- [14] Benchmarking the US physician workforce. An alternative to needs-based or demand-based planning.
- [15] Goodman DC1, Fisher ES, Bubolz TA, Mohr JE, Poage JF, Wennberg JE, JAMA. 1996 Dec 11;276(22):1811-7.
- [16] Merritt Hawkins. (2012). A Review of Physician-to-Population Ratios. Coligido em Merritt Hawkins: an AMN Healthcare Company: www.merrithawkins.com.
- [17] Report of the Graduate Medical Education National Advisory Committee to the Secretary, Department of Health and Human Services, Health Resources Administration (DHHS/PHS), Hyattsville Md. Office of Graduate Medical Education, 1980.
- [18] Solucient (Thomson Healthcare) Report, 2003.
- [19] Actuais e Futuras Necessidades Previsionais de Médicos (SNS), Unidade Operacional de planeamento e investimentos e Unidade Funcional de Estudos e Planeamento de Recursos Humanos, ACSS, Setembro 2011.

9 – ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.
CH	Centro Hospitalar
CHLC	Centro Hospitalar Lisboa Central, E.P.E.
CHLN	Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E.
CHP	Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.
CHSJ	Centro Hospitalar de São João, E.P.E.
CHUC	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.
CHVNGE	Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.
CTH	Consulta a tempo e horas
DICOM	(do acrónimo anglo-saxónico) <i>Digital Imaging and Communications in Medicine</i>
DGS	Direção-Geral da Saúde
EPE	Entidade Pública Empresarial
ET	Especificações Técnicas
ETC	Equivalente a tempo completo
GIST	(do acrónimo anglo-saxónico) <i>Gastrointestinal Stromal Tumours</i>
GMP	(do acrónimo anglo-saxónico) <i>Good Manufacturing Practices</i>
GTRH	Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar
INE	Instituto Nacional de Estatística
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica

INS	Inquérito Nacional de Saúde
IP	Instituto Público
IPO	Instituto Português de Oncologia
ISO	(do acrónimo anglo-saxónico) <i>International Organization for Standardization</i>
LVT	Lisboa e Vale do Tejo
NEMA	<i>National Electrical Manufactures Association</i>
PACS	(do acrónimo anglo-saxónico) <i>Picture Archiving and Communication System</i>
PICS	(do acrónimo anglo-saxónico) <i>Pharmaceutical Inspection Convention Scheme</i>
PPP	Parceria Público Privada
RR	Redes de Referência
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SUB	Serviço de Urgência Básico
SUMC	Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico
SUP	Serviço de Urgência Polivalente
TMRG	Tempo máximo de resposta garantido
UE	União Europeia
WHO	(do acrónimo anglo-saxónico) <i>World Health Organization</i>

