

Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e Referência de Anestesiologia

National Network of Anesthesiology Hospital Specialty and Referral

Grupo de Trabalho

Dr. Lucindo Ormonde (Responsável) - Centro Hospitalar de Lisboa Norte, E.P.E.
 Dr. António Marques - Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.
 Dr.ª Bárbara Sofia de Carvalho - Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.
 Dr. Carlos Seco - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.
 Dr. Francisco Lucas Matos - Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.
 Dr. Manuel Chedas - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.
 Dr. Paulo Lemos - Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.
 Dr.ª Rosário Órfão - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.
 Dr. Rui Guimarães - Hospital Santa Maria Maior, E.P.E.

SUMÁRIO

ÍNDICE DE TABELAS - PÁG. 126

ÍNDICE DE FIGURAS - PÁG. 126

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS - PÁG. 98

1.ENQUADRAMENTO LEGISLATIVO E HISTÓRICO - PÁG. 98

2.ÂMBITO DA ANESTESIOLOGIA NA REDE - PÁG. 102

3.EPIDEMIOLOGIA - PÁG. 105

3.1.Caracterização das instituições do SNS em 2014 - PÁG. 106

3.2.Caracterização dos Serviços de Anestesiologia e da sua atividade - PÁG. 108

3.3.Caracterização dos Recursos Humanos em Anestesiologia - PÁG. 109

3.3.1.Anestesiologistas dos Hospitais Públicos pertencentes aos Quadros dos Serviços de Anestesiologia, independentemente do modelo de gestão - PÁG. 109

3.3.2.Anestesiologistas dos Hospitais Públicos não pertencentes aos Quadros dos Serviços de Anestesiologia, independentemente do modelo de gestão - PÁG. 110

3.3.3.Outros Anestesiologistas dos Hospitais Públicos sem vínculo contratua - PÁG. 111

3.3.4.Internos da Especialidade de Anestesiologia - PÁG. 111

3.3.5.Rácio de Anestesiologistas por Habitante e Região - PÁG. 111

4.CARACTERIZAÇÃO E DEFINIÇÃO DAS NECESSIDADES EM RECURSOS HUMANOS PARA OS NÍVEIS E MODELOS ORGANIZATIVOS - PÁG. 111

5.NECESSIDADES PREVISÍVEIS ATÉ 2030 - PÁG. 113

6.INSTALAÇÕES - PÁG. 114

7.NECESSIDADES EM EQUIPAMENTO - PÁG. 114

8.ARQUITETURA DA REDE - PÁG. 114

9.MODELO FORMATIVO - PÁG. 114

9.1.Programas de Internato - PÁG. 114

10.POLÍTICAS DE QUALIDADE - PÁG. 116

10.1.Tabela de Bordo do Serviço/Departamento - PÁG. 119

10.2.Indicadores - PÁG. 119

10.2.1.Indicadores Globais - PÁG. 119

10.2.2.Indicadores Específicos - PÁG. 119

10.2.2.1.Em Anestesia Obstétrica - PÁG. 119

10.2.2.2.Na Unidade de Cuidados Pós Anestésicos - PÁG. 119

10.2.3.Indicadores a utilizar no desenvolvimento e monitorização da rede - PÁG. 120

10.2.3.1.Listagem tipificada de funcionalidades básicas - PÁG. 120

10.2.3.2.Interoperabilidade (interação entre diversos sistemas de informação eletrónica) - PÁG. 120

10.2.3.3.Patient Data Management System. - PÁG. 120

10.2.3.4.Patient journey - PÁG. 120

10.2.3.5.Datawarehouse - PÁG. 121

11.AUDITORIAS - PÁG. 121

12.RECOMENDAÇÕES - PÁG. 122

13.REFERÊNCIAS - PÁG. 124

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ASA - American Society of Anesthesiology

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CE - Comunidade Europeia

CH - Centro Hospitalar

CI - Cuidados Intensivos

CIT - Contrato Individual de Trabalho

CNE - Conselho Nacional Executivo

DGS - Direção-Geral da Saúde

EPE - Entidade Pública Empresarial

ESA - Sociedade Europeia de Anestesiologia

FAE - Fração Anestésica Equivalente

GDH - Grupo de Diagnóstico Homogéneo

GTRH - Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar

H - Hospital

IPO - Instituto Português de Oncologia

MCDT - Meio Complementar de Diagnóstico e Terapêutica

OM - Ordem dos Médicos

PDMS - Patient Data Management System

PENPCDor - Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor

PPP - Parceria Público Privada

QB - Quadro de Bordo

RNEHR - Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência

RRH - Rede de Referência Hospitalar

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPA - Sociedade Portuguesa de Anestesiologia

SU - Serviço de Urgência

SUB - Serviço de Urgência Básico

SUMC - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

SUP - Serviço de Urgência Polivalente

UCPA - Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

ULS - Unidade Local de Saúde

1. ENQUADRAMENTO LEGISLATIVO E HISTÓRICO

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 especializações 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 referência por especialidade; (ix) equipamento pesado de meios complementares de diagnóstico e terapêutica disponível; (x) *benchmarking* internacional e (xi) realidade sócio-demográfica de cada região.

O GTRH 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 homogêneo 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 Referência 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 referência 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 referência 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**, estabelecia os critérios que permitiam 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**, estabelecia 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; Infecção 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. A **Anestesiologia**, sendo uma especialidade relativamente nova, a organização da mesma ocorreu em Portugal nos anos cinquenta, surgindo os primeiros serviços organizados em diversos hospitais nesse período. Esta especialidade estrutura-se a partir do conhecimento e da capacidade adquirida pelos médicos de diminuir a dor, proporcionar o gesto cirúrgico da cura ou alívio, manter a homeostasia do doente e do desenvolvimento de aptidões resultantes da vasta área de intervenção de quem se familiariza constantemente com o doente crítico. Estando numa primeira fase ligados essencialmente à anestesia, rapidamente a diferenciação dos Anestesiologistas os impôs noutras áreas clínicas: consultas,

cuidados pós-anestésicos, analgesia de parto, diagnóstico e tratamento da dor aguda e crónica, de medicina de cuidados intensivos, de trauma, de medicina de emergência intra e extra-hospitalar, ligados muitas vezes em equipas com outros especialistas ou outros profissionais. A evolução da Anestesiologia acontece pela pressão e multiplicação dos locais de trabalho e dos tipos de atividade, com uma solicitação cada vez mais abrangente. A necessidade de uma organização científica, técnica e administrativa que assegurasse a sua evolução e o cumprimento progressivo das tarefas que lhe foram correspondendo conduz à procura de uma organização inter pares por parte dos Anestesiologistas portugueses. No seguimento da criação dos serviços especializados, a fundação de uma sociedade científica (Sociedade Portuguesa de Anestesiologia, 1955), o reconhecimento da especialidade pela OM, a integração nas carreiras médicas e o aparecimento de uma Anestesiologia académica marcam a evolução da especialidade. A multidisciplinaridade da especialidade e a sua transversalidade no panorama da assistência médica deu origem a outras associações científicas (que juntam Anestesiologistas, outras especialidades e outros técnicos de saúde), explorando a sua especificidade na diversidade das áreas de *expertise* da Anestesiologia. Destacam-se, entre outras, a Associação Portuguesa de Cirurgia do Ambulatório, Clube de Anestesia Regional, Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e Sociedade Portuguesa de Emergência Médica. Atualmente, a Anestesiologia portuguesa constitui o cimento agregador da atividade hospitalar, pela sua presença nos diversos domínios do funcionamento do hospital, tendo atingido uma maturidade que revela a sua capacidade de reinvenção perante os novos desafios que se apresentam à medicina em Portugal.

2. ÂMBITO DA ANESTESIOLOGIA NA REDE

A Anestesiologia é uma especialidade médica com importantes implicações transversais à estrutura hospitalar. Nesse contexto, existe (obrigatoriamente) um Serviço de Anestesiologia com recursos que desempenham funções em diversas áreas no âmbito de interesse da especialidade: Medicina Peri-Operatória, Medicina da Dor, Medicina de Emergência e Medicina Intensiva. Estas funções podem ser desempenhadas no contexto do próprio Serviço, bem como por destacamento noutros Serviços (em parte do horário ou a tempo inteiro), nomeadamente de Cuidados Intensivos (CI) e de Urgência. A especificidade técnica da especialidade e a desejável gestão transversal de recursos na instituição, de forma a colmatar as diversas necessidades, exige o enquadramento dos

médicos Anestesiologistas num Serviço de Anestesiologia. Mais, para além da gestão global e integrada de meios, esta organização promove as melhores condições para a educação contínua e a formação específica complementar. De facto, para além da preocupação com a vertente assistencial de serviço, as organizações que se desenvolvem e se diferenciam também investem na diferenciação e desenvolvimento do Serviço, que não se esgota no trabalho assistencial, mas também implica investimento na formação, investigação e organização nas respetivas unidades, entre outros aspetos. No caso de hospitais com quadros muito pequenos, ao abrigo de parcerias inter institucionais, poderão os recursos ser rentabilizados em articulação com Serviços de hospitais de maiores dimensões. Quanto ao enquadramento do Serviço em si, embora sempre uma entidade técnica e cientificamente autónoma, com gestão própria, poderá, consoante a dimensão do Hospital e o seu Regulamento Interno, o Serviço ser enquadrado em estrutura de gestão intermédia (denominada de Departamento, Unidade de Gestão ou outra). Contudo, a possibilidade deste enquadramento numa estrutura hierárquica de nível intermédio implica a agregação de saberes e competências por áreas de afinidade técnica. Assim, no cenário específico da departamentação, apenas fará sentido que o Serviço de Anestesiologia se associe a Serviços de Medicina Intensiva/Cuidados Intensivos, salvaguardando-se a autonomia técnica em causa. Portanto, pode existir articulação em conjuntos de blocos de Serviços, respeitando-se a consignação de centros de custos individualizados e a autonomia funcional do Serviço de Anestesiologia. Considerando a transversalidade da atuação da Anestesiologia no hospital, é extremamente importante para toda a eficácia e eficiência da estrutura que este Serviço se encontre devidamente organizado, com flexibilidade na resposta aos desafios da gestão corrente e estratégica, mantendo a sua independência técnica e funcional. Os pressupostos acima enunciados são fundamentais para esse fim. Assim, tendo em conta as especificidades da Anestesiologia, considera-se que:

1. Os Serviços de Anestesiologia devem existir em todas as instituições de saúde dos grupos I, II e III, assim como nos hospitais especializados do grupo IV-a, que se destinam à oncologia.
2. Pela transversalidade de intervenção da Anestesiologia na organização hospitalar, a par da sua função âncora na dinâmica hospitalar, recomenda-se que os Serviços de Anestesiologia sejam autónomos, independentes e únicos por instituição hospitalar, de acordo com várias recomendações entre as quais a do Conselho Nacional Executivo (CNE) da OM relativamente a esta matéria (Outubro de 2015).

3. Os Serviços de Anestesiologia das Instituições de Saúde de menor dimensão, com poucos recursos humanos e com menor massa crítica, devem procurar criar parcerias com os Serviços de Anestesiologia das Instituições de Saúde de maior dimensão (seguindo critérios de qualidade clínica, proximidade geográfica, nível de especialização), com vista a possibilitar intercâmbios profissionais e/ou maior acessibilidade à atualização médica contínua.
4. Todos e quaisquer atos anestésicos são da exclusiva responsabilidade de Anestesiologistas.
5. A avaliação pré-anestésica deve ser realizada por Anestesiologistas, em consulta de anestesia prévia e/ou visita pré-anestésica na véspera ou no dia do procedimento, de acordo com o tipo de cirurgia e grau de agressividade cirúrgica, e/ou gravidade das comorbidades presentes, conforme estipulado pela Norma da Direção-Geral da Saúde (DGS) nº 29/2013, de 31 de dezembro, sobre avaliação pré-anestésica para procedimentos eletivos. Deve ter-se presente que a avaliação pré-anestésica no âmbito de uma consulta externa é, em mais de 95% dos casos, realizada como uma primeira e única consulta, destinada a obter informação sobre comorbidades do doente, medicação habitual, estado clínico, antecedentes anestésicos, para além do exame físico que deve incluir avaliação da via aérea, cardiovascular e pulmonar. Recomenda-se que esta avaliação possa, de igual modo, permitir informar/esclarecer o doente sobre a técnica e o risco da intervenção anestésica, solicitar e obter o seu consentimento escrito para a anestesia proposta, assim como, e se for caso disso, otimizar clinicamente o doente antes daquela. Do exposto depreende-se a necessidade de atribuir um tempo digno para a cabal realização das tarefas acima elencadas, pelo que se recomenda a atribuição de 20 minutos como tempo médio para a duração de cada consulta externa de anestesia.
6. Especificamente, no contexto da atividade assistencial própria de cada Instituição de Saúde, a Anestesiologia assume um papel relevante na atividade do Bloco Operatório, na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA), no apoio à realização de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT), no tratamento da dor crónica e aguda, incluindo a analgesia de parto.
7. Dependendo da organização interna da Instituição, a Anestesiologia assume um papel relevante na Medicina de Emergência e na Medicina Intensiva.
8. Dependendo da organização interna da Instituição, a Anestesiologia assim como outras Especialidades Médicas, pode assumir um papel no transporte do doente crítico.
9. Nos hospitais com idoneidade formativa na área da Anestesiologia, o interno de formação específica do quinto e último ano do Internato Médico, pode, sob tutela, assumir funções equiparadas a Especialista e as inerentes tarefas assistenciais, de acordo com o seu nível de preparação, respeitando as seguintes condições:
 - 9.1. Ausência de interferência com o cumprimento do programa de formação do Internato;
 - 9.2. Presença de Especialista em permanência física no Hospital em apoio contínuo;
 - 9.3. Concordância do Diretor do Serviço de Anestesiologia, responsável máximo pela formação dos seus internos;
 - 9.4. Concordância do próprio Interno, que deve sentir-se com competência suficiente para as tarefas que lhe são atribuídas nesse contexto, aliás de acordo com o artigo 36º do Código Deontológico.
10. Por norma, se aplicável, o Interno de Formação Específica deve ser colocado na equipa do Serviço de Urgência (SU) do seu orientador de formação.
11. O esquema organizativo da cobertura global de apoio assistencial da Anestesiologia é da responsabilidade do Diretor do Serviço de Anestesiologia e dependerá da análise do número de postos de trabalho e da exigência técnica específica dos mesmos. Tendo em conta o descrito, recomenda-se o seguinte:
 - 11.1. Um especialista em presença física por cada sala de operações em funcionamento, quer seja em ambiente público quer seja em ambiente privado;
 - 11.2. Alocação de, pelo menos, um Anestesiologista na UCPA, de acordo com a dimensão da Unidade, volume de doentes e nível de cuidados médicos que, a cada momento, são exigidos pelos doentes que se encontrem na Unidade. Na maioria das vezes, os doentes internados nas UCPA necessitam de cuidados médicos tipo II, não sendo invulgar, contudo, a presença, pontual ou não, de duração variável, de doentes que exigem nível de cuidados médicos tipo III, semelhantes aos de uma unidade de cuidados intensivos, o que exige grande flexibilidade e disponibilidade dos recursos médicos adequados a cada momento;
 - 11.3. Dimensionamento adequado de Anestesiologistas para as funções de avaliação pré-operatória no âmbito da Consulta Externa de Anestesiologia, na Unidade de Dor Crónica e na Unidade de Dor Aguda, de acordo com a dimensão da Instituição de Saúde, do contrato-programa do Hospital e das necessidades da população;
 - 11.4. Dimensionamento adequado de Anestesiologistas para as funções de formação no âmbito do ensino pré e pós-graduado, de acordo com a tipologia da Instituição de Saúde, a sua capacidade formativa de acordo com critérios da OM e dos compromissos assumidos pela Instituição;
 - 11.5. Dimensionamento adequado da equipa de

- Anestesiologistas para o SU, quando aplicável, dependendo do número de salas operatórias alocadas para esse fim, do anteriormente definido para as UCPA, da estrutura e dimensão da Unidade de Obstetrícia (cfr. ponto 11.9) e dos potenciais postos de trabalho com apoio da Anestesiologia fora do Bloco Operatório (Vias Verdes Coronária e de AVC, Radiologia e Neurorradiologia, Gastroenterologia, entre outros), para os quais esse SU se encontra estruturado;
- 11.6. O destacamento de um especialista para qualquer e toda outra função (por exemplo, no acompanhamento de transporte de doente crítico intra ou inter-hospitalar ou para apoio à realização de MCDT) deve estar previsto dentro das atividades do Serviço;
 - 11.7. A responsabilidade pela liderança da resposta na Sala de Emergência implica disponibilidade imediata e permanente, não acumulável com a prestação noutras áreas, sem possibilidade das mesmas serem de imediato asseguradas de acordo com as normas de segurança aqui enunciadas;
 - 11.8. Quando o Anestesiologista é responsável pelo apoio à Medicina de Emergência e/ou Medicina Intensiva, é obrigatória a manutenção do apoio constante e imediato de um outro Especialista em presença física no Hospital;
 - 11.9. A existência de uma Unidade de Obstetrícia pressupõe a presença de um Anestesiologista, em caso de atividade anual inferior a 2000 partos, se enquadrado em Unidade de Saúde com equipa de urgência que dispõe de outro(s) Anestesiologista(s). No caso de Unidade de Obstetrícia com menos de 2000 partos por ano, em Unidade de Saúde sem SU Geral, é obrigatória a existência do mínimo de dois Anestesiologistas em presença física. A partir de 2000 partos por ano deverão estar alocados, em permanência, dois Anestesiologistas para esta atividade.
 12. A Anestesiologia, fruto da diversidade e complexidade das suas competências, constitui uma especialidade fundamental na abordagem do doente urgente e emergente. De acordo com o Despacho n.º 13427/2015, de 16 de novembro, alterado pela Declaração de Retificação n.º 1032-A/2015, de 23 de novembro, que define e classifica os SU que constituem os Pontos da Rede de Urgência/Emergência, e o Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, onde se determina a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica, bem como os níveis de responsabilidade dos SU, estabelecendo, entre outros recursos, as valências previstas em cada nível de diferenciação, considera-se o seguinte:
 - 12.1. No contexto do SU, consoante o seu nível de diferenciação e a capacidade assistencial desse Serviço, a Anestesiologia assume responsabilidades em todas as suas áreas de competência;
 - 12.2. Independentemente da responsabilidade funcional pela resposta à emergência em determinada Instituição, a Anestesiologia assume um papel relevante na Medicina de Emergência e deve intervir na mesma;
 - 12.3. No Serviço de Urgência Básico (SUB), tipologia de SU onde, por definição, não existe atividade cirúrgica para além da pequena cirurgia no SU, a intervenção da Anestesiologia, quando existir, poderá ser relevante no contexto da Medicina de Emergência, consoante a organização local. Considera-se obrigatório que em qualquer tipo de SU tenha de haver resposta qualificada às situações emergentes, implicando formação e treino adequado, assegurado por médico qualificado;
 - 12.4. No caso do Hospital com SUB, enquanto existir internamento de doentes operados, é relevante a disponibilidade da Anestesiologia em apoio ao período pós-operatório, no tratamento da dor, na eventual intervenção cirúrgica não programada e na resposta à emergência;
 - 12.5. A intervenção da Anestesiologia é relevante no contexto da missão do Serviço de Urgência Polivalente (SUP) e do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC);
 - 12.6. Considera-se obrigatório que em qualquer Unidade de Saúde onde existe internamento de doentes operados tem de estar prevista a resposta de Anestesiologia em apoio permanente;
 - 12.7. Em todas as circunstâncias, no SUP e no SUMC, independentemente do volume de trabalho inerente ao seu funcionamento, é critério de segurança fundamental a equipa mínima de dois Anestesiologistas;
 - 12.8. A dimensão da equipa de Anestesiologia, considerando o número de Especialistas e Internos de Formação Específica, bem como o esquema organizativo da cobertura global do apoio assistencial nas 24 horas, dependerá da análise do número de postos de trabalho e da exigência técnica específica dos mesmos, sob proposta do Diretor de Serviço de Anestesiologia, conforme descrito em 11. Compete àquele, respeitando os princípios enunciados pelo Colégio de Especialidade da OM, propor a solução tecnicamente julgada adequada e assumir a responsabilidade inerente ao funcionamento da equipa de Anestesiologia no SU. A eventual redistribuição de elementos na equipa de urgência

- de acordo com as exigências e prioridades pontuais do SU, que deve respeitar as especificidades das especialidades, é da responsabilidade do Chefe de Equipa do SU;
- 12.9. A Anestesiologia é detentora de competências específicas que recomendam a sua inclusão na equipa de trauma. Muito para além da perícia na gestão da via aérea (sendo de realçar que a incapacidade de assegurar adequadamente a via aérea constitui a causa mais frequente de morte evitável no trauma), o Anestesiologista possui a visão e experiência que atravessa todo o percurso médico e cirúrgico do doente traumatizado grave. Reconhecendo esse facto, a Circular Normativa da DGS n.º 07/DQS/DQCO, de 31 de março de 2010, subordinada à Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado, consignou o papel e intervenção do Anestesiologista neste contexto, sendo o determinado aplicável a todas as unidades do SNS. Assim, no SUMC e no SUP é obrigatório, segundo essa Circular Normativa, a inclusão nesta equipa de “Anestesista com formação e experiência em trauma (recomenda-se o reconhecimento da Competência em Emergência Médica)”. Esta regra define o *standard* obrigatório, não podendo o Anestesiologista ser substituído pelo Intensivista previsto na Circular em causa, que determina a presença do “Intensivista ou, na sua ausência, Médico com formação e experiência em Medicina de Emergência, com a Competência em Emergência”. O Anestesiologista é sempre parte integrante da equipa de trauma em apoio ao doente crítico;
- 12.10. Para além da intervenção intra-hospitalar e, eventualmente, inter-hospitalar supracitada, a título individual e consoante a disponibilidade pessoal demonstrada para o efeito, reconhece-se a importância da participação da Anestesiologia na emergência pré-hospitalar, nomeadamente na Viatura Médica de Emergência e Reanimação e no Serviço de Helicópteros de Emergência Médica;
- 12.11. Considerando a amplitude das funções assumidas, bem como o carácter crucial das mesmas na abordagem precoce do doente crítico, a Anestesiologia possui um papel relevante na Medicina de Catástrofes, nas vertentes pré, inter e intra-hospitalares;
- 12.12. Pela abrangência do conhecimento funcional do SU, em função da experiência de gestão assistencial interdisciplinar e pela necessária capacidade de inter-relacionamento pessoal na equipa de trabalho, o Anestesiologista enquadra-se no grupo de médicos aptos para exercer o cargo de Chefe de Equipa do SU, ou mesmo de Direção do SU, consoante a organização local. O exercício da função de Chefe de Equipa do SU constitui uma atividade de grande responsabilidade que exige dedicação à função, não sendo recomendável a acumulação de funções assistenciais.
13. Os Serviços de Anestesiologia não devem atribuir, nem os Anestesiologistas aceitar, a responsabilidade de dois postos de trabalho em simultâneo, como por exemplo UCPA e linha de emergência interna, ou analgesia de parto e atividade na sala de emergência. Ou seja, apesar de um dos postos de trabalho não estar a funcionar continuamente, dada a sua imprevisibilidade inerente, não é prudente que tal seja acumulável com um posto já de si imprevisível ao nível das atividades assistenciais. Reitera-se, assim, o princípio de que não existe qualquer justificação ou defesa para a aceitação da responsabilidade, por mais de um posto de trabalho ou doente, em simultâneo. O anteriormente referido não isenta o Anestesiologista do dever ético, moral e técnico de ajudar um colega que inesperadamente se vê numa situação de emergência com determinado doente, partindo do princípio que tal é exequível e não põe em risco a atividade em curso.
14. Considera-se recomendável que em qualquer Unidade de Saúde, pública ou privada, onde se executem atos anestésicos, com exceção dos locais onde se pratique apenas anestesia local, estejam presentes dois Anestesiologistas. Na sua impossibilidade, o Anestesiologista responsável pelo doente deverá poder contar com um segundo elemento médico, com experiência em suporte avançado de vida e gestão diferenciada da via aérea, designadamente em situações emergentes e com conhecimentos de medicina peri-operatória. Este deverá estar disponível numa lógica de proximidade real, dentro do tecnicamente defensável para intervir em situações emergentes, onde exista a falência de uma função vital, nomeadamente relacionada com a via aérea e/ou ventilação, para ajuda ao primeiro, caso ocorra algum evento crítico, que requeira solução imediata.
15. A prática médica anestésica e cirúrgica na população pediátrica é uniformemente reconhecida como tendo especificidades próprias, exigindo profissionais qualificados, com o adequado treino e experiência específica, sendo fortemente desaconselhável a sua execução de uma forma esporádica e ocasional. Para além disso, estes doentes devem ser abordados em circuitos específicos para o efeito e em programas cirúrgicos dedicados. Em qualquer das situações em que venha a ser realizada, devem estar asseguradas

- as condições mínimas estabelecidas pelo Colégio de Anestesiologia a saber: bloco operatório adequado que obriga à existência de equipamento específico dedicado à população pediátrica, e qualificação e experiência profissionais de acordo com as recomendações publicadas para “Anestesia em Pediatria – Recomendações” propostas pelo Colégio de Anestesiologia e aprovadas pelo CNE da OM. Sobre esta matéria importa ainda ter em consideração o definido nas recomendações de consenso sobre cirurgia pediátrica pelos Colégios de Anestesiologia, Cirurgia Pediátrica e Cirurgia Geral, aprovado pelo CNE em 1 de Agosto de 2014.
16. Salientar a importância da intervenção e apoio na área da Dor Aguda (incluindo a analgesia de parto) que, para além do fator de humanização e conforto acrescidos, constitui um fator crucial para uma mais rápida recuperação funcional do doente e uma alta mais precoce, permitindo substanciais ganhos em saúde, de acordo com a Norma da DGS n.º 003/2012, de 19 de outubro, e o Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDor) de 2013.
 17. Recomenda-se que seja melhorada a organização e a logística no sentido de aumentar a eficiência e, sobretudo, a eficácia na prestação de cuidados, melhorando a acessibilidade dos cidadãos a cuidados anestésicos diferenciados. É importante aproximar espaços de intervenção anestésica, designadamente núcleos de parto dos blocos operatórios (com inclusão obrigatória de UCPA), e unidades de cuidados intermédios e intensivos do bloco operatório.
 18. Especial enfoque para a mortalidade pós-operatória que, apesar de toda a evolução técnica sentida na Medicina Moderna, continua a ser uma importante preocupação de saúde pública, sobretudo quando se percebe, de acordo com vários estudos, que 30% a 50% dessas mortes são evitáveis, podendo a Anestesiologia assumir um papel de grande relevo (Bartels K., 2013). Nesse contexto recomenda-se uma melhor articulação com os cuidados de saúde primários no sentido de se obter uma monitorização mais efetiva dos doentes nos primeiros 30 dias de pós-operatório.
 19. Apontar para a necessidade de reforçar o número de Anestesiologistas integrados na rede pública hospitalar do SNS, aproximando o ratio de Anestesiologistas por 100 000 habitantes dos 16, em vez dos atuais 12, nos próximos 5 anos. Recomenda-se que sejam tomadas medidas para uma distribuição de Anestesiologistas mais equitativa que diminua as assimetrias registadas na dispersão de Anestesiologistas atualmente existente na rede pública hospitalar.
 20. Propõe-se a Implementação de indicadores de qualidade da prática anestésica, permitindo realizar *benchmarking* nacional e internacional, de forma a obter um programa contínuo de melhoria da qualidade da atividade anestesiológica.
 21. Deve ser equacionada a obrigatoriedade de registo de toda a atividade anestésica, de forma informatizada, com sistemas adequados e compatíveis, com registo da monitorização clínica de forma automática, que permitam uma gestão clínica e epidemiológica de toda a informação de forma integrada e que sejam fiáveis para fins contabilísticos de codificação e médico-legal.
 22. Recomenda-se a implementação de auditorias internas, de forma a sensibilizar os Serviços para uma prática crescente de qualidade na área da Anestesiologia e, se possível, alargar este âmbito a auditorias externas.
 23. É desejável que se garanta que todos os Serviços dispõem de monitorização clínica *standard* básica e avançada de acordo com o estado da arte, designadamente, e a título de exemplo, monitorização do bloqueio neuromuscular, acesso a monitorização da profundidade anestésica e disponibilização de equipamento ecográfico.
 24. É muito recomendável a disseminação da prática da ultrassonografia, por Anestesiologistas, como apoio à prestação de cuidados anestésicos, quer seja para acessos vasculares, bloqueios de nervos ou para monitorização da função cardíaca através da ecocardiografia transesofágica, designadamente na cirurgia cardíaca, vascular ou trauma.
 25. É desejável que se garanta que todos os Serviços dispõem de *kits* para situações de hipertermia maligna (ou protocolos institucionais que permitam fácil acesso a esta medicação) e toxicidade anestésica, assim como equipamento adequado e de fácil acesso para resolver situações inesperadas de via aérea difícil ou de emergências cardiológicas.

3. EPIDEMIOLOGIA

A Anestesiologia constitui uma das especialidades que pela sua abrangência tem verificado a sua cada vez maior relevância no processo de evolução da medicina. O aumento de necessidades relativamente a estes profissionais, apesar do incremento na formação para as colmatar, continua a ser uma evidência atual e futura (próxima década).

Um estudo recente efetuado nos Estados Unidos da América, onde se pretendia analisar a demografia anestesiológica e seus padrões, concluiu que a não se tomarem medidas estruturantes e corretas, verificar-se-á um compromisso importante nos cuidados a prestar aos doentes no futuro próximo (RAND *study*, 2010).

A nível europeu, as carências de Anestesiologistas têm várias causas: aumento das necessidades anestesiológicas

de prestação de serviços médico-cirúrgicos, modificação das motivações para seguimento de uma carreira médica, diminuição dos atrativos salariais, atração pela atividade privada *versus* pública, entre outros. Os diferentes países têm recorrido a recrutamento de Anestesiologistas provenientes de fora da Europa e existe grande mobilidade de profissionais interpaíses europeus, espelhando as diferenças de condições de trabalho e salariais entre eles.

3.1. CARACTERIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES DO SNS EM 2014

Do universo de 52 hospitais públicos com atividade cirúrgica (46 no Continente, 4 nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira e 2 das Forças Armadas) existem, nos diferentes agrupamentos hospitalares ou hospitais, as especialidades cirúrgicas ou médico-cirúrgicas referidas na Tabela 1, com particular relevo para a especialidade de Cirurgia Geral presente em todas exceto num hospital (Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto).

Pelo contrário, a especialidade de Cirurgia Cardíaca apenas existe em 7 Instituições. Uma referência para a Cirurgia Torácica, já que, apesar de existirem 13 Instituições com esta especialidade cirúrgica, ela apenas tem idoneidade formativa para o Internato de Anestesiologia em 6, designadamente: Instituto Português de Oncologia (IPO) Porto, Francisco Gentil, EPE, Centro Hospitalar (CH) São João, EPE, CH Gaia Espinho, EPE, CH Universitário de Coimbra, EPE, CH Lisboa Central, EPE e CH Lisboa Norte, EPE.

A cirurgia eletiva é cada vez mais realizada em regime de ambulatorio, em que 37 das Instituições analisadas (71,2%) apresentam já um modelo autónomo, isto é, com um circuito e instalações independentes do internamento

Tabela 1. Expressão das diferentes especialidades cirúrgicas no Universo de Instituições Hospitalares Públicas analisadas (n = 52)

ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS	N.º	%
Cirurgia Geral	51	98,1%
Ginecologia	50	96,2%
Oftalmologia	50	96,2%
Ortopedia	49	94,2%
Otorrinolaringologia	48	92,3%
Urologia	47	90,4%
Obstetrícia	42	80,8%
Dermato-Venereologia	39	75,0%
Cirurgia Plástica, Reconstructiva e Estética	32	61,5%
Cirurgia Pediátrica	22	42,3%
Cirurgia Vasculuar	21	40,4%
Cirurgia Maxilo-Facial	19	36,5%
Neurocirurgia	18	34,6%
Cirurgia Torácica	13	25,0%
Cirurgia Cardíaca	7	13,5%

Fonte: Lemos P, et al. - Censos de Anestesiologia - 2014. Relatório Final. 2015.

(área de recobro e bloco operatório). Catorze Instituições (26,9%) adotam, ainda, um modelo integrado (partilhando instalações de bloco operatório com as do regime de internamento), enquanto apenas uma refere não ter qualquer modelo de cirurgia ambulatoria implementado no Hospital (Hospital da Horta, EPE - Região Autónoma dos Açores).

A envolvimento da Anestesiologia em ambiente fora do bloco operatório é cada vez maior (Tabela 2), salientando-se a quase omnipresença dos Anestesiologistas em colaboração com os Serviços de Gastrenterologia na realização das várias técnicas endoscópicas (92,3% das Instituições Hospitalares).

Tabela 2. Expressão do envolvimento dos Anestesiologistas na realização de MCDT no Universo de Instituições Hospitalares Públicas analisadas (n = 52)

PROGRAMAS MCDT COM ANESTESIOLOGISTAS	N.º	%
Gastrenterologia	48	92,3%
Pneumologia	37	71,2%
Neurorradiologia	34	65,4%
Cardiologia de Intervenção	31	59,6%
Radiologia	28	53,8%
Otorrinolaringologia	16	30,8%
Psiquiatria	11	21,2%
Medicina da Reprodução	10	19,2%

Fonte: Lemos P, et al. - Censos de Anestesiologia - 2014. Relatório Final. 2015.

Em mais de metade das Instituições, os Serviços de Anestesiologia necessitam de dar apoio a cinco Serviços de diferentes especialidades (Gastrenterologia, Pneumologia, Neurorradiologia, Cardiologia e Radiologia). A transplantação é outra área que exige um vasto trabalho multidisciplinar e multiprofissional, onde, naturalmente, os Anestesiologistas desempenham importante papel na sua organização e atividade (Tabela 3).

A transplantação hepática, cardíaca e pancreática é realizada em pelo menos um centro em Lisboa (CH Lisboa Central, EPE), Porto (CH Porto, EPE para fígado e pâncreas, e CH São João, EPE para coração) e Coimbra (CH Universitário de Coimbra, EPE), reservando-se o transplante pulmonar para o CH Lisboa Central, EPE. O CH Lisboa Ocidental, EPE também faz transplante cardíaco no Hospital de Santa Cruz. O transplante renal é realizado nos Hospitais Universitários

Tabela 3. Programas de transplantação de órgãos em curso no Universo de Instituições Hospitalares Públicas analisadas (n = 52)

PROGRAMAS DE TRANSPLANTAÇÃO	N.º	%
Transplante de Córnea	15	28,8%
Transplante Renal	7	13,5%
Transplante Cardíaco	4	7,7%
Transplante Hepático	3	5,8%
Transplante Pancreático	3	5,8%
Transplante Pulmonar	1	1,9%

Fonte: Lemos P, et al. - Censos de Anestesiologia - 2014. Relatório Final. 2015.

do Porto (CH Porto, EPE e CH São João, EPE), Coimbra (CH Universitário de Coimbra, EPE) e Lisboa (CH Lisboa Central, EPE e CH Lisboa Norte, EPE), para além do CH Lisboa Ocidental, EPE e do Hospital (H) Garcia de Orta, EPE em Almada.

No que respeita ao SU, apenas três hospitais não dispõem desse tipo de serviço (IPO Coimbra, Francisco Gentil, EPE, Hospital do Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede e Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto, em Lisboa). Dos 49 restantes, apresentam complexidade diversa e uma distinta carteira de serviços que, de acordo com as necessidades e exigências para os Anestesiologistas, foram subdivididas nas características apresentadas na Tabela 4.

Saliente-se, ainda, o elevado número de SU que mantêm atividade obstétrica e, mesmo, de Cirurgia Pediátrica. No primeiro caso, se excluirmos os três hospitais oncológicos, os dois das Forças Armadas, o H Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede e o Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto que não dispõem de SU, apenas três dos restantes (H Santa Maria Maior, EPE, H Figueira da Foz, EPE e Unidade Local de Saúde (ULS) do Litoral Alentejano, EPE) não têm Serviço de Obstetrícia o que, a acreditar pela taxa de natalidade nacional, significará que vários mantêm um número de partos anual aquém dos 730 partos atualmente recomendados pela OM.

Tabela 4. Características de determinadas valências nos SU das Instituições Hospitalares Públicas analisadas (n = 52)

INSTITUIÇÕES COM SERVIÇO DE URGÊNCIA	N.º	%
Valências básicas de Cirurgia Geral e Ortopedia	49	94,2%
SU com Obstetrícia	42	80,8%
SU com Vias Verdes (AVC e Coronária)	40	76,9%
SU com Cirurgia Pediátrica	22	42,3%
Valências Especiais (Neurocirurgia, Cirurgia Vascular e Cirurgia Cardioráfrica)	19	36,5%
Inexistente	3	5,8%

Fonte: Lemos P, et al. - Censos de Anestesiologia - 2014. Relatório Final. 2015.

No que respeita à Cirurgia Pediátrica, apesar de estarem identificados apenas seis Serviços Cirúrgicos com este tipo atividade no âmbito do SU (H Braga, PPP, CH São João, EPE, como sede da Urgência Pediátrica Metropolitana do Porto, CH Universitário de Coimbra, EPE, CH Lisboa Norte, EPE, CH Lisboa Central, EPE e H Central do Funchal) a verdade é que ela existe em muitos outros hospitais, não com o apoio de cirurgias pediátricas, mas sim cirurgias gerais, na inexistência daqueles.

Assim, e para ir ao encontro das boas práticas, as Direções dos Colégios de Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Geral e Anestesiologia emitiram, em Maio de 2014, uma recomendação onde se refere a necessidade da criação de Unidades de Cirurgia Pediátrica, para além dos Serviços atrás referidos, nas cidades de Vila Real, Viseu, Amadora, Almada, Setúbal e Évora e nas regiões da Beira Interior,

Algarve e Açores, para se poder, com a devida proximidade, atender a população pediátrica, de forma atempada, e com os profissionais mais adequados, mas sem qualquer desenvolvimento até ao presente.

A atividade dos Anestesiologistas ultrapassa bem os limites de atividade à sala operatória ou no apoio à realização de MCDT. Na verdade, e de acordo com as suas competências, no âmbito da Medicina Peri-Operatória, Medicina da Dor, Medicina Intensiva e de Emergência, o Anestesiologista é envolvido num conjunto de programas e tarefas exigentes que absorvem muitos dos seus ativos, como se pode confirmar na Tabela 5.

Tabela 5. Envolvência dos Anestesiologistas noutro tipo de programas das Instituições Hospitalares Públicas analisadas (n = 52, exceto * e **)

OUTRO TIPO DE PROGRAMAS COM ANESTESIOLOGISTAS	N.º	%
Consulta de Anestesia	52	100%
Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos	50	96,2%
Analgesia de Parto*	42	100%
Dor Crónica	41	78,8%
Emergência	39	75,0%
Dor Aguda	35	67,3%
Unidade de Cuidados Intensivos*	28	66,7%
Unidade de Cuidados Intermédios**	17	54,8%

Legenda:

* Num Universo de 42 Instituições Hospitalares

** Num Universo de 31 Instituições Hospitalares

Fonte: Lemos P, et al. - Censos de Anestesiologia - 2014. Relatório Final. 2015.

De salientar, pela negativa, a existência de duas Instituições (ULS de Castelo Branco, EPE e Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto) sem UCPA. É merecedora de referência a organização de unidades de dor aguda, encontrando-se aquém do preconizado nacional pela DGS e internacionalmente.

Na Tabela 6 apresentam-se dados relativos à logística disponível em Janeiro de 2014 nas Instituições Hospitalares Públicas analisadas, em especial no que diz respeito à atividade dos Anestesiologistas.

Tabela 6. Logística disponível nas Instituições Hospitalares Públicas analisadas, em janeiro de 2014 (n = 52)

LOGÍSTICA DISPONÍVEL EM JANEIRO DE 2014	N.º	MÉDIA
Camas nas Unidades de Cuidados Pós-Anestésicos	785	16,02
Camas nas Unidades de Cuidados Intensivos	525	18,75
Camas nas Unidades de Cuidados Intermédios	392	23,06
Salas operatórias programadas	390	0,08
Salas de parto	215	5,24
Salas para locais remotos	189	3,63
Gabinetes de consulta	188	3,62
Salas operatórias para cirurgia em regime de ambulatório	125	2,45
Salas operatórias para cirurgia urgente	88	1,80

Fonte: Lemos P, et al. - Censos de Anestesiologia - 2014. Relatório Final. 2015.

3.2. CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ANESTESIOLOGIA E DA SUA ATIVIDADE

A existência de Serviços Hospitalares autónomos constitui um elemento essencial para a manutenção de elevados padrões de qualidade no exercício clínico, não só por permitirem a aprendizagem recíproca e a formação ao longo da vida, como também por serem a forma privilegiada de se estabelecerem programas de avaliação e melhoria clínica baseados numa colaboração e confiança interpares.

Assim, e pela transversalidade de intervenção da Anestesiologia na organização hospitalar, recomenda-se que os Serviços de Anestesiologia sejam autónomos, independentes e únicos por Instituição Hospitalar. Se tal não for a opção da sua Administração, então, e mantendo a sua independência orgânica, que seja inserido em estruturas de gestão intermédia. O Serviço de Anestesiologia com outro modelo integra-se no H Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede que, pela exiguidade de médicos e pelas características específicas da Instituição, não tem uma organização desenvolvida em Departamentos ou com forte autonomia dos Serviços Médicos (o Serviço de Anestesiologia tem no seu quadro médico atual apenas um Anestesiologista).

Tabela 7. Organização dos Serviços de Anestesiologia nas Instituições Hospitalares Públicas analisadas (n = 52)

ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ANESTESIOLOGIA	N.º	%
Departamento Autónomo	35	67,3%
Departamento com Cuidados Intensivos	9	17,3%
Departamento com Serviços Cirúrgicos	7	13,5%
Outro modelo	1	1,9%
Total	52	100%

Fonte: Lemos P, et al. – Censos de Anestesiologia – 2014. Relatório Final. 2015.

Na Tabela 8 apresentam-se as diferentes áreas de envolvimento dos Serviços de Anestesiologia, salientando-se a presença na analgesia de parto em todos os Hospitais com Serviços de Obstetrícia (apesar de ainda um pouco insipiente em alguns Serviços do País).

Situação bem diferente parece ser a envolvimento da Anestesiologia no âmbito da Medicina Intensiva e da Emergência, áreas da competência desta Especialidade, mas que, em tempos mais recentes, mostra uma menor presença.

As múltiplas funções dos Anestesiologistas e resposta às diferentes solicitações em ambiente hospitalar encontram-se distribuídas na Tabela 9 por períodos de tempos semanais com a duração de 6 horas, que passarão a designar-se por frações anestésicas equivalentes (FAE).

Dos resultados apurados, salienta-se a média nacional de atividade cirúrgica programada de 8,4 salas operatórias/dia útil, sendo 3/4 ocupadas durante a manhã e 1/4 à tarde.

Tabela 8. Caracterização da atividade dos Serviços de Anestesiologia nas Instituições Hospitalares Públicas analisadas (n = 52)

CARACTERIZAÇÃO DA ATIVIDADE DA ANESTESIOLOGIA NO SNS	N.º	MÉDIA
Atividade cirúrgica programada	52	100%
No âmbito da consulta externa	52	100%
No SU para cirurgia de urgência (Hospitais com SU = 49)	48	98,0%
Fora dos blocos operatórios	47	90,4%
No âmbito da visita pré-anestésica	47	90,4%
Analgesia de parto (Hospitais com Obstetrícia = 42)	42	100%
No âmbito da consulta de Dor Crónica	41	78,8%
No âmbito da Dor Aguda	35	67,3%
No âmbito da emergência interna	35	67,3%
No âmbito da emergência externa	29	59,2%
No ensino pós-graduado	25	48,1%
Nos Cuidados Intensivos (Hospitais com Unidade de Cuidados Intensivos = 42)	15	35,7%
No âmbito da emergência pré-hospitalar	15	30,6%

Fonte: Lemos P, et al. – Censos de Anestesiologia – 2014. Relatório Final. 2015.

Tabela 9. Tempos semanais (= 6h), ou FAE, atribuídas à atividade dos Serviços de Anestesiologia nas Instituições Hospitalares Públicas analisadas (n = 52)

TEMPOS SEMANAIS (= 6H) ATRIBUÍDOS À ATIVIDADE ANESTÉSICA	N.º	MEDIANA	INTERVALO
Cirurgia programada independente do regime cirúrgico	3156,0	42*	[7 ; 314]
Cirurgia programada - Manhã	2211,0	30**	[5 ; 221]
Cirurgia programada - Tarde	945,0	11***	[0 ; 93]
Cirurgia urgente	2704,0	37****	[0 ; 308]
Analgesia de parto	809,0	18*****	[0 ; 51]
Fora do bloco operatório	357,0	3,0	[0 ; 47]
Em Unidades de Cuidados Pós-Anestésicos	380,0	0,0	[0 ; 76]
No âmbito da Dor Aguda	123,0	1,0	[0 ; 10]
Para visita pré-anestésica	160,0	1,0	[0 ; 43]
Para consulta externa de anestesia	483,0	7,0	[0 ; 49]
Para consulta de Dor Crónica	244,0	3,0	[0 ; 20]
Em Unidades de Cuidados Intensivos	282,0	0,0	[0 ; 76]
No ensino pré-graduado	28,1	0,0	[0 ; 12]
No ensino pós-graduado	36,0	1,0	[0 ; 6]
Em reuniões do Serviço	17,5	0,3	[0 ; 2]
Em outras atividades	235,2	2,0	[0 ; 43]
Total	9014,7	113,8	[6 ; 1089]

Legenda:

* 8,4 salas / dia; ** 6,0 salas / manhã; *** 2,2 salas / tarde; **** 1,3 salas / dia; ***** 0,6 salas / dia**

Fonte: Lemos P, et al. – Censos de Anestesiologia – 2014. Relatório Final. 2015.

Esclarece-se que muito da atividade realizada no âmbito da analgesia de parto é da responsabilidade dos recursos afetos ao SU, embora não o seja de forma exclusiva noutras instituições hospitalares, explicando, assim, o baixo valor encontrado (0,6 salas/dia), ou ainda o baixo número de intervenções por sala operatória quando algumas destas se encontram destinadas exclusivamente à cirurgia obstétrica.

A atividade no SU representa cerca de 30% de toda a atividade anestésica, enquanto aquela dedicada à atividade fora do bloco operatório (a título de exemplo: consultas, apoio à realização de MCDT, dor, cuidados intensivos, emergência, ensino), em amplo crescimento, representa 35% de toda a atividade.

No que respeita à produção hospitalar, relativa ao ano de 2013, discriminam-se alguns dados na Tabela 10. De realçar os perto de 600 000 procedimentos cirúrgicos, dos quais apenas pouco mais de 17% são realizados de forma não eletiva. No que respeita ao tipo de regime cirúrgico para a atividade programada constata-se o crescimento continuado da cirurgia em regime de ambulatório, que representa 43,5% de toda a atividade cirúrgica programada. Em relação aos partos e a acreditar que houve cerca de 83 000 partos em Portugal durante o ano de 2013, dos quais 85% terão ocorrido nos hospitais públicos portugueses, o valor encontrado (44 956 analgesias) poderá corresponder a cerca de 65% dos partos ocorridos nos Serviços de Obstetrícia dos Hospitais do SNS.

Quer a consulta de anestesia, quer o número de visitas no âmbito da dor aguda, estão também aquém do que seria desejável e recomendado. Serão, certamente áreas a desenvolver no futuro.

Tabela 10. Produção anual (2013) nas Instituições Hospitalares Públicas analisadas (n = 52), com relação com a atividade anestésica

PRODUÇÃO ANUAL (2013)	N.º	MÉDIA	%
Total de cirurgia programada	492 784	9476,6	82,80%
Total de cirurgia em regime de internamento	278. 58	5353,0	56,49%
Total de cirurgia em regime de ambulatório	214 426	4123,6	43,51%
Total de cirurgia urgente	102 401	1969,3	17,20%
Total de intervenções efetuadas	595 185	11 445,9	
Fora do bloco operatório	110 668	2305,6	
Total de analgesias de parto	44 956	1096,5	
Total de consultas de anestesia*	279 205	5474,6	56,66%
Total de consultas de Dor Crónica	99 153	2478,8	
Total de doentes observados em Dor Aguda	68 858	2025,2	

Legenda:

* O valor percentual representa o n.º de consultas em relação à cirurgia programada efetuada

Fonte: Lemos P, et al. – Censos de Anestesiologia – 2014. Relatório Final. 2015.

3.3. CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS EM ANESTESIOLOGIA

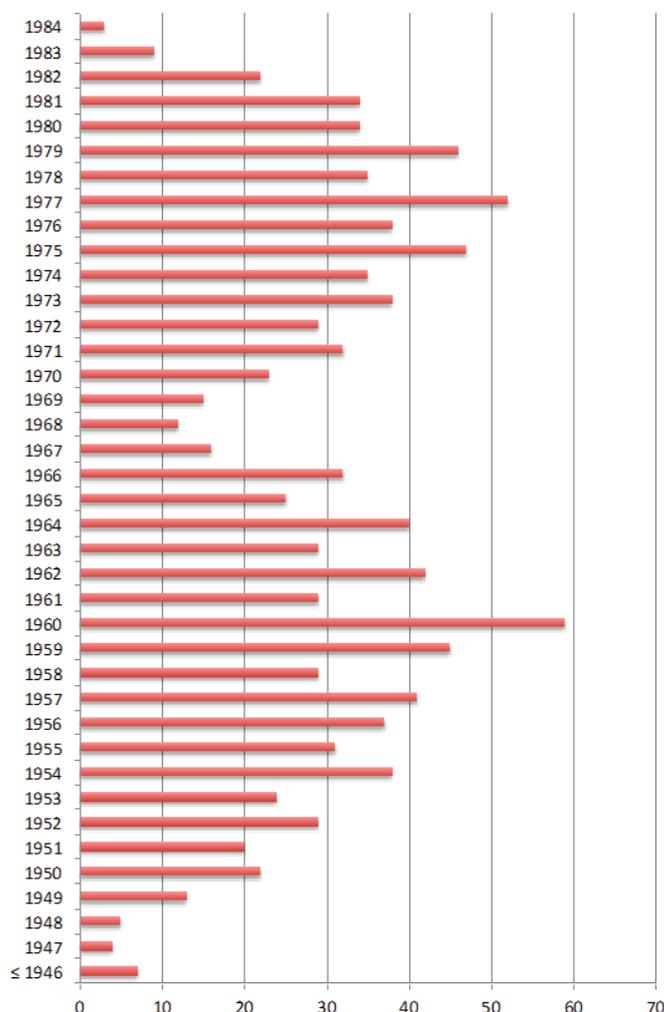
3.3.1. ANESTESIOLOGISTAS DOS HOSPITAIS PÚBLICOS PERTENCENTES AOS QUADROS DOS SERVIÇOS DE ANESTESIOLOGIA, INDEPENDENTEMENTE DO MODELO DE GESTÃO

Dos 52 hospitais públicos incluídos neste estudo (integrando os hospitais das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira,

bem como os dois polos do Hospital das Forças Armadas, em Lisboa e Porto) foram identificados, como pertencentes aos quadros médicos dos Serviços de Anestesiologia, na semana de 12 a 18 de maio de 2014, 1121 Anestesiologistas, dos quais 827 pertencem ao sexo feminino (73,8%).

Na Fig. 1, encontram-se estratificados os 1121 Anestesiologistas por ano de nascimento. Curiosamente encontramos-nos perante uma distribuição bimodal, salientando-se o baixo número de Anestesiologistas nascidos entre 1967 e 1969, nos quadros dos Serviços de Anestesiologia dos Hospitais Públicos analisados.

Podemos, ainda, verificar que mais de metade dos Anestesiologistas encontram-se com contrato em funções públicas (55,9%), sendo que destes, 445 Anestesiologistas (39,7%) se encontram com 42 horas semanais em regime de exclusividade (Tabela 11).



Fonte: Lemos P, et al. – Censos de Anestesiologia – 2014. Relatório Final. 2015.

Figura 1. Anestesiologistas pertencentes aos quadros médicos dos Serviços de Anestesiologia das Instituições Hospitalares Públicas analisadas (n = 52), por ano de nascimento

Menos de 10% dos Anestesiologistas atingiram o grau máximo da carreira médica hospitalar (Assistente Graduado Sénior, correspondente à antiga designação de Chefe de Serviço), enquanto quase metade estão em início de carreira,

com o Grau de Assistente (Tabela 12), sendo a consequência natural da lentidão atual da progressão existente na carreira especial médica da Administração Pública Portuguesa.

Tabela 11. Tipo e regime contratual dos Anestesiologistas pertencentes aos quadros médicos dos Serviços de Anestesiologia das Instituições Hospitalares Públicas analisadas (n = 52)

TIPO E REGIME CONTRATUAL	N.º	%
Funções Públicas com 42 horas, em exclusividade	445	39,70%
Funções Públicas com 35 horas, sem exclusividade	134	11,95%
Funções Públicas com horário reduzido	48	4,28%
Contrato Individual de Trabalho com 40 horas	427	38,09%
Contrato Individual de Trabalho com 35 horas	45	4,01%
Outro horário	22	1,96%
Total	1121	100%

Fonte: Lemos P, et al. – Censos de Anestesiologia – 2014. Relatório Final. 2015.

Tabela 12. Grau da Carreira Médica Hospitalar dos Anestesiologistas pertencentes aos quadros médicos dos Serviços de Anestesiologia das Instituições Hospitalares Públicas analisadas (n = 52)

GRAU DA CARREIRA MÉDICA HOSPITALAR	N.º	%
Assistente Graduado Sénior	111	9,90%
Assistente Graduado com grau de Consultor	420	37,47%
Assistente Graduado sem grau de Consultor	36	3,21%
Assistente	554	49,42%
Total	1121	100%

Fonte: Lemos P, et al. – Censos de Anestesiologia – 2014. Relatório Final. 2015.

3.3.2. ANESTESIOLOGISTAS DOS HOSPITAIS PÚBLICOS NÃO PERTENCENTES AOS QUADROS DOS SERVIÇOS DE ANESTESIOLOGIA, INDEPENDENTEMENTE DO MODELO DE GESTÃO

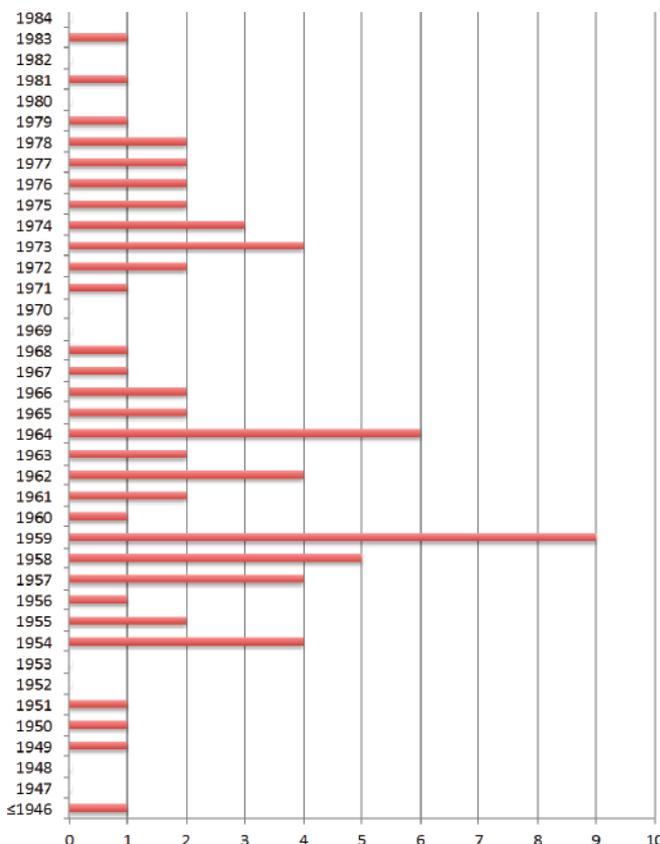
Para além dos 1121 Anestesiologistas, anteriormente referidos, e pertencentes aos quadros médicos dos Serviços de Anestesiologia das Instituições Hospitalares Públicas analisadas, existem, nestas, 71 Anestesiologistas autónomos dos Serviços de Anestesiologia, e que pertencem, sobretudo, a Unidades de Cuidados Intensivos ou a Unidades de Dor Crónica. São maioritariamente do sexo feminino (64,8%) e com contratos individuais de trabalho de 40 horas semanais (43,7%), conforme se pode verificar na Tabela 13.

Tabela 13. Tipo e regime contratual dos Anestesiologistas não pertencentes aos quadros médicos dos Serviços de Anestesiologia das Instituições Hospitalares Públicas analisadas (n = 52)

TIPO E REGIME CONTRATUAL	N.º	%
Funções Públicas com 42 horas, em exclusividade	30	42,25%
Funções Públicas com 35 horas, sem exclusividade	7	9,86%
Funções Públicas com horário reduzido	1	1,41%
Contrato Individual de Trabalho com 40 horas	31	43,66%
Outro horário	2	2,82%
Total	71	100%

Fonte: Lemos P, et al. – Censos de Anestesiologia – 2014. Relatório Final. 2015.

Na Fig. 2 pode ver-se a distribuição por ano de nascimento destes 71 Anestesiologistas não pertencentes aos quadros médicos dos Serviços de Anestesiologia das Instituições Hospitalares Públicas analisadas.



Fonte: Lemos P, et al. – Censos de Anestesiologia – 2014. Relatório Final. 2015.

Figura 2. Anestesiologistas não pertencentes aos quadros médicos dos Serviços de Anestesiologia das Instituições Hospitalares Públicas analisadas (n = 52), por ano de nascimento

A maior prevalência de Anestesiologistas mais velhos neste subgrupo de profissionais, não pertencentes aos quadros médicos dos Serviços de Anestesiologia, talvez possa explicar a maior percentagem de Anestesiologistas com o Grau de Assistente Graduado Sénior encontrada neste subgrupo (Tabela 14), quando comparada com os valores encontrados na Tabela 12.

Tabela 14. Grau da Carreira Médica Hospitalar dos Anestesiologistas não pertencentes aos quadros médicos dos Serviços de Anestesiologia das Instituições Hospitalares Públicas analisadas (n = 52)

GRAU DA CARREIRA MÉDICA HOSPITALAR	N.º	%
Assistente Graduado Sénior	13	18,31%
Assistente Graduado com grau de Consultor	32	45,07%
Assistente Graduado sem grau de Consultor	0	0%
Assistente	26	36,62%
Total	71	100%

Fonte: Lemos P, et al. – Censos de Anestesiologia – 2014. Relatório Final. 2015.

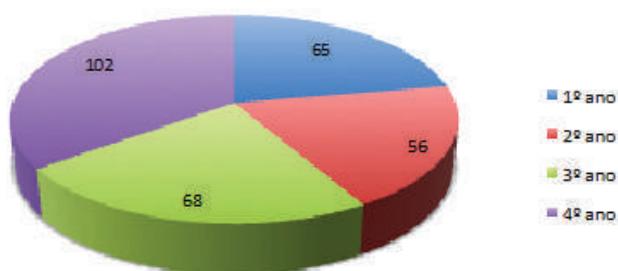
3.3.3. OUTROS ANESTESIOLOGISTAS DOS HOSPITAIS PÚBLICOS SEM VÍNCULO CONTRATUAL

Para além dos 1192 Anestesiologistas anteriormente referidos, existiam ainda, à data da realização do Censos Anestesiologia - 2014 (no período entre 12 e 18 de maio de 2014), 62 Anestesiologistas eventuais que aguardavam colocação após a obtenção do grau de Assistente, dos quais 62,9% eram do sexo feminino.

3.3.4. INTERNOS DA ESPECIALIDADE DE ANESTESIOLOGIA

Com a entrada em vigor da Portaria n.º 92-A/2016, de 15 de abril, que atualiza o programa de formação da área de especialização de Anestesiologia, este passou a ter a duração de 5 anos, em vez dos 4 anos de duração anteriormente definidos. Contudo, na altura em que o Censos Anestesiologia - 2014 foi realizado (12 a 18 de maio de 2014), ainda não havia internos a frequentar o 5.º ano da especialidade (já que estes internos apenas ingressaram no 5.º ano após o dia 1 de janeiro de 2015). Assim, os 291 internos de Anestesiologia, à data da realização do Censos, encontravam-se divididos apenas por 4 anos (Fig. 3), mantendo-se a tradição de se tratar de uma especialidade de predominância feminina (70,4%).

O 4.º ano apresenta números bastante superiores aos restantes anos, apenas e somente, porque se incluem cerca de 3 dezenas de Anestesiologistas que terminaram a especialidade na 2.ª época de exames de 2014 (época de setembro/outubro), enquanto a maioria (cerca de 70%) passaram para o 5.º ano em janeiro de 2015.



Fonte: Lemos P, et al. - Censos de Anestesiologia - 2014. Relatório Final. 2015.

Figura 3. Número de Internos, por ano de especialidade, a frequentar o Internato de Anestesiologia, nos Serviços de Anestesiologia das Instituições Hospitalares Públicas analisadas com idoneidade formativa (n = 25)

3.3.5. RÁCIO DE ANESTESIOLOGISTAS POR HABITANTE E REGIÃO

Dos resultados apresentados, verifica-se a existência de 1254 Anestesiologistas com vínculo a hospitais do SNS (Tabela 15) com um rácio de 12 por 100 000 habitantes.

Este valor é ligeiramente inferior aos registados pelo Eurostat no que respeita ao recenseamento de Anestesiologistas e Intensivistas em Portugal que, para 2010, era de 14,7, mas

cujas diferenças podem residir no facto de se incorporarem os Intensivistas que poderão ter outra especialidade médica que não a Anestesiologia.

É, no entanto, muito inferior ao registado no Estudo de Evolução Prospetiva de Médicos no Sistema Nacional de Saúde, realizado pela Universidade de Coimbra para a OM, com dados estatísticos de 2011, onde se apresentava um rácio de 16,4 por 100 000 habitantes, mas onde reconhecidamente se incluíam vários Anestesiologistas aposentados sem qualquer atividade profissional, ou com atividade profissional exclusivamente privada, ou ainda Anestesiologistas falecidos por incapacidade de atualização dos cadernos de recenseamento pela OM de cada especialidade.

Tabela 15. Rácio de Anestesiologistas por 100 000 habitantes, por Administração Regional de Saúde

REGIÃO DE SAÚDE	ANESTESIOLOGISTAS (N.º)	POPULAÇÃO*	ANESTESIOLOGISTAS (POR 100.000 HAB.)
Norte	492	3 682 370	13,4
Centro	222	1 846 954	12,0
Lisboa e Vale do Tejo	442	3 557 442	12,4
Alentejo	28	509 849	5,5
Algarve	25	451 006	5,5
Região Autónoma dos Açores	24	246 772	9,7
Região Autónoma da Madeira	21	267 785	7,8
Total	1254	10 562 178	11,9

Legenda:

* Instituto Nacional de Estatística - População Censos 2011 - Resultados definitivos.

Fonte: Lemos P, et al. - Censos de Anestesiologia - 2014. Relatório Final. 2015.

Quando solicitados a informarem quais os *deficits* que os diferentes Diretores dos Serviços de Anestesiologia das Instituições de Saúde do SNS e das Regiões Autónomas identificam na gestão dos seus recursos humanos, e que procuram colmatar da mais diversa maneira, através de horas extraordinárias, contratação de Anestesiologistas tarefeiros, ou mesmo encerrando postos de trabalho, verifica-se que o número é ainda elevado, superior a 40% dos Anestesiologistas atualmente a trabalhar no SNS e nas Regiões Autónomas, sendo particularmente sentido na Região Autónoma da Madeira e nas regiões do Alentejo e do Algarve.

4. CARACTERIZAÇÃO E DEFINIÇÃO DAS NECESSIDADES EM RECURSOS HUMANOS PARA OS NÍVEIS E MODELOS ORGANIZATIVOS

A Anestesiologia constitui uma especialidade com autonomia científica e operacional no seio da organização hospitalar. O enquadramento na organização da Instituição Hospitalar dependerá da missão assumida e da dispersão da unidade.

O cálculo de avaliação das necessidades em Anestesiologistas, que se apresenta nos quadros seguintes, foi baseado na carteira de valências espectável para cada grupo hospitalar, na complexidade da resposta oferecida à população servida e na complementaridade da rede hospitalar para a prestação de cuidados de saúde. Este cálculo não prevê

o envolvimento nas diferentes Instituições Hospitalares, do Anestesiologista no âmbito da Medicina de Emergência ou da Medicina Intensiva, já que estas áreas, igualmente da competência técnica desta Especialidade, exigem uma abordagem específica. Assim, caso a organização hospitalar preveja o envolvimento da Anestesiologia naquelas áreas,

HOSPITAIS, CENTROS HOSPITALARES E UNIDADES LOCAIS DE SAÚDE DO GRUPO I				
Caracterizados por terem, pelo menos, as valências cirúrgicas de Cirurgia Geral, Ortopedia e Ginecologia. Não têm à partida idoneidade formativa nem atribuição de capacidades formativas em Anestesiologia, mas se o tiverem, devem ser dimensionados para tal, conforme o tempo atribuído às Instituições do Grupo II.				
ATIVIDADE PREVISTA:	Nº*	FAE**	HORAS***	TOTAL****
1. Atividade em bloco operatório para cirurgia eletiva	3000	20	120	6240
2. Consulta Externa de Anestesia (80% da cirurgia eletiva)	2400	2,56	15,38	800
3. Consulta Externa de Dor Crónica	350	1	6	312
4. Apoio para MCDT	n.d.	1	6	312
5. Atividade no âmbito da Unidade de Dor Aguda	n.d.	5	30	1560
6. Cuidados pós-anestésicos em UCPA ¹	n.a.	0	0	0
7. Formação pós-graduada	n.a.	0	0	0
8. Atividades de coordenação e organização do Serviço	n.a.	3	18	774
9. Atividade no âmbito de SU Médico-Cirúrgico ²	1000	56	336	17 472
TOTAL HORAS ANUAIS				27 470
10. Anestesiologistas em CIT de 40 h / sem (valor horas anuais)				2080
ANESTESIOLOGISTAS NECESSÁRIOS SEM FACTOR DE PONDERAÇÃO				13
11. Aplicação de fator de ponderação (para férias, folgas, CGS, baixas e outras ausências de serviço justificadas)				2
ANESTESIOLOGISTAS NECESSÁRIOS COM FACTOR DE PONDERAÇÃO				20

Legenda:

¹ Dada a dimensão prevista, aceita-se que esta atividade seja assegurada pelos anestesiologistas envolvidos na atividade eletiva ou no SU.

² Prevê-se que funcionem uma sala operatória para o SU e apoio à Obstetrícia (para atividade cirúrgica e analgesia de parto), num total de 2 profissionais por cada 24 horas.

* Número de cirurgias, consultas, etc.

** FAE - Fração Anestésica Equivalente, que corresponde a 6 horas de trabalho efetivo, por semana

*** Em horas semanais

**** Total de horas anuais, baseado em 52 semanas para toda a atividade, com exceção da formativa e de coordenação / organização que está planeada para 43 semanas

HOSPITAIS, CENTROS HOSPITALARES E UNIDADES LOCAIS DE SAÚDE DO GRUPO II				
Caracterizados por terem todas as valências cirúrgicas, exceto Cirurgia Cardiorábrica e Cirurgia Pediátrica.				
ATIVIDADE PREVISTA:	Nº*	FAE**	HORAS***	TOTAL****
1. Atividade em bloco operatório para cirurgia eletiva	13 000	80	480	24 960
2. Consulta Externa de Anestesia (80% da cirurgia eletiva)	10 400	11,11	66,67	3466,67
3. Consulta Externa de Dor Crónica	3150	9	54	2808
4. Apoio para MCDT	n.d.	7	42	2184
5. Atividade no âmbito da Unidade de Dor Aguda	n.d.	5	30	1560
6. Cuidados pós-anestésicos em UCPA	n.a.	10	60	3120
7. Formação pós-graduada	n.a.	2	12	516
8. Atividades de coordenação e organização do Serviço	n.a.	5	30	1290
9. Atividade no âmbito de SU Médico-Cirúrgico ¹	2500	84	504	26 208
TOTAL HORAS ANUAIS				66 113
10. Anestesiologistas em CIT de 40 h / sem (valor horas anuais)				2080
ANESTESIOLOGISTAS NECESSÁRIOS SEM FACTOR DE PONDERAÇÃO				32
11. Aplicação de fator de ponderação (para férias, folgas, CGS, baixas e outras ausências de serviço justificadas)				1,5
ANESTESIOLOGISTAS NECESSÁRIOS COM FACTOR DE PONDERAÇÃO				48

Legenda:

¹ Prevê-se que funcionem duas salas operatórias para o SU e apoio à Obstetrícia (para atividade cirúrgica e analgesia de parto), num total de 3 profissionais por cada 24 horas.

* Número de cirurgias, consultas, etc.

** FAE - Fração Anestésica Equivalente, que corresponde a 6 horas de trabalho efetivo, por semana

*** Em horas semanais

**** Total de horas anuais, baseado em 52 semanas para toda a atividade, com exceção da formativa e de coordenação / organização que está planeada para 43 semanas

HOSPITAIS, CENTROS HOSPITALARES E UNIDADES LOCAIS DE SAÚDE DO GRUPO III				
Caracterizados por terem todas as valências cirúrgicas.				
ATIVIDADE PREVISTA:	Nº*	FAE**	HORAS***	TOTAL****
1. Atividade em bloco operatório para cirurgia eletiva	30 000	190	1140	59 280
2. Consulta Externa de Anestesia (80% da cirurgia eletiva)	24 000	25,64	153,85	8000
3. Consulta Externa de Dor Crónica	3850	11	66	3432
4. Apoio para MCDT	n.d.	25	150	7800
5. Atividade no âmbito da Unidade de Dor Aguda	n.d.	10	60	3120
6. Cuidados pós-anestésicos em UCPA	n.a.	15	90	4680
7. Formação pós-graduada	n.a.	12	72	3096
8. Atividades de coordenação e organização do Serviço	n.a.	14	84	3612
9. Atividade no âmbito de SU Médico-Cirúrgico ¹	4500	140	840	43 680
TOTAL HORAS ANUAIS				136 700
10. Anestesiologistas em CIT de 40 h / sem (valor horas anuais)				2080
ANESTESIOLOGISTAS NECESSÁRIOS SEM FACTOR DE PONDERAÇÃO				66
11. Aplicação de fator de ponderação (para férias, folgas, CGS, baixas e outras ausências de serviço justificadas)				1,5
ANESTESIOLOGISTAS NECESSÁRIOS COM FACTOR DE PONDERAÇÃO				99

Legenda:

¹ Prevê-se que funcionem duas salas operatórias para o SU, apoio a vias verdes coronária e AVC, apoio a MCDT, apoio a UCPA, e apoio à Obstetrícia (para atividade cirúrgica e analgesia de parto), num total de 5 profissionais por cada 24 horas.

* Número de cirurgias, consultas, etc.

** FAE - Fração Anestésica Equivalente, que corresponde a 6 horas de trabalho efetivo, por semana

*** Em horas semanais

**** Total de horas anuais, baseado em 52 semanas para toda a atividade, com exceção da formativa e de coordenação / organização que está planeada para 43 semanas

o cálculo e necessidades de recursos humanos desta Especialidade deve ser outro, com reforço da dotação.

5. NECESSIDADES PREVISÍVEIS ATÉ 2030

A Anestesiologia tem sido uma especialidade em ampla expansão desde os anos 90, com novas competências e funções, acompanhando naturalmente o evoluir da ciência médica em geral. Não se estranha, assim, que seja, em especial nos Hospitais Centrais e Universitários, um dos serviços médicos com maior número de profissionais.

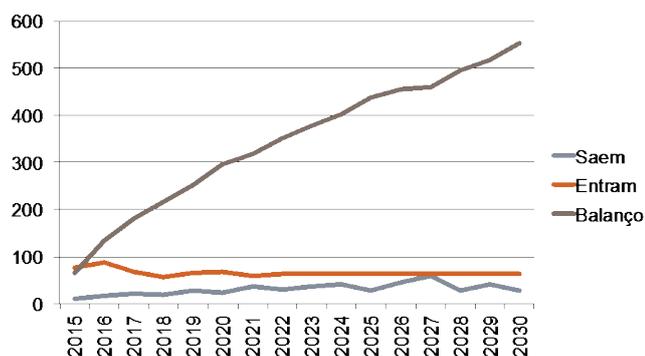
A evolução da Medicina, quer na área cirúrgica quer na área médica, não esquecendo os MCDT, tem vindo a exigir um maior número de solicitações da parte da Anestesiologia. Será, assim, fundamental criar condições para que nos próximos anos se possam formar mais Anestesiologistas.

Contudo, a formação pós-graduada em Anestesiologia, à luz da Portaria n.º 92-A/2016, de 15 de abril, recentemente publicada, associada à reforma hospitalar que congregou vários serviços cirúrgicos em alguns hospitais e encerrou algumas especialidades cirúrgicas noutros, encontra-se de alguma forma limitada. Na verdade, estágios em Cirurgia Torácica, Pediátrica ou Plástica têm dificultado a abertura de capacidades formativas em Anestesiologia (resultado do menor número de hospitais com esta especialidade / atividade cirúrgica, ou menor número de casos a que os internos são expostos), que hoje estão avaliadas num número máximo anual de 64 vagas. Este número

parece, de acordo com os resultados obtidos pelo Censos Anestesiologia 2014, mas sobretudo pela expansão e evolução da especialidade, claramente insuficientes para as necessidades atuais, pelo que tudo deve ser feito no sentido do aumento da sua capacidade formativa, sem naturalmente pôr em causa a qualidade e exigência da formação nesta área. Nesse sentido, as propostas atuais e futuras terão de ter uma maior flexibilidade na atribuição de capacidades formativas em Anestesiologia, dentro do rigor, qualidade e exigência que têm norteado a formação pós-graduada nesta especialidade.

A avaliar pelas idades dos profissionais que compõem os quadros médicos dos Serviços de Anestesiologia, tendo como premissas a aposentação destes aos 66 anos de idade, a entrada na especialidade de 64 internos por ano e a não saída de Anestesiologistas dos Hospitais do SNS para o estrangeiro ou para os hospitais privados nos próximos 5 anos, pode-se concluir que em 2020 teremos mais 300 Anestesiologistas que os atuais 1.254. Isto permitirá um aumento de cerca de 25% dos atuais recursos humanos desta especialidade nos hospitais do SNS (Fig. 4). De notar, no entanto, que embora a taxa de substituição seja positiva, ela é insuficiente perante o défice atual para atingir os *ratios* pretendidos.

Percebe-se também a importância crítica que pode ter a implementação imediata de medidas alternativas para minorar a curto prazo o *deficit* de Anestesiologistas, como sejam:



Nota: o balanço representa o acréscimo de Anestesiologistas em cada ano.

Fonte: Lemos P, et al. – Censos de Anestesiologia – 2014. Relatório Final. 2015.

Figura 4. Evolução dos Recursos Humanos em Anestesiologia até 2030 nas Instituições Hospitalares Públicas analisadas, tendo em conta saídas aos 66 anos por aposentação, e entradas fixas anuais de 64 internos

- i. Criação de condições competitivas para os Anestesiologistas ficarem nos hospitais do SNS, em comparação com os hospitais privados ou aqueles que, sendo públicos, têm modelos de gestão privatizada, e que têm tido a possibilidade de oferecer contratos de trabalho bem acima das condições contratuais propostas pelas instituições hospitalares públicas;
- ii. Alteração da atual legislação que permite que, para uma mesma tarefa no âmbito do SU, um médico externo a uma Instituição obtenha uma remuneração superior àquela que pode ser obtida por um médico do quadro de pessoal dessa mesma Instituição.

A contratação avulsa de recursos para colmatar horas/turnos sem integração no Serviço de Anestesiologia constitui um erro estrutural com consequências nefastas para a boa gestão clínica, como modelos atuais evidenciam. Deve ser equacionada a uniformização dos procedimentos e atitudes, a criação e cumprimento de protocolos, a manutenção de níveis de exigência padronizados e a previsão da continuidade da cadeia de responsabilidade pelo doente nas diversas fases de tratamento. Todos estes objetivos (pressupostos exigíveis para cuidados de bom nível) apenas podem ser promovidos pela existência de Serviços coesos e organizados onde os profissionais se encontram devidamente integrados, hierarquicamente na dependência direta do Diretor do Serviço. Assim, toda a contratação de Anestesiologistas exige a identificação nominal e implica a dependência direta do Diretor do Serviço.

6. INSTALAÇÕES

As instalações de um Serviço de Anestesiologia são ferramentas operacionais da atividade do Serviço nas suas diversas dimensões assistencial, formativa e de investigação. Conforme a classificação dos hospitais e dos objetivos a atingir pelos Serviços deverão ser disponibilizadas instalações que se adequem à atividade desenvolvida. Devem ser assegurados gabinetes para a direção de serviço,

assistentes graduados seniores, responsáveis de gestão do serviço, internos de formação específica em Anestesiologia, biblioteca, sala de reuniões independente ou partilhando com outras especialidades, secretariado e serviços de apoio hoteleiro (copa, vestiários, sanitários e leitos de recosto conforme legislado).

7. NECESSIDADES EM EQUIPAMENTO

Páginas 115 e 116 - “Recomendações para o equipamento *standard* em locais de trabalho onde se executam atos de anestesia, sedação e analgesia de parto”.

8. ARQUITETURA DA REDE

Páginas 117 e 118.

9. MODELO FORMATIVO

9.1. PROGRAMAS DE INTERNATO

EUROPA

Nos países da Comunidade Europeia (CE) os programas de Internato Complementar/Residência da Especialidade tendem a apresentar uma matriz comum. Cada país tem, no entanto, um regulamento e programa próprio, com uma duração mínima de estágio que varia dos 4 (e.g. Espanha, Itália) aos 7 anos (e.g. Irlanda, Inglaterra). Outros países europeus fora da CE apresentam internatos de especialidade de 3 anos (e.g. Arménia, Bielorrússia, Uzbequistão).

Existe um Diploma Europeu em Anestesiologia e Cuidados Intensivos (EDAIC), multilingue, que pretende ser uma avaliação supranacional em Anestesiologia que complementa programas de treino nacionais, ou é adotado como sistema de avaliação nacional em alguns países. O objetivo deste programa é tentar uniformizar conhecimento a nível da região europeia e a quem pretenda ter acesso a ela. É patrocinado pela Sociedade Europeia de Anestesiologia.

ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA

O Internato em Anestesiologia é acreditado por um organismo nacional (ACGME – *Residence Review of the Accreditation Council for Graduate Ethical Education*) que obriga a um programa de quatro anos de treino. As valências abrangidas incluem a Anestesia, Cuidados Intensivos, Terapêutica da Dor, Cuidados Peri-operatórios e Áreas Médicas.

PORTUGAL

O programa de Internato de Anestesiologia em Portugal é regulado pela Portaria n.º 92-A/2016, de 15 de abril, publicada em Diário da República, 1.ª Série, n.º74,

ÁREA	EQUIPAMENTO POR ÁREA FUNCIONAL	QTE
SALAS DE INDUÇÃO	Monitor de Sinais Vitais - nível cuidados intermédios, com TA indireta e direta (conforme o tipo de exigência local), FC, ECG, FR, SaO ₂ , pletismografia e alarmes segundo padrão internacional de segurança	1 por cama
	Ventilador mecânico de transporte, com PEEP (disponível em apoio se necessário)	1
	Instalação de logística de apoio: oxigénio, vácuo, ar comprimido canalizado, em cada sala	
	Instalação informática em cada posto de trabalho de Anestesiologia para processo eletrónico	
ÁREA	EQUIPAMENTO POR ÁREA FUNCIONAL	QTE
UNIDADE CUIDADOS PÓS ANESTÉSICOS Recobro para vigilância até 24 horas, no Bloco Operatório, com camas nível intermédio, com capacidade nível intensivo em mínimo de 2 camas. Rácio: sem ambulatório - 1 sala op / 1,5 camas para recobro : com ambulatório - 1 sala op / 2 para recobro fase 1, no mínimo.	Monitor de Sinais Vitais - nível cuidados intermédios, com TA indireta e direta, FC, ECG, FR, SaO ₂ , pletismografia e alarmes segundo padrão internacional de segurança	1 por cama
	Monitor de Sinais Vitais - nível cuidados intensivos - TA indireta e direta, FC, ECG, SaO ₂ , CO ET	2, no mínimo
	Ventilador mecânico, nível cuidados intensivos, com diversos modos ventilatórios	2, no mínimo
	Ventilador mecânico de transporte, com PEEP	1
	Seringa perfusora elétrica	1 por cama
	Bomba perfusora elétrica	1 por cama
	Seringa PCA - <i>patient controlled analgesia</i>	1 por cada 3 camas
	Carro de emergência	1
	Desfibrilhador bifásico elétrico, com pace externo	1 por carro emergência
	Central monitorização (no mínimo, entre camas do recobro)	1
	Máquina de aquecimento de soros e sangue	1 por cama
	Aquecedor de doentes, sistema ar quente	1 por cama
	Instalação de logística de apoio: 2 oxigénio, 2 vácuo, 1 ar comprimido canalizado	Por cama
	Instalação informática em cada posto de trabalho de Anestesiologia para processo eletrónico	
Integração de equipamento (monitores, ventiladores e seringas) com ficha eletrónica anestesia/processo clínico eletrónico		
ÁREA	EQUIPAMENTO POR ÁREA FUNCIONAL	QTE
LOCAIS REMOTOS (locais fora do bloco operatório onde são efetuados atos de sedação / anestesia)	Monitor de Sinais Vitais - nível cuidados intermédios, com TA indireta e direta, FC, ECG, FR, SaO ₂ , pletismografia e alarmes segundo padrão internacional de segurança, com monitorização bloqueio neuromuscular se local onde se induz anestesia geral	1 por local
	Ventilador mecânico nível anestesia, com vaporizadores gases anestésicos, com modos ventilatórios básicos	1 por local
	Acesso a ventilador mecânico de transporte, sempre que necessário	
	Seringa perfusora elétrica	1 por local
	Bomba perfusora elétrica	1 por local
	Carro de anestesia	1 por local
	Carro de emergência	1 por agrupamento de locais contíguos
	Desfibrilhador bifásico elétrico, com pace externo	1 por carro emergência
	Instalação de logística de apoio: 2 oxigénio, 2 vácuo, 1 ar comprimido canalizado	Por cama
	Instalação informática em cada posto de trabalho de Anestesiologia para processo eletrónico	
Integração de equipamento (monitores, ventiladores e seringas) com ficha eletrónica anestesia/processo clínico eletrónico		

ÁREA	EQUIPAMENTO POR ÁREA FUNCIONAL	QTE
UCPA - LOCAIS REMOTOS (em proximidade física aos locais de Sedação / analgesia)	Monitor de Sinais Vitais - nível cuidados intermédios - TA indireta e direta, FC, ECG, FR, SaO ₂ , pletismografia e alarmes segundo padrão internacional de segurança	1 por cama
	Seringa perfusora elétrica	1 por cama
	Bomba perfusora elétrica	1 por cama
	Carro de emergência	1
	Carro via aérea difícil	1
	Sistema de intubação por videolaringoscopia	1
	Laringoscópio específico para intubação traqueal difícil, com lâminas	1
	Desfibrilhador bifásico elétrico, com pace externo	1 por carro emergência
	Ventilador mecânico de transporte, com PEEP	1
	Instalação de logística de apoio: 2 oxigénio, 2 vácuo, 1 ar comprimido canalizado	Por cama
	Instalação informática em cada posto de trabalho de Anestesiologia para processo eletrónico	
Integração de equipamento (monitores, ventiladores e seringas) com ficha eletrónica anestesia/processo clínico eletrónico		
ÁREA	EQUIPAMENTO POR ÁREA FUNCIONAL	QTE
UNIDADE/NÚCLEO DE PARTOS (mínimo 25 m ² por sala partos individual)	Monitor de Sinais Vitais - TA indireta, FC, ECG, FR, SaO ₂ , pletismografia e alarmes segundo padrão internacional de segurança	1 por sala
	Seringa perfusora elétrica	1 por sala
	Bomba perfusora elétrica	1 por sala
	Carro de anestesia	1 carro por cada 4 salas
	Carro de emergência	1 por bloco partos
	Desfibrilhador elétrico, com pace externo	1 por carro emergência
	Cardiotocografo e equipamento reanimação neonatal	1 por sala
	Instalação de logística de apoio: 2 oxigénio, 2 vácuo, 1 ar comprimido canalizado	Por cama
	Instalação informática em cada posto de trabalho de Anestesiologia para processo eletrónico	
	Integração de equipamento (monitores, ventiladores e seringas) com ficha eletrónica anestesia/processo clínico eletrónico	
Em proximidade física, no mesmo piso, deve haver acesso a sala operatória cumprindo os requisitos técnicos e legais aplicáveis		
ÁREA	EQUIPAMENTO POR ÁREA FUNCIONAL	QTE
OUTROS	Aparelho raio X portátil	1 disponível em apoio
	Balas de O ₂	reserva para emergência e transporte
	Electrocardiograma 12 derivações	1 disponível em apoio
	Garrote de Cuff duplo	1 disponível em apoio
	Medicina Intensiva: Utilizar as recomendações da Sociedade Europeia de Cuidados Intensivos. "Recommendations on Minimal Requirements for Intensive Care Departments – Intensive Care Med 1997"	
	Medicina de Emergência: Utilizar recomendações específicas, entre as quais "Recomendações para a Organização de Espaços dos Serviços de Urgência, DGIES 2007, e "Normas de Boa Prática em Trauma", OM 2009, e "Recomendações para o Transporte do Doente Crítico", Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos e OM 2008.	

10. POLÍTICAS DE QUALIDADE

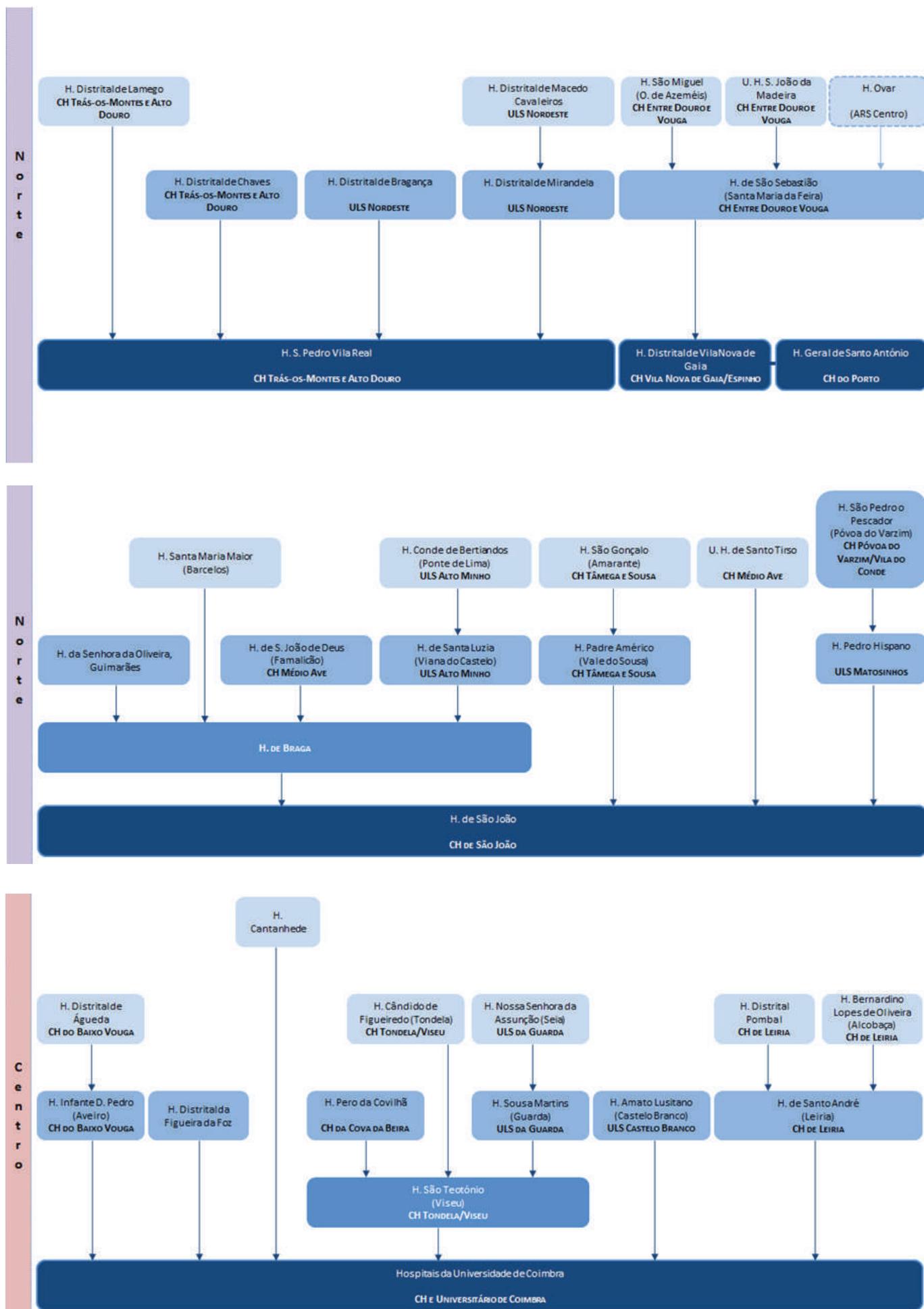
A qualidade e a segurança assistencial são elementos básicos da assistência em saúde. A satisfação das necessidades e segurança dos doentes exige da Anestesiologia a sua quota-parte de responsabilidade na realização de três missões essenciais:

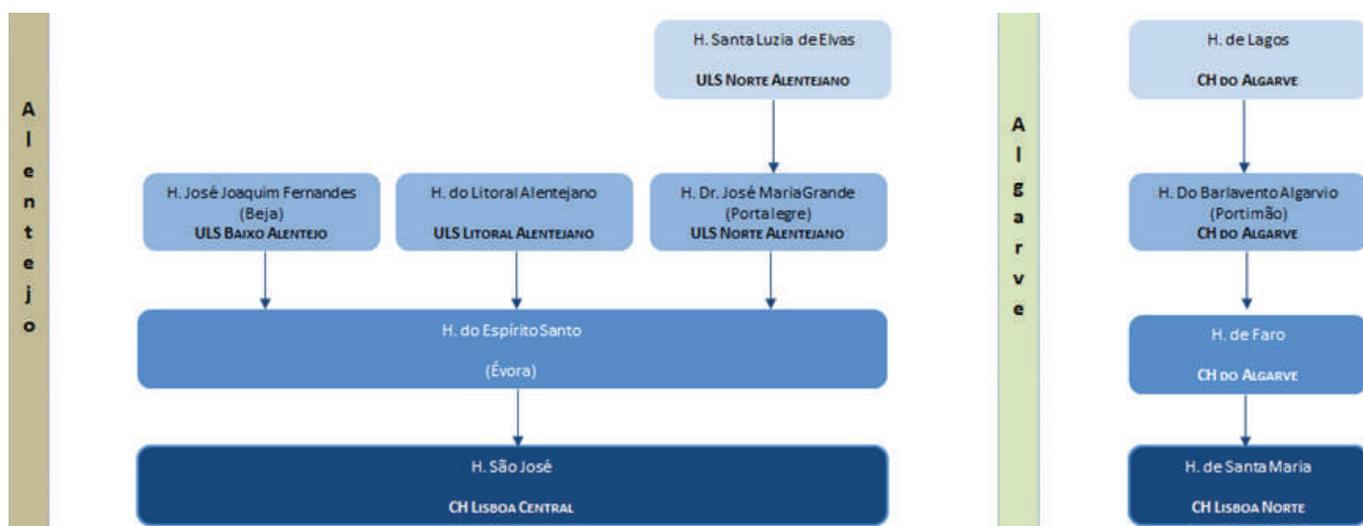
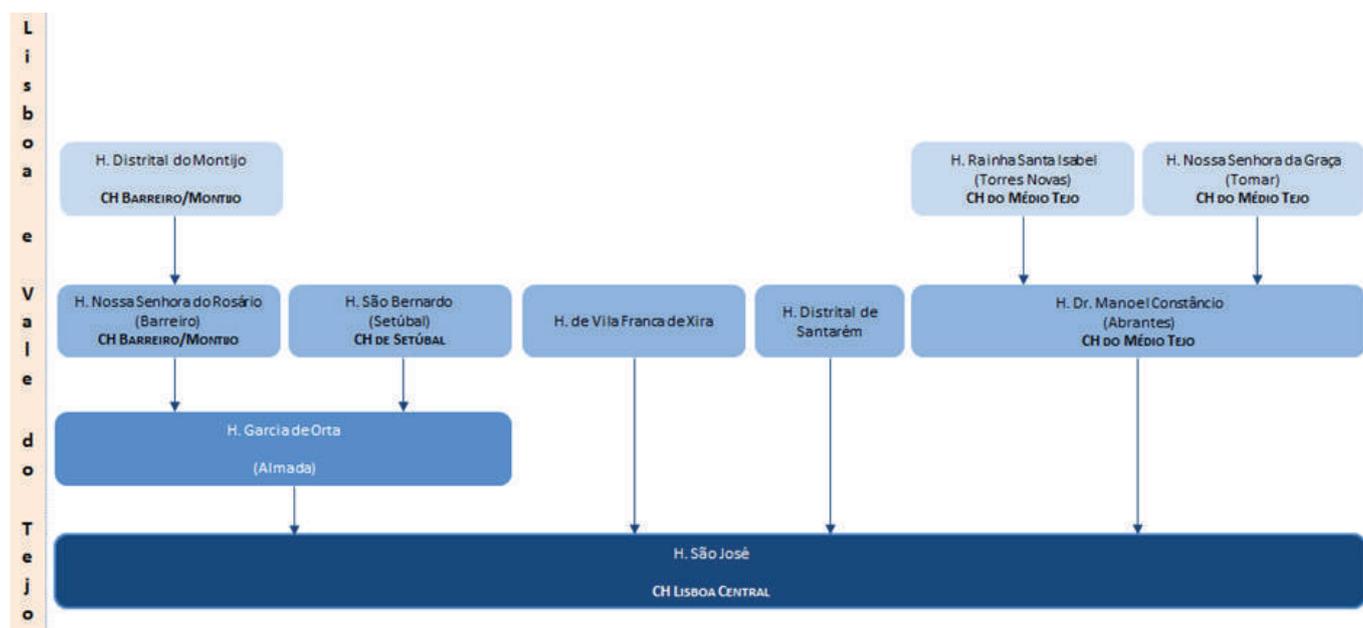
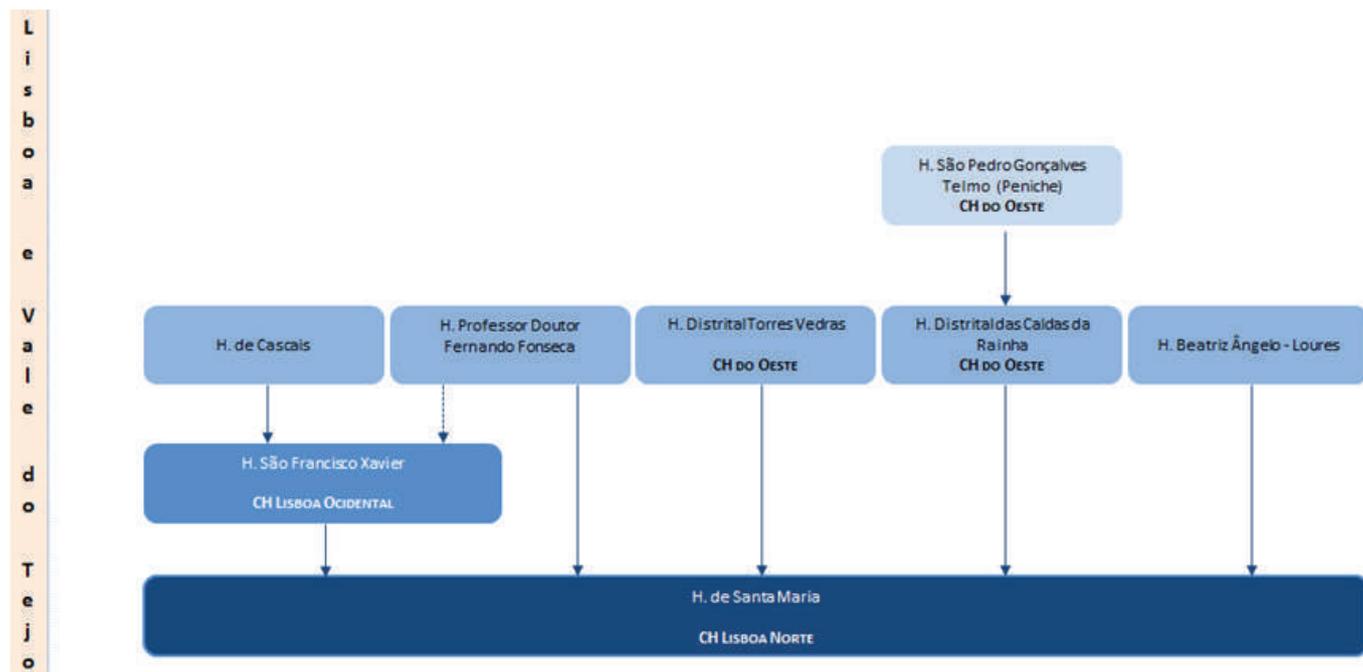
- i. Determinar e obter meios materiais e humanos necessários ao desenvolvimento da atividade anestésica, dentro das Boas Práticas;
- ii. Controlar a evolução da despesa, dentro da responsabilidade da decisão médica, e dispensar os meios de acordo com o melhor custo eficácia;
- iii. Desenvolver programas de controlo da qualidade, garantindo a segurança e o conforto dos doentes.

Devem ser envidados esforços no sentido de implementar uma prática obrigatória de registos de toda a atividade anestésica, de forma informatizada, com sistemas adequados e compatíveis, com registo da monitorização clínica de forma automática, que permitam uma gestão clínica e epidemiológica de toda a informação de forma integrada, e que sejam fiáveis para fins contabilísticos, de codificação e médico-legal.

Os Serviços de Anestesiologia devem promover programas de melhoria de qualidade entre os Anestesiologistas assim como favorecer a sua formação nesta área.

Devem, ainda, criar mecanismos e ferramentas que lhes permitam avaliar a qualidade subjacente à sua estrutura, ao processo e aos resultados, estabelecendo ciclos de





avaliação com ações subsequentes para melhoria dos seus indicadores.

Os Serviços de Anestesiologia devem tornar-se visíveis, saindo da sua habitual discrição, perante os doentes, procurando obter a sua opinião sobre os cuidados prestados pela Anestesiologia.

O processo assistencial deve guiar-se, sempre que possível, por protocolos e recomendações, sendo avaliado por auditorias clínicas, supervisionado ao longo do tempo, bem como revisto por pares.

Deve encorajar-se um ambiente de notificação de acidentes e incidentes visando a melhoria da prestação de cuidados, afastando o estigma da culpabilização.

10.1. TABELA DE BORDO DO SERVIÇO/DEPARTAMENTO

Os Quadros de Bordo (QB) são registos de recolha de dados que relacionam indicadores quantitativos e qualitativos de diversas origens, legíveis e interpretáveis. São ferramentas com o objetivo de conhecer qualitativa e quantitativamente a atividade clínica e universitária, permitindo a gestão dos Serviços/Departamentos, bem como a justificação dos meios a atribuir, fazendo comparações com outras estruturas.

A eficácia de um QB num Serviço/Departamento obriga à dedicação de determinado número de elementos do Serviço/Departamento que deverá coordenar a recolha de elementos e dados a utilizar.

A escolha de indicadores deve estar de acordo com a sua compreensão, assim como com a facilidade de recolha de dados sobre esse indicador.

10.2. INDICADORES

São classicamente apontados como indicadores de qualidade em anestesia os que constam nas alíneas seguintes.

10.2.1. INDICADORES GERAIS

- i. Número de protocolos clínicos relacionados com a atividade anestésica, revistos nos últimos 5 anos;
- ii. Número de publicações em revistas da especialidade ou afins por parte do Serviço/Departamento;
- iii. Plano de atualização individual e recertificação do Anestesiologista;
- iv. Número de consultas anestesia;
- v. Número de visitas pré-anestésicas;
- vi. Número de doentes anestesiados;
- vii. Número de doentes por especialidade médica ou cirúrgica;
- viii. Número de anestésias de ambulatório;
- ix. Número de anestésias em urgência;
- x. Número total de anestésias (somatório dos diversos tipos de técnicas anestésicas);

- xi. Número de anestésias gerais;
- xii. Número de anestésias locoregionais;
- xiii. Taxa de insucesso na realização de anestesia regional;
- xiv. Taxa de complicações neurológicas após anestesia regional (neuroeixo, e nervos periféricos);
- xv. Número de anestésias por sala de operações;
- xvi. Número de intervenções anuladas/adiadas por causa anestésica;
- xvii. Número total de intervenções anuladas/adiadas;
- xviii. Número de hospitalizações imprevistas por causa anestésica;
- xix. Número de internamentos prolongados por causa anestésica;
- xx. Taxa de aspiração de vômito;
- xxi. Taxa de dentes lesados;
- xxii. Taxa de dificuldade no manejo de via aérea (intubação difícil);
- xxiii. Taxa de reintubação endotraqueal;
- xxiv. Taxa de morbilidade resultante de dificuldades de manejo de via aérea (intubação difícil);
- xxv. Taxa de morbilidade resultante de reintubação endotraqueal;
- xxvi. Taxa de queixas de doentes relacionadas com a atividade anestésica;
- xxvii. Taxa de satisfação dos doentes com os cuidados anestésicos;
- xxviii. Taxa de homens e mulheres;
- xxix. Distribuição etária;
- xxx. Número de anestésias em crianças de menos de 1 mês;
- xxxi. Número de anestésias em crianças de menos de 1 ano;
- xxxii. Número de anestésias em crianças de menos de 3 anos;
- xxxiii. Número de anestésias em doentes com idades superiores a 75 anos;
- xxxiv. Classificação ASA.

10.2.2. INDICADORES ESPECÍFICOS

10.2.2.1. EM ANESTESIA OBSTÉTRICA

- i. Número de partos;
- ii. Número de anestésias obstétricas;
- iii. Taxa de cesarianas;
- iv. Taxa de cesarianas sob anestesia geral, anestesia subaracnoideia, anestesia epidural, sequencial;
- v. Taxa de analgesias de parto por via neuroeixo;
- vi. Taxa de analgesias de parto por via endovenosa;
- vii. Taxa de consultas de anestesia obstétrica no 3º trimestre;
- viii. Taxa de cefaleias pós punção da dura mater.

10.2.2.2. NA UNIDADE DE CUIDADOS PÓS ANESTÉSICOS

- i. Número de doentes admitidos;

- ii. Número de doentes passando diretamente em UCPA (programados e não programados);
- iii. Número de doentes não passando na UCPA;
- iv. Taxa de doentes que necessitam de cuidados pós-operatórios mais diferenciados ou prolongados que o inicialmente previsto (e.g. necessidade de admissão em unidade de cuidados intensivos em doente que se previa necessitar apenas de internamento em enfermaria no pós-operatório, ou doente programado para cirurgia em regime de ambulatório, que necessita de internamento hospitalar);
- v. Distribuição dos tempos de permanência na UCPA;
- vi. Taxa de permanência aumentada na UCPA (superior a 3 horas);
- vii. Taxa de doentes com dor severa no pós-operatório;
- viii. Taxa de doentes que refere náuseas ou apresenta vômitos no pós-operatório;
- ix. Taxas de complicações cardiovasculares;
- x. Taxa de doentes com complicações respiratórias;
- xi. Taxa de excesso de fluidos administrados (*ratio output-input*);
- xii. Taxa de doentes hipotérmicos;
- xiii. Taxa de doentes com curarização residual;
- xiv. Taxa de doentes com hiperglicemia ou hipoglicemia;
- xv. Taxa de doentes com profilaxia antitrombótica indicada efetuada;
- xvi. Taxa de efetivação do protocolo antibiótico indicado;
- xvii. Taxa de mortalidade e complicações major no peri-operatório até às 48 horas de pós-operatório;
- xviii. Taxa de reinternamentos por complicações relacionadas com a anestesia nos primeiros trinta dias.

A gestão de qualidade é um instrumento de mais-valia para a evolução da especialidade, culminando na evolução da Anestesiologia para a medicina peri-operatória. O sucesso da abordagem médico-cirúrgica do doente está muito dependente da intervenção anestésica, pelo que a criação de mecanismos de melhoria contínua de qualidade são pertinentes.

10.2.3. INDICADORES A UTILIZAR NO DESENVOLVIMENTO E MONITORIZAÇÃO DA REDE

A Anestesiologia, como qualquer outro sector do Hospital, requer o crescente investimento no adequado registo de dados. Esse registo deverá contemplar a vertente administrativa, clínica e financeira (com a codificação inerente à valorização financeira do trabalho clínico), sendo, ainda, um componente muito importante do sistema de qualidade.

Não será o presente documento descritivo da Rede de Referência o local mais apropriado para a descrição detalhada da listagem de funcionalidades a prever para a informatização em causa.

Contudo, porque se trata da promoção do trabalho em rede e porque esta temática é crucial para a criação de um verdadeiro sistema de informação, sistematizam-se os seguintes aspetos a considerar:

10.2.3.1. LISTAGEM TIPIFICADA DE FUNCIONALIDADES BÁSICAS

Todos os sistemas informáticos, independentemente da sua origem, pública ou privada, devem obedecer a um conjunto de requisitos básicos/mínimos em funcionalidades, de forma a garantir que um *core set* de dados se encontra previsto e os mesmos possam ser tratados de forma igual (para que, posteriormente, as realidades sejam comparáveis). Apenas sistemas certificados pelas entidades competentes devem ser implementados (onde, para além do organismo do Ministério da Saúde que tutela a área dos sistemas de informação, se recomenda que sejam ouvidas a Sociedade Portuguesa de Anestesiologia e o Colégio de Anestesiologia da OM).

10.2.3.2. INTEROPERABILIDADE (INTERAÇÃO ENTRE DIVERSOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO ELETRÓNICA)

A interoperabilidade é uma característica importante para garantir que todos os dados são exportáveis, sendo os registos em apreço compatíveis com o restante processo clínico eletrónico da instituição e com bases de dados nacionais que venham a ser criadas para fins científicos ou outros. Presentemente existem linguagens de programação que, se respeitadas, permitem a interoperabilidade plena. *Proprietary software* impeditivo do fluxo da informação não deverá ser autorizado. Todo o sistema, *open source* ou *proprietary*, deverá comprovadamente ser interoperável, sendo que todos os ficheiros e tipos de registos de Anestesia têm especificidades próprias a considerar.

10.2.3.3. PATIENT DATA MANAGEMENT SYSTEM

A filosofia *Patient Data Management System* (PDMS) é central ao trabalho da Anestesiologia, muito especialmente no Bloco Operatório e na relação deste com os cuidados pós operatórios mais exigentes (em UCPA ou Cuidados Intensivos/Intermédios). O PDMS possibilita a representação gráfica do *workflow* em termos de tabelas que inter-relacionam parâmetros como o tempo, sinais vitais, fármacos, fluidos administrados e eliminados, procedimentos, entre outros, dados esses colocados numa *timeline* que possibilita a visualização integrada.

10.2.3.4. PATIENT JOURNEY

Todo o fluxo de encaminhamento e observação do doente deve estar registado e acessível, incluindo a observação

em consulta (externa e interna) e, para além do relevante para a medicina peri-operatória, valorizar as diversas áreas de interesse da especialidade: Medicina da Dor, Medicina de Emergência, Medicina Intensiva e Medicina Peri-Operatória.

10.2.3.5. DATAWAREHOUSE

Um repositório central com possibilidade de pesquisar e (inter) relacionar os diversos registos constitui um componente central de um sistema informático moderno, capaz de responder a buscas solicitadas pelos utilizadores e maleável na possibilidade de agregar dados consoante a exigência da pesquisa.

Juntas, estas características são determinantes para a existência de um verdadeiro sistema de informação. Um sistema adequado não apenas prevê formas de registo em campo livre, com dados mortos e não inter-relacionáveis. Antes, consigna soluções exportáveis e facilmente pesquisáveis nas diversas dimensões a considerar.

Mais, esta informação e a facilidade da sua acessibilidade, integrando os dados recolhidos na consulta/avaliação pré anestésica e o bloco operatório, é extremamente pertinente e valiosa para a valorização da patologia associada e relativa complexidade do doente, com repercussões importantes e impacto na codificação em Grupo de Diagnóstico Homogéneo (GDH).

Assim, fica claro que o que se exige não é a simples forma de informatizar criando-se um mero registo eletrónico, mas sim, a possibilidade de registar dados de forma a criar informação, facilmente disponível e inter-relacionável. Esta abordagem será fundamental para a devida capacidade de gerir, avaliar e valorizar o trabalho da Anestesiologia.

11. AUDITORIAS

A Auditoria Clínica é um processo estruturado de revisão por pares através da avaliação da prática clínica relativamente às normas de orientação adotadas, implementação das mudanças necessárias na prática clínica e subsequente reavaliação das diferenças que essas mudanças produziram.

O objetivo geral deste processo é o de garantir elevados padrões de prática clínica e melhorar de forma global a qualidade dos cuidados prestados ao doente.

O National Institute for Health and Clinical Excellence, no seu documento de 2002, *Principles for Best Practice in Clinical Audit*, define auditoria clínica como: “Um processo de melhoria da qualidade que procura melhorar os cuidados prestados ao doente e os seus resultados através da revisão sistemática desses cuidados relativamente a critérios explícitos e da revisão da mudança”.

O processo de auditoria deverá incluir os seguintes

elementos:

- i. Definição de *standards*, critérios, alvos ou protocolos de boa prática médica, em relação aos quais a performance possa ser comparada;
- ii. Colheita sistemática de dados objetivos da performance – resultados ou “*outcomes*”;
- iii. Comparação desses resultados com os *standards* esperados ou em *benchmarking* com os melhores;
- iv. Identificar deficiências ou desvios e corrigi-los.

Os aspetos relacionados com a estrutura, processos e resultados dos cuidados são selecionados e sistematicamente avaliados relativamente a critérios explícitos. Onde for indicado, são implementadas mudanças ao nível individual, da equipa ou do Serviço, sendo implementada uma monitorização para confirmar a melhoria na prestação dos cuidados. A auditoria clínica permite, assim, conhecer verdadeiramente quais os resultados da atividade.

12. RECOMENDAÇÕES

São hoje consideradas como áreas de competência da Anestesiologia a Medicina Peri-Operatória, a Medicina da Dor, a Medicina de Emergência e a Medicina Intensiva.

Assim, tendo em conta as especificidades da Anestesiologia, considera-se que:

1. Os Serviços de Anestesiologia devem existir em todas as instituições de saúde dos grupos I, II e III, assim como nos hospitais especializados do grupo IV-a, que se destinam à oncologia.
2. Pela transversalidade de intervenção da Anestesiologia na organização hospitalar, recomenda-se que os Serviços de Anestesiologia sejam autónomos, independentes e únicos por instituição hospitalar, de acordo com várias recomendações entre as quais a do CNE da OM relativamente a esta matéria (Outubro de 2015).
3. Os Serviços de Anestesiologia das Instituições de Saúde de menor dimensão, criem parcerias com os Serviços de Anestesiologia das Instituições de Saúde de maior dimensão, com vista a possibilitar intercâmbios profissionais e/ou maior acessibilidade à atualização médica contínua.
4. Todos e quaisquer atos anestésicos são da exclusiva responsabilidade de médicos Anestesiologistas.
5. A avaliação pré-anestésica deve ser realizada por Anestesiologistas, conforme estipulado pela Norma da DGS nº 29/2013, de 31 de dezembro, sobre avaliação pré-anestésica para procedimentos eletivos. Para efeitos de afetação de tempos recomenda-se a atribuição de 20 minutos como tempo médio para a duração de cada consulta externa de anestesia.

6. Especificamente, no contexto da atividade assistencial própria de cada Instituição de Saúde, a Anestesiologia assume um papel relevante na atividade do Bloco Operatório, na UCPA, no apoio à realização de MCDT, no tratamento da Dor Crónica e Aguda, incluindo na Analgesia do Trabalho de Parto.
7. Dependendo da organização interna da Instituição, a Anestesiologia assume um papel relevante na Medicina de Emergência e na Medicina Intensiva.
8. Dependendo da organização interna da Instituição, a Anestesiologia assim como outras Especialidades Médicas, pode assumir um papel no transporte do doente crítico.
9. Nos hospitais com idoneidade formativa na área da Anestesiologia, o interno de formação específica do quinto e último ano do Internato Médico, pode, sob tutela, assumir funções equiparadas a Especialista e as inerentes tarefas assistenciais, de acordo com o seu nível de preparação, respeitando as seguintes condições:
 - 9.1. Ausência de interferência com o cumprimento do programa de formação do Internato;
 - 9.2. Presença de Especialista em permanência física no Hospital em apoio contínuo;
 - 9.3. Concordância do Diretor do Serviço de Anestesiologia, responsável máximo pela formação dos seus internos;
 - 9.4. Concordância do próprio Interno, que deve sentir-se com competência suficiente para as tarefas que lhe são atribuídas nesse contexto, aliás de acordo com o artigo 36º do Código Deontológico.
10. Por norma, se aplicável, o Interno de Formação Específica deve ser colocado na equipa do SU do seu Orientador de Formação.
11. O esquema organizativo da cobertura global de apoio assistencial da Anestesiologia é da responsabilidade do Diretor do Serviço de Anestesiologia e dependerá da análise do número de postos de trabalho e da exigência técnica específica dos mesmos. Tendo em conta o descrito, recomenda-se o seguinte:
 - 11.1. Um especialista em presença física por cada sala de operações em funcionamento, quer seja em ambiente público quer seja em ambiente privado;
 - 11.2. Alocação de pelo menos um Anestesiologista na UCPA, de acordo com a dimensão da unidade, volume de doentes, e nível de cuidados médicos que a cada momento são exigidos pelos doentes que se encontrem na Unidade, e conforme descrito anteriormente;
 - 11.3. Dimensionamento adequado de Anestesiologistas para as funções de avaliação pré-operatória no âmbito da Consulta Externa de Anestesiologia, na Unidade de Dor Crónica e na Unidade de Dor Aguda, de acordo com a dimensão da Instituição de Saúde, do contrato-programa do Hospital e das necessidades da população;
 - 11.4. Dimensionamento adequado de Anestesiologistas para as funções de formação no âmbito do ensino pré e pós-graduado, de acordo com a tipologia da Instituição de Saúde, a sua capacidade formativa de acordo com critérios da OM, e dos compromissos assumidos pela Instituição;
 - 11.5. Dimensionamento adequado da equipa de Anestesiologistas para o SU, quando aplicável, dependendo do número de salas operatórias alocadas para esse fim, do anteriormente definido para as UCPA, da estrutura e dimensão da Unidade de Obstetrícia (como a seguir referido) e dos potenciais postos de trabalho da Anestesiologia fora do Bloco Operatório (Vias Verdes Coronária e de AVC, Radiologia e Neurorradiologia, Gastroenterologia, entre outros), para os quais esse SU se encontra estruturado;
 - 11.6. O destacamento de um Especialista para qualquer e toda outra função (por exemplo, no acompanhamento de transporte de doente crítico intra ou inter-hospitalar ou para apoio à realização de MCDT) deve estar previsto dentro das atividades do Serviço;
 - 11.7. A responsabilidade pela liderança da resposta na Sala de Emergência implica disponibilidade imediata e permanente, não acumulável com a prestação noutras áreas, sem possibilidade das mesmas serem de imediato asseguradas de acordo com as normas de segurança aqui enunciadas;
 - 11.8. Quando o Anestesiologista é responsável pelo apoio à Medicina de Emergência e/ou Medicina Intensiva, é obrigatória a manutenção do apoio constante e imediato de um outro Especialista em presença física no Hospital;
 - 11.9. A existência de uma Unidade de Obstetrícia pressupõe a presença de um Anestesiologista, em caso de atividade anual inferior a 2000 partos, se enquadrado em Unidade de Saúde com equipa de urgência que dispõe de outro(s) Anestesiologista(s). No caso de Unidade de Obstetrícia com menos de 2000 partos por ano, em Unidade de Saúde sem SU Geral, é obrigatória a existência do mínimo de dois Anestesiologistas em presença física. A partir de 2000 partos por ano deverão estar alocados, em permanência, dois Anestesiologistas para esta atividade.
12. A Anestesiologia, fruto da diversidade e complexidade das suas competências, constitui uma

- especialidade fundamental na abordagem do doente urgente e emergente. De acordo com o Despacho n.º 13427/2015, de 16 de novembro, alterado pela Declaração de Retificação n.º 1032-A/2015, de 23 de novembro, que define e classifica os Pontos da Rede de Urgência/Emergência, e o Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto, onde se determina a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica, bem como os níveis de responsabilidade dos SU, estabelecendo, entre outros recursos, as valências previstas em cada nível de diferenciação, considera-se o seguinte:
- 12.1. No contexto do SU, consoante o seu nível de diferenciação e a capacidade assistencial desse Serviço, a Anestesiologia assume responsabilidades em todas as suas áreas de competência;
 - 12.2. Independentemente da responsabilidade e organização funcional da resposta à emergência em determinada Instituição, a Anestesiologia assume um papel relevante na Medicina de Emergência e deve intervir na mesma;
 - 12.3. A intervenção da Anestesiologia é relevante no contexto da missão do SUP e do SUMC;
 - 12.4. No SUB, a intervenção da Anestesiologia, quando existir, poderá ser relevante no contexto da Medicina de Emergência, consoante a organização local. Considera-se obrigatório que em qualquer tipo de SU tenha de haver resposta qualificada às situações emergentes, implicando formação e treino adequado, assegurado por médico qualificado;
 - 12.5. No caso do Hospital com SUB enquanto existir internamento de doentes operados, é relevante a disponibilidade da Anestesiologia em apoio ao período pós-operatório, no tratamento da dor, na eventual intervenção cirúrgica não programada e na resposta à emergência;
 - 12.6. Considera-se obrigatório que em qualquer Unidade de Saúde onde existe internamento de doentes operados tem de estar prevista a resposta de Anestesiologia em apoio permanente;
 - 12.7. Em todas as circunstâncias, no SUP e no SUMC, independentemente do volume de trabalho inerente ao seu funcionamento, é critério de segurança fundamental a equipa mínima de dois Anestesiologistas;
 - 12.8. A dimensão da equipa de Anestesiologia, considerando o número de Especialistas e Internos de Formação Específica, bem como o esquema organizativo da cobertura global do apoio assistencial nas 24 horas, dependerá da análise do número de postos de trabalho e da exigência técnica específica dos mesmos, sob proposta do Diretor de Serviço de Anestesiologia, conforme descrito em 11. Compete àquele, respeitando os princípios enunciados pelo Colégio de Especialidade da OM, propor a solução tecnicamente julgada adequada e assumir a responsabilidade inerente ao funcionamento da equipa de Anestesiologia no SU. A eventual redistribuição de elementos na equipa de urgência de acordo com as exigências e prioridades pontuais do SU, que deve respeitar as especificidades das especialidades, é da responsabilidade do Chefe de Equipa do SU;
 - 12.9. Para além da intervenção intra-hospitalar e, eventualmente, inter-hospitalar supracitada, a título individual e consoante a disponibilidade pessoal demonstrada para o efeito, reconhece-se a importância da participação da Anestesiologia na emergência pré-hospitalar, nomeadamente na Viatura Médica de Emergência e Reanimação e no Serviço de Helicópteros de Emergência Médica;
 - 12.10. Considerando a amplitude das funções assumidas, bem como o carácter crucial das mesmas na abordagem precoce do doente crítico, a Anestesiologia possui um papel relevante na Medicina de Catástrofes, nas vertentes pré, inter e intra-hospitalares.
 13. Os Serviços de Anestesiologia não devem atribuir, nem os médicos especialistas de Anestesiologia aceitar, a responsabilidade de dois postos de trabalho em simultâneo. O anteriormente referido não isenta o médico Anestesiologista do dever ético, moral e técnico de ajudar um colega que inesperadamente se vê numa situação de emergência com determinado doente, partindo do princípio que tal é exequível e não põe em risco a atividade em curso.
 14. Considera-se recomendável que em qualquer Unidade de Saúde onde se executem atos anestésicos, com exceção dos locais onde se pratique apenas anestesia local, estejam presentes dois Anestesiologistas. Na sua impossibilidade, o Anestesiologista responsável pelo doente deverá poder contar com um segundo elemento médico, com experiência em suporte avançado de vida e gestão diferenciada da via aérea, designadamente em situações emergentes e com conhecimentos de medicina peri-operatória.
 15. A prática médica anestésica e cirúrgica na população pediátrica é uniformemente reconhecida como tendo especificidades próprias, exigindo profissionais qualificados, com o adequado treino e experiência específica, sendo fortemente desaconselhável a sua execução de uma forma esporádica e ocasional. Em qualquer das situações em que venha a ser realizada,

- devem estar asseguradas as condições mínimas estabelecidas pelo Colégio de Anestesiologia e homologadas pelo Conselho Nacional Executivo da OM.
16. Salientar a importância da intervenção e apoio na área da Dor Aguda (incluindo a analgesia de parto), que para além do fator de humanização e conforto acrescidos, constitui um fator crucial para uma mais rápida recuperação funcional do doente e numa alta mais precoce, permitindo substanciais ganhos em saúde, de acordo com a Norma da DGS n.º 003/2012, de 19 de outubro e o PENPCDor de 2013.
 17. Especial enfoque para a mortalidade pós-operatória que apesar de toda a evolução técnica sentida na Medicina Moderna continua a ser uma importante preocupação de saúde pública, sobretudo quando se percebe, resultado de vários estudos, que 30% a 50% dessas mortes serão evitáveis, e onde a Anestesiologia pode desenvolver um papel de grande relevo.
 18. Apontar para a necessidade de reforçar o número de Anestesiologistas integrados na rede pública hospitalar do SNS, aproximando o *ratio* de Anestesiologistas por 100 000 habitantes dos 16, em vez dos atuais 12, nos próximos 5 anos. Deverão ser tomadas medidas para uma distribuição de médicos Anestesiologistas mais equitativa que diminua as assimetrias registadas na dispersão de Anestesiologistas atualmente existente na rede pública hospitalar.
 19. Definir e implementar indicadores de qualidade da prática anestésica, de forma a obter um programa contínuo de melhoria da qualidade da atividade anestesiológica.
 20. Deveser equacionada a obrigatoriedade de registos de toda a atividade anestésica, de forma informatizada, com sistemas adequados e compatíveis, com registo da monitorização clínica de forma automática, que permitam uma gestão clínica e epidemiológica de toda a informação de forma integrada, e que sejam fiáveis para fins contabilísticos, de codificação e médico-legal.
 21. Promover a implementação de auditorias internas, de forma a sensibilizar os Serviços para uma prática crescente de qualidade na área da Anestesiologia, e se possível, alargar este âmbito a auditorias externas.
 22. Garantir que todos os Serviços dispõem de monitorização clínica *standard* básica e avançada de acordo com o estado da arte, designadamente, e a título de exemplo, monitorização do bloqueio neuromuscular, acesso a monitorização da profundidade anestésica, e disponibilização de equipamento ecográfico.
 23. É altamente recomendável a disseminação da prática da ultrassonografia, por Anestesiologistas, como apoio à prestação de cuidados anestésicos, quer seja para acessos vasculares, bloqueios de nervos ou para monitorização da função cardíaca através da ecocardiografia transesofágica, designadamente na cirurgia cardíaca, vascular ou trauma.
 24. É desejável que se garanta que todos os Serviços dispõem de *kits* para situações de hipertermia maligna (ou protocolos institucionais que permitam fácil acesso a esta medicação) e toxicidade anestésica, assim como equipamento adequado e de fácil acesso para resolver situações inesperadas de via área difícil, ou de emergências cardiológicas.

Publicação: A publicação deste artigo nesta revista foi devidamente autorizada.

Publication: The publication of this article in this journal has been duly authorized.

Data de submissão: 24 de junho, 2017

Submission date: 24th of June, 2017

Data de aceitação: 20 de julho, 2017

Acceptance date: 20th of July 2017

13. REFERÊNCIAS

- Bartels K, Karhausen J, Clambey ET, Grenz A, Eltzschig HK. Perioperative organ injury. *Anesthesiology*. 2013;119:1474-89.
- Daugherty L, Fonseca R, Kumar KB, Michaud PC. An Analysis of the Labor Markets for Anesthesiology. *Rand Health Q*. 2011;1:18.
- Declaração de Retificação nº 1032-A/15. D.R. 1.º Suplemento - II Série. 230 (2015-11-24) 34158-(3)-34158(5) – Retifica o anexo do Despacho n.º 13427/2015, que define e classifica os serviços de urgência que constituem os pontos da Rede de Urgência/Emergência, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 228, de 20 de novembro de 2015, que saiu com inexactidão.
- Despacho N.º 10601/11. D.R. II.ª Série. 162 (2013-08-24) 34823-34824 - Criação do grupo técnico para a reforma hospitalar.
- Despacho N.º 10871/14. D.R. II Série. 162 (2014-08-25) 21966 – Determina os responsáveis pela elaboração ou revisão das Redes Nacionais de Especialidades Hospitalares e de Referência.
- Despacho N.º 10319/14. D.R. II Série. 153 (2014-08-11) 20673-20678 – Determina a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface com o pré-hospitalar, os níveis de

responsabilidade dos Serviços de Urgência (SU), bem como estabelece padrões mínimos relativos à sua estrutura, recursos humanos, formação, critérios e indicadores de qualidade e define o processo de monitorização e avaliação. Revoga os Despachos n.os 18459/2006, de 30 de julho, 24681/2006, de 25 de outubro e 727/2007, de 18 de dezembro de 2006.

- Despacho N.º 6769-A/15. D.R. 1.º Suplemento - II Série. 115 (2015-06-16) 15944-(2) – Designa os responsáveis pela elaboração ou revisão das Redes Nacionais de Especialidades Hospitalares e de Referência das especialidades de Anatomia Patológica, Anestesiologia, Cirurgia, Cirurgia Geral, Gastrenterologia, Hepatologia, Medicina Física e de Reabilitação, Medicina Intensiva, Medicina Nuclear, Nefrologia, Oftalmologia, Ortopedia, Patologia Clínica, Neurorradiologia, Radiologia, Reumatologia e Urologia.
- Despacho N.º 13427/15. D.R. II Série. 228 (2015-11-20) 33814-33816 – Define e classifica os serviços de urgência que constituem os pontos da Rede de Urgência/Emergência, constantes do anexo ao presente despacho, do qual faz parte integrante. Revoga o Despacho n.º 5414/2008, de 28 de fevereiro.
- Despacho N.º 10438/16. D.R. II Série. 159 (2016-08-19) 26090-26092 – Altera o anexo do Despacho n.º 13427/2015 (define e classifica os serviços de urgência que constituem os pontos da Rede de Urgência/Emergência), publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 228, de 20 de novembro, retificado pela Declaração de Retificação n.º 1032-A/2015, publicada no Diário da República, 2.ª série, n.º 230, de 24 de novembro.
- Egger Halbeis CB, Schubert A. Staffing the operating room suite: perspectives from Europe and North America on the role of different anesthesia personnel. *Anesthesiol Clin.* 2008;26:637-63, vi.
- Egger Halbeis CB, Cvachovec K, Scherpereel P, Mellin-Olsen J, Drobnik L, Sondore A. Anaesthesia workforce in Europe. *Eur J Anaesthesiol.* 2007;24:991-1007.
- Fidalgo S. Responsabilidade Penal por Negligência no Exercício da Medicina em Equipa. Coimbra: Coimbra Editora;2009.
- Lei N.º64-A/2011. D.R. I.ª Série. 250 (2011-12-30) 5538-(2)-5538(48) – Aprova as grandes opções do plano para 2012-2015.
- Lemos P, Lima JF, Viana J, Assunção JP, Veiga J,

Chedas M, et al. Censos de Anestesiologia – 2014. Relatório Final. *Rev Soc Port Anesthesiol.* 2015 ;24 : 41-52.

- Marty J. Organization – Qualité Gestion du risqué en anesthesie-reanimation. Paris : Masson ; 2003.
- Mcintosh CA, Macario A. Part-time clinical anesthesia practice: a review of the economic, quality, and safety issues. *Anesthesiol Clin.* 2008;26:707-27, vii.
- Ministério da Saúde. Relatório Final do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar – Os cidadãos no Centro do Sistema, Os profissionais no Centro da Mudança. Lisboa: MS; 2011.
- Ministério da Saúde, Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. Estudo das Necessidades Previsionais de Recursos Humanos em Saúde. Médicos – Relatório Final, Universidade de Coimbra, 2009.
- Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. Circular Normativa n.º 07/DQS/DQCO – Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado [Em linha] Lisboa: DGS; 2010. Disponível em <http://www.dgs.pt/?cr=15763>
- Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. Norma n.º 003/2012 – Organização das Unidades Funcionais de Dor Aguda. [Em linha] Lisboa: DGS; 2012. [consultado 09/05/2016] Disponível em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0032012-de-19102012.aspx>
- Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. Norma n.º 029/2013, atualizada a 24 de abril de 2015 – Avaliação Pré-Anestésica Para Procedimentos Eletivos. [Em linha] Lisboa: DGS; 2015. [consultado 10/02/2017] Disponível em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0292013-de-31122013.aspx>
- Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde.- Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDor). [Em linha] Lisboa: DGS; 2013. [consultado 10/02/2017] Disponível em <http://www.dgs.pt/outros-programas-e-projetos/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/plano-estrategico-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-dor-penpcdor.aspx>
- Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Lisboa: DGS; 2012.
- Ordem dos Médicos. – Estudo de Evolução Prospectiva de Médicos no Sistema Nacional de

- Saúde. Coimbra: Universidade de Coimbra; 2013.
- Portaria N° 82/14. D.R. I Série. 71 (2014-04-10) 2364-2366 – Estabelece os critérios que permitem categorizar os serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), de acordo com a natureza das suas responsabilidades e quadro de valências exercidas, e o seu posicionamento da rede hospitalar e procede à sua classificação.
 - Portaria N° 123-A/2014. D.R. 1.ª Série. 116 (2014-06-19) 3218(2)-3218(3) – Estabelece os critérios de criação e revisão de Redes Nacionais de Especialidades Hospitalares e de Referenciação, bem como as áreas que as mesmas devem abranger.
 - Portaria N° 92-A/16. D.R. 1.º Suplemento - I Série. 74 (2016-04-15) 1306-(2)-1306-(11) – Atualiza o programa de formação da área de especialização de Anestesiologia.
 - União Europeia - Saúde XXI - Programa Operacional da Saúde 2000-2006 (Aprovado pela Comissão em 28 de julho de 2000). [Em linha] [consultado 09/05/2016]. Disponível em <http://www.qca.pt/pos/download/2000/saude.pdf>
 - Shaw CD. Principles for Best Practice in Clinical Audit. Oxford: Oxford University Press, National Institute for Clinical Excellence; 2002.
 - Sweitzer BJ. Preoperative assessment and management. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins ; 2008.
 - Weissman C, Eidelman LA, Pizov R, Matot I, Klein N, Cohn R. The Israeli anesthesiology physician workforce. *Isr Med Assoc J.* 2006;8:255-60.

ÍNDICE DE TABELAS

- Tabela 1. Expressão das diferentes especialidades cirúrgicas no Universo de Instituições Hospitalares Públicas analisadas (n = 52) - PÁG. 106
- Tabela 2. Expressão do envolvimento dos Anestesiologistas na realização de MCDT no Universo de Instituições Hospitalares Públicas analisadas (n = 52) - PÁG. 106
- Tabela 3. Programas de transplantação de órgãos em curso no Universo de Instituições Hospitalares Públicas analisadas (n = 52) - PÁG. 106
- Tabela 4. Características de determinadas valências nos SU das Instituições Hospitalares Públicas analisadas (n = 52) - P. 107
- Tabela 5. Envolvência dos Anestesiologistas noutro tipo de programas das Instituições Hospitalares Públicas analisadas (n = 52, exceto * e **) - PÁG. 107
- Tabela 6. Logística disponível nas Instituições Hospitalares Públicas analisadas, em janeiro de 2014 (n = 52) - PÁG. 107
- Tabela 7. Organização dos Serviços de Anestesiologia nas Instituições Hospitalares Públicas analisadas (n = 52) - PÁG. 108
- Tabela 8. Caracterização da atividade dos Serviços de Anestesiologia nas Instituições Hospitalares Públicas analisadas

(n = 52) - PÁG. 108

- Tabela 9. Tempos semanais (= 6h), ou FAE, atribuídas à atividade dos Serviços de Anestesiologia nas Instituições Hospitalares Públicas analisadas (n = 52) - PÁG. 108
- Tabela 10. Produção anual (2013) nas Instituições Hospitalares Públicas analisadas (n = 52), com relação com a atividade anestésica - PÁG. 109
- Tabela 11. Tipo e regime contratual dos Anestesiologistas pertencentes aos quadros médicos dos Serviços de Anestesiologia das Instituições Hospitalares Públicas analisadas (n = 52) - PÁG. 110
- Tabela 12. Grau da Carreira Médica Hospitalar dos Anestesiologistas pertencentes aos quadros médicos dos Serviços de Anestesiologia das Instituições Hospitalares Públicas analisadas (n = 52) - PÁG. 110
- Tabela 13. Tipo e regime contratual dos Anestesiologistas não pertencentes aos quadros médicos dos Serviços de Anestesiologia das Instituições Hospitalares Públicas analisadas (n = 52) - PÁG. 110
- Tabela 14. Grau da Carreira Médica Hospitalar dos Anestesiologistas não pertencentes aos quadros médicos dos Serviços de Anestesiologia das Instituições Hospitalares Públicas analisadas (n = 52) - PÁG. 110
- Tabela 15. Rácio de Anestesiologistas por 100 000 habitantes, por Administração Regional de Saúde - PÁG. 111

ÍNDICE DE FIGURAS

- Figura 1. Anestesiologistas pertencentes aos quadros médicos dos Serviços de Anestesiologia das Instituições Hospitalares Públicas analisadas (n = 52), por ano de nascimento - PÁG. 109
- Figura 2. Anestesiologistas não pertencentes aos quadros médicos dos Serviços de Anestesiologia das Instituições Hospitalares Públicas analisadas (n = 52), por ano de nascimento - PÁG. 110
- Figura 3. Número de Internos, por ano de especialidade, a frequentar o Internato de Anestesiologia, nos Serviços de Anestesiologia das Instituições Hospitalares Públicas analisadas com idoneidade formativa (n = 25) - PÁG. 111
- Figura 4. Evolução dos Recursos Humanos em Anestesiologia até 2030 nas Instituições Hospitalares Públicas analisadas, tendo em conta saídas aos 66 anos por aposentação, e entradas fixas anuais de 64 internos - PÁG. 114