

Administração Central

ACSS

do Sistema de Saúde

Aparece AD 29/4/204

Administração Central

ACSS

do Sistema de Saúde

ANA JORGE
Ministra da Saúde

**REDE DE REFERENCIAÇÃO
HOSPITALAR DE
OTORRINOLARINGOLOGIA**

Dezembro 2008

GRUPO DE TRABALHO:

Ana Paula Branco (Centro Hospitalar das Caldas da Rainha)

Carlos P Alexandre (Hospital Garcia de Orta – Almada)

Carlos Ribeiro (Centro Hospitalar de Coimbra)

Ilídio Gonçalves (Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio)

José Marques dos Santos (Hospital de S. Teotónio - Viseu)

Luísa Monteiro (Centro Hospitalar Lisboa Central)

Margarida Santos (Hospital de S. João)

Adriano Natário (ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde)

Maria Manuela Andrade (ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde)

Nuno Arraiolos (ACSS- Administração Central do Sistema de Saúde)

Este documento, da responsabilidade da ACSS, teve o excelente contributo dos peritos acima indicados, embora possa não traduzir completamente os pontos de vista de cada um de per si.

INDICE

CONCEITO DE REDE DE REFERENCIAÇÃO HOSPITALAR	2
1. A ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA	3
2. EPIDEMIOLOGIA E PATOLOGIA OTORRINOLARINGOLÓGICA	5
2.1. PATOLOGIAS COM IMPACTO HOSPITALAR.....	5
2.1.1. <i>Ouvido.....</i>	<i>5</i>
2.1.2. <i>Cavidade oral, orofaringe e nasofaringe.....</i>	<i>7</i>
2.1.3. <i>Nariz.....</i>	<i>9</i>
2.1.4. <i>Laringe.....</i>	<i>11</i>
2.1.5. <i>Pescoço.....</i>	<i>12</i>
3. CARACTERIZAÇÃO DA REALIDADE DA ORL PORTUGUESA.....	14
3.1. A SITUAÇÃO DA ESPECIALIDADE EM PORTUGAL	14
3.2. DESEMPENHO.....	20
4. NECESSIDADES DE SAÚDE EM ORL	23
5 – MODELO ORGANIZATIVO RECOMENDADO	25
5.1. NÍVEIS DE DIFERENCIAÇÃO	25
5.2 - HOSPITAIS DE PROXIMIDADE E ACES (AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE)	25
5.3 HOSPITAIS DE NÍVEL B2	25
5.3.1. <i>Quadro médico para assegurar estas actividades.....</i>	<i>26</i>
5.3.2 – <i>Instalações desta unidade.....</i>	<i>27</i>
5.3.3 – <i>Equipamentos indispensáveis.....</i>	<i>28</i>
5.4 – HOSPITAIS DE NÍVEL B1.....	29
5.4.1. <i>Quadro médico da unidade de ORL.....</i>	<i>30</i>
5.4.2 – <i>Instalações desta unidade.....</i>	<i>30</i>
5.5 – HOSPITAIS DE NÍVEL A	33
5.5.1. <i>Quadro médico da unidade de ORL.....</i>	<i>34</i>
5.5.4. <i>Equipamentos tipo de uma unidade de ORL de tipologia A (fim de linha).....</i>	<i>36</i>
5.6 - HOSPITAIS ESPECIALIZADOS.....	37
5.7. CENTROS DE REFERÊNCIA.....	37
5.7.1. <i>Patologia Pediátrica.....</i>	<i>37</i>
5.7.2. <i>Implantes cocleares.....</i>	<i>38</i>
5.7.3. <i>Outras áreas de referência</i>	<i>39</i>
6. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE	40
7. BIBLIOGRAFIA	41
ANEXO I - CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DE IDONEIDADE DOS SERVIÇOS PARA FINS FORMATIVOS..	57
ANEXO II- PROGRAMA EUROPEU DE FORMAÇÃO DO INTERNATO DA ESPECIALIDADE...	60

Conceito de Rede de Referência Hospitalar

As Redes de Referência Hospitalar (RRH) são sistemas através dos quais se pretende regular as relações de complementaridade e de apoio técnico entre todas as instituições hospitalares, de modo a garantir o acesso de todos os doentes aos serviços e unidades prestadoras de cuidados de saúde, sustentado num sistema integrado de informação inter-institucional.

Uma Rede de Referência Hospitalar (RRH) traduz-se por um conjunto de especialidades médicas e de tecnologias que suportam vários sistemas locais de saúde, permitindo:

- 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.
- Exploração de complementaridades de modo a aproveitar sinergias. Concentrar experiências permitindo o desenvolvimento do conhecimento e a especialização dos técnicos com a consequente melhoria da qualidade dos cuidados.
- Concentração de recursos permitindo a maximização da sua rentabilidade.

No desenho e implementação de uma RRH deve-se:

- Considerar as necessidades reais das populações
- Aproveitar a capacidade instalada
- Adaptar às especificidades e condicionalismos loco-regionais
- Integrar numa visão de Rede Nacional
- Envolver os serviços de internamento e ambulatório

Como princípio orientador, as redes devem ser construídas numa lógica centrada nas necessidades da população e com base em critérios de distribuição e rácios, previamente definidos, de instalações, equipamentos e recursos humanos.

1. A ESPECIALIDADE DE OTORRINOLARINGOLOGIA

Definição

A Otorrinolaringologia (ORL) é uma especialidade médico-cirúrgica cujo âmbito inclui o diagnóstico e tratamento de funções e doenças, traumas, malformações e outras alterações do ouvido, osso temporal e base lateral do crânio, nariz, seios perinasais e base anterior do crânio, cavidade oral, faringe, laringe, traqueia, esófago, cabeça, pescoço, tiróide, glândulas salivares e vias lacrimais e estruturas adjacentes, em crianças e adultos. Inclui ainda a investigação e tratamento de condições que afectam os sentidos auditivo, vestibular, olfactivo, gustativo e alterações de nervos cranianos; bem como a comunicação humana no que diz respeito a alterações da fala, linguagem e voz.

Algumas das condições diagnosticadas por ORL, quando localizadas em áreas adjacentes poderão ser tratadas também em colaboração estreita com as respectivas especialidades destacando-se os casos da Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Cirurgia Maxilofacial, Estomatologia, Oftalmologia, Neurocirurgia, Pneumologia e Imunoalergologia.

Definição de Otorrinolaringologista

Médico com formação específica, apto para diagnosticar e tratar doenças do ouvido, nariz e seios perinasais, faringe, laringe e restante área cervical em que executa procedimentos médicos e cirúrgicos. Compete-lhe ainda exercer a tarefa de consultor no âmbito hospitalar e em determinadas circunstâncias a participação na formação de internos de especialidade.

História da Otorrinolaringologia em Portugal

O nascimento da Otorrinolaringologia como especialidade independente insere-se nos movimentos de fragmentação da Cirurgia Geral. As primeiras publicações nacionais relacionadas com a esfera da Otorrinolaringologia foram feitas por cirurgiões gerais: João Curvo Semmedo “Observações Médicas Doutrinárias de Cem Casos Gravíssimos”, Antero

Gomes Lourenço em cujo tratado de cirurgia geral faz referência ao tratamento das feridas da cabeça, incluindo as do nariz, pescoço e orelhas, e Manuel Pereira Franco numa dissertação sobre “Os diferentes métodos e principais processos de praticar a rinoplastia, preferindo-se o método indiano”.

Os introdutores da Otorrinolaringologia em Portugal, no séc. XIX, pertenceram todos ao H. de São José. Estes ilustres médicos foram Gregório Rodrigues Fernandes, Francisco Avelino Monteiro, considerado o primeiro especialista nacional, e Manuel Diogo de Valladares.

O desenvolvimento da Otorrinolaringologia a nível internacional como especialidade autónoma tem paralelo em Portugal com o aparecimento de consultas nos hospitais da altura: H. Dona Estefânia em 1892, no Porto em 1909, Hospital de São José em 1906, Hospital da Marinha em 1920 e Hospitais da Universidade de Coimbra em 1939. Também no ensino pré-graduado a especialidade se autonomiza, surgindo como disciplina independente.

Até à actualidade a Otorrinolaringologia nacional tem acompanhado as evoluções técnicas e científicas da especialidade. O seu âmbito de actuação centra-se no estudo e tratamento das patologias otológicas, rinológicas, laringológicas e cervicais.

2. EPIDEMIOLOGIA E PATOLOGIA OTORRINOLARINGOLÓGICA

2.1. Patologias com impacto hospitalar

2.1.1. Ouvido

Patologia do ouvido externo

Nesta área, destacam-se a patologia dermatológica, os quadros inflamatórios, a patologia congénita e as patologias neoplásicas.

As malformações congénitas do pavilhão auricular (1 caso em cada 10 000 recém-nascidos) podem estar associadas a malformações do canal auditivo externo e ouvido médio podendo ser unilaterais (4:1) ou bilaterais, assumem uma grande importância para o indivíduo, relacionada com os problemas estéticos e auditivos que acarretam. A gravidade deste problema é variável de acordo com a complexidade da malformação.

A otite externa aguda, parece atingir uma frequência de 4/1000, sendo importante o acompanhamento e tratamento cuidados de forma a evitar complicações como celulites e pericondrites. A otite externa maligna, mais frequente em indivíduos imunodeprimidos, e caracterizada por uma agressividade invulgar, destaca-se pela morbidade e mortalidade que lhe estão associadas.

O carcinoma epidermoide do pavilhão auricular representa cerca de 5% de todos os carcinomas da pele. É uma patologia, que em conjunto com os carcinomas basocelulares e os melanomas, se assumem como as patologias neoplásicas malignas mais frequentes do pavilhão auricular e canal auditivo externo, exigindo um diagnóstico e tratamento cirúrgico precoces tendo em vista um prognóstico mais favorável.

Patologia do ouvido médio

A patologia do ouvido médio é uma das que mais exige um envolvimento atento do Otorrinolaringologista.

Devem-se então destacar os quadros inflamatórios agudos e crónicos e suas complicações e a otosclerose, como as patologias mais frequentes num ambiente de consulta de especialidade hospitalar.

A Otite Média Aguda é a segunda doença mais comum na criança, pelo que representa uma das causas mais frequentes de consulta médica nesta faixa etária. No estudo denominado Greater Boston Otitis Media Study é referido que desde o nascimento até aos 7 anos de idade 93% das crianças terão pelo menos 1 episódios de otite média aguda. A recorrência deste quadro, o que ocorre com alguma frequência, obriga a um acompanhamento cuidado, podendo inclusive exigir intervenção cirúrgica.

A Otite média crónica com efusão, também mais frequente na infância, é condicionada por vários mecanismos, nos quais podemos incluir factores imunológicos, alérgicos e referentes à função da trompa de Eustáquio, condiciona com frequência hipoacúsia, exigindo por isso mesmo, acompanhamento adequado e por vezes tratamento cirúrgico. É também importante o diagnóstico diferencial com neofomações da nasofaringe.

Uma entidade patológica que apresenta uma prevalência elevada na consulta externa de ORL é a otite média crónica, quer simples, quer associada ao colesteatoma (6 a 12/100000). Estas são situações que na sua grande maioria exigem um tratamento cirúrgico (aticotomia ou mastoidectomia) de forma a obter um ouvido limpo, seco e seguro. Pelo risco de recorrência exigem também um acompanhamento periódico e a longo prazo.

A importância do reconhecimento e tratamento das doenças inflamatórias do ouvido médio visa não só o tratamento das mesmas, com optimização funcional, mas também o evitar as complicações que lhes estão associadas, como é o caso da otomastoidite, petrosite, paralisia facial periférica, fistulas labirínticas, labirintite, trombose do seio lateral, meningite, abscessos subperiosteal, epidural, subdural ou cerebral. Estes quadros, quase sem excepção, exigem um tratamento cirúrgico do ouvido afectado.

Outra das patologias prevalentes numa consulta de especialidade de ORL é a otosclerose, que apresenta uma prevalência de cerca de 1%. A hipoacúsia de transmissão a ela associada, em situações em que o estado geral do doente o permite, deve ser corrigida cirurgicamente pela realização de uma estapedotomia ou estapedectomia.

Patologia do ouvido interno

Em 2002/03, no Reino Unido, 19% dos homens e 13% das mulheres referiram diminuição da acuidade auditiva e 23% dos homens e 17% das mulheres com idade superior a 75 anos usavam prótese auditiva. (General Household Survey, Living in Britain 2002. National

Statistics Website). É por este e outros motivos que a hipoacusia congénita ou adquirida, nomeadamente a relacionada com a idade – Presbiacusia – é uma das patologias que com maior frequência requer a atenção do Otorrinolaringologista, pelas dificuldades funcionais e sociais que acarreta, sendo muitas vezes resolvida com a adaptação de uma prótese auditiva.

Os quadros de síndrome vertiginosa ou desequilíbrio são também entidades patológicas prevalentes e altamente incapacitantes. Quadros clínicos como a Vertigem Posicional Paroxística Benigna (VPPB) (10 a 100 casos por 100.000 indivíduos/ano), a Doença de Menière (10 a 150 casos por 100.000 indivíduos/ano) ou Neuronite Vestibular, entre outras, justificam um acompanhamento cuidadoso na consulta externa de Otorrinolaringologia. O diagnóstico diferencial com patologias do sistema nervoso central, com recurso a exames de exploração vestibular e de imagem é essencial, tendo em vista o melhor tratamento do doente muitas vezes recorrendo a exercícios e procedimentos de reabilitação vestibular.

A hipoacusia infantil, congénita ou adquirida no período neonatal tem uma provável incidência de 2 a 4 por cada 1 000 nascimentos, sendo que em crianças de risco esta incidência poderá atingir 1 a 2 por cada 100 recém-nascidos (Joint Committee on Infant Hearing). O estado da arte, segundo a recomendação de organismos internacionais é o estabelecimento de programas de rastreio, diagnóstico e reabilitação precoce, com início antes da alta da maternidade, alocando a estes programas recursos técnicos e humanos adequados com vista à plena integração escolar e social da criança portadora de deficit auditivo.

2.1.2. Cavidade oral, orofaringe e nasofaringe

Patologia do anel de Waldeyer e neoplasias da orofaringe

Claramente uma das patologias mais frequentes em Otorrinolaringologia, as alterações do anel de Waldeyer, principalmente na criança, requer uma atenção especial. Este tecido linfóide, que normalmente se encontra mais activo entre os 4 e os 10 anos, é causa frequente de quadros respiratórios obstrutivos (hipertrofia adenoideia e/ou amigdalina), infecciosos (adenoamigdalites de repetição (11.7-12.1%) ou de quadros clínicos associados a estruturas adjacentes (otite média aguda recorrente, otite média crónica com efusão). Estes quadros justificam muitas vezes tratamento cirúrgico, recorrendo à adenoidectomia e/ou amigdalectomia, sendo estes dos procedimentos mais frequentemente realizados em toda a

prática cirúrgica da especialidade. Estas situações podem complicar-se, no caso de tratamento incorrecto ou não atempado, por quadros de morbilidade e mortalidade elevados como são as infecções dos espaços parafaríngeos ou laterofaríngeos, em que um tratamento em regime de internamento, por vezes associado a uma intervenção cirúrgica de urgência é necessário.

Devem ser tidas também em atenção alterações neoplásicas locoregionais com é o caso das doenças linfoproliferativas e carcinomas espinocelulares de estruturas como as amígdalas palatinas.

Fenda palatina e lábio leporino

Estas patologias congénitas, cuja incidência ronda os 1/1000 (e.medicine), são situações por vezes altamente desfigurantes, associadas a outras malformações da linha média da face (nasais) mas cuja correcção cirúrgica precoce, segundo calendário pré-definido, permite uma melhoria clara do quadro requerendo, por esse motivo, uma intervenção atempada. O tratamento desta patologia exige abordagem da criança por equipas multidisciplinares (estomatologistas, ortodontistas, terapeutas da fala, cirurgiões pediátricos, cirurgiões maxilo-faciais e cirurgiões plásticos).

Doenças benignas e malignas da cavidade oral e nasofaringe

As neoplasias da cavidade oral incluem várias localizações, tais como o lábio, língua, mucosa bucal, pavimento da boca, palato, região alveolar, e trígono retromolar. Estas têm uma incidência anual aproximada de 30.000 neoplasias malignas por ano, sendo responsável por cerca de 4800 mortes /ano. O diagnóstico precoce, é a melhor forma de melhorar este prognóstico sombrio. O tratamento passa frequentemente pela exérese cirúrgica das lesões, frequentemente associada à radioterapia, apesar das taxas de sobrevida serem baixas.

Todos os anos, nos Estados Unidos da América há cerca de 11000 casos de carcinoma da nasofaringe. São situações frequentemente associadas a alterações genéticas e víricas (Epstein-Barr) com um certo predomínio nas idades jovens. O seu tratamento passa fundamentalmente pelo recurso à radioterapia e quimioterapia, apresentando um bom prognóstico.

2.1.3. Nariz

A complexidade anatómica das estruturas nasossinusais, associada à multiplicidade e elevada frequência de patologias que podem afectar estas estruturas bem como a complexidade do tratamento médico e em particular cirúrgico, apenas salientam a importância da rinologia no espectro da otorrinolaringologia e desta no contexto médico geral.

Patologia olfactiva

O sentido do olfacto determina o sabor e a palatabilidade da comida e da bebida. Conjuntamente com o trigémio permite a avaliação dos químicos inalados, incluindo as substâncias perigosas como o gás natural e o fumo e as substâncias odoríferas do dia-a-dia. A anosmia e a hiposmia afectam aproximadamente 1% da população com menos de 60 anos. Cerca de metade da população com mais de 60 anos refere disfunção olfactiva. O doente com disfunção olfactiva apresenta uma importante diminuição da sua qualidade de vida, sendo necessário o diagnóstico e o tratamento da causa subjacente às queixas, quando possível.

Patologia inflamatória e as suas complicações

A rinite é definida como um processo inflamatório que afecta a mucosa nasal. A rinite não alérgica aumenta de incidência com a idade da pessoa. A etiologia é variável: rinite vasomotora, ocupacional, medicamentosa e vírica, só para salientar as causas mais comuns. A rinite alérgica, uma das patologias alérgicas mais comuns, afecta 21.5% da população portuguesa. Os custos económicos desta doença, tanto directos como indirectos são consideráveis. Os custos directos derivam sobretudo das prescrições medicamentosas e os indirectos estão relacionados com o absentismo escolar e do trabalho.

Em média, 8,4% da população vai apresentar um quadro clínico de rinossinusite aguda por ano, colocando esta patologia no quinto lugar dos diagnósticos mais comuns na prescrição de antibióticos. Em 2002 foi responsável por 9% e 21% dos antibióticos prescritos na idade pediátrica e nos adultos, respectivamente. Surge num quadro de infecção bacteriana dos seios perinasais, que na maioria dos casos e após a instituição de medicação, resolve com a regularização da mucosa nasossinusal. Ocasionalmente pode evoluir para a rinossinusite crónica (polipóide ou não) ou complicar-se com envolvimento orbitário, cerebral ou ósseo.

A escassez de dados epidemiológicos na rinossinusite crónica contrasta com a abundante informação microbiológica, diagnóstica e de tratamento para esta condição. A heterogeneidade da doença e a imprecisão diagnóstica (devido ao elevado grau de especialização das técnicas diagnósticas, nomeadamente a endoscopia nasal) conduz a que os valores de prevalência sejam meramente especulativos. No entanto, estima-se que 15,5% da população sofra de patologia rinossinusal crónica, colocando-a em segundo lugar entre as doenças crónicas.

As neoplasias dos seios perinasais, apesar de raras, são um diagnóstico diferencial rinológico a ter presente. Têm uma frequência de 1/200.000, sendo responsáveis por 3% das neoplasias da cabeça e pescoço e por 0,5% do total de neoplasias. A sua abordagem cirúrgica envolve na maior parte das vezes equipas multidisciplinares (otorrinolaringologistas e neurocirurgiões), especialmente treinadas e vocacionadas para estas patologias.

Epistaxis

Na patologia nasossinusal é importante referir, tanto pela sua frequência, como pelo receio que incute no doente e também pelo seu possível significado clínico as hemorragias nasais (epistaxis). A incidência de um episódio durante a vida é de 60%, com apenas 10% dos casos a necessitarem de cuidados médicos especializados.

Fracturas nasais

A proeminência e a estrutura delicada do nariz torna-o vulnerável a um largo espectro de traumatismos. São os ossos da face mais frequentemente fracturados, necessitando muitas vezes do recurso à cirurgia, através de reduções fechadas ou abertas, para a sua correcção estética e funcional.

As malformações nasais, que incluem os quistos dermóides, os encefalocelos e os gliomas são raras, ocorrendo uma em 20000-40000 nados-vivos. Existem malformações nasais associadas a fissuras/fendas da linha média (palato e lábio). A atrésia (com imperfuração) choanal (1 em cada 5.000 ou 8.000 recém-nascidos) unilateral (65 a 75%) ou bilateral, pode ser uma situação de risco de vida do recém-nascido, necessitando de entubação urgente no período peri-natal (quando bilateral) e correcção cirúrgica urgente ou diferida (quando unilateral). Na maioria dos casos bilaterais, existem outras malformações associadas (CHARGE).

2.1.4. Laringe

A patologia laríngea engloba uma variedade de doenças que podem acarretar morbilidade significativa. A dificuldade de acesso das estruturas laríngeas ao não especialista, torna a otorrinolaringologia a especialidade de excelência para a correcta avaliação e orientação dos doentes com estas patologias.

Patologia malformativa, congénita ou adquirida:

A patologia congénita mais frequente é a laringomalácea, cuja gravidade é variável, desde as formas mais ligeiras e auto-limitadas, até às formas mais graves que poderão comprometer o desenvolvimento da criança e ser causa de dispneia grave. Dentro das malformações adquiridas a mais frequente, muitas vezes relacionadas com a prematuridade, é a estenose subglótica, de gravidade variável. As restantes patologias congénitas, fendas, hemangiomas, palmuras, necessitam tratamento médico e cirúrgico em centros especializados.

Lesões laríngeas benignas

As desordens benignas das cordas vocais (nódulos, polipos, hematoma, quistos cordais e sulcos glóticos) são secundárias ao trauma vibratório. São doenças comuns e cerca de 50% dos doentes com queixas fonatórias apresentam estas lesões benignas. O diagnóstico, através dos meios de diagnóstico dos quais se salienta a video-estroboscopia, permite a correcta orientação do doente.

A papilomatose laríngea, cada vez mais rara, pode, com o seu carácter progressivo pode ser causa de dispneia alta, pondo em causa a vida do doente. Torna-se assim imperativo que os centros otorrinolaringológicos possam fazer o diagnóstico diferencial entre as várias patologias laríngeas atempadamente, estando dotados de material endoscópico adequado.

Lesões laríngeas malignas

Na avaliação do doente com queixas fonatórias, as lesões laríngeas malignas são um diagnóstico diferencial importante. A taxa de incidência das lesões malignas laríngeas é de 3,6% e das lesões malignas hipofaríngeas de 0,7%. A quimioterapia, a radioterapia e as múltiplas técnicas cirúrgicas são as armas terapêuticas disponíveis, permitindo uma taxa de sobrevida de 50%.

Patologia inflamatória e infecciosa

Da patologia inflamatória/infecciosa, destaca-se a laringite aguda e a epiglote, devido ao risco de compromisso das vias aéreas. A primeira é dos quadros clínicos mais frequentes, embora os valores exactos da sua frequência sejam desconhecidos, pois grande parte dos doentes não procuram cuidados médicos, adoptando medidas terapêuticas conservadoras. A incidência da epiglote é de 1/100.000, tornando-a numa patologia relativamente rara, embora apresente uma taxa de mortalidade no adulto de 7% e na criança de 1%. Estes valores reflectem o elevado risco de obstrução aguda das vias aéreas superiores.

2.1.5. Pescoço

Tumefacções cervicais

As massas cervicais podem ser subdivididas em congénitas (predominantemente anomalias das fendas branquiais, quistos do canal tireoglosso), inflamatórias (linfadenopatias reactivas víricas ou bacterianas, ou granulomatosas), ou neoplásicas (metastáticas, linfomatosas, paragangliomas, tiroideias). São alterações essencialmente cirúrgicas, abordadas frequentemente pela especialidade de ORL e cirurgia da cabeça e pescoço.

Infecções cervicais

São situações frequentes e potencialmente graves devido à continuidade dos espaços cervicais em que ocorrem, correndo assim o risco de extensão para espaços nobres como o mediastino e que usualmente requerem uma abordagem cirúrgica de urgência associada a uma antibioterapia parentérica em regime de internamento.

Patologia tiróideia

Em Portugal, a abordagem cirúrgica da patologia tiróideia, nomeadamente a nodular (prevalência de 4% nos EUA) e a neoplásica não está bem definida. Mais frequentemente, estas situações patológicas são abordadas no âmbito da especialidade de Cirurgia Geral. Há, no entanto, diversos serviços de Otorrinolaringologia que estão também envolvidos na abordagem e tratamento da patologia tiroideia.

Glândulas salivares

A patologia salivar não tumoral engloba as doenças inflamatórias e infecciosas, as sialolitíases, as anomalias funcionais e anomalias de origem traumática, as sialoadenoses e as malformações.

Os tumores das glândulas salivares atingem 5% de todos os tumores da cabeça e pescoço (não incluindo os tumores cutâneos), com uma incidência de 1 a 3 casos por 100.000 habitantes. O tumor benigno mais frequente é o Adenoma Pleomorfo com 52 % dos casos. Nos Estados Unidos a casuística apresentada para tumores malignos primários das glândulas salivares é de 0,9/100.000 habitantes.

3. CARACTERIZAÇÃO DA REALIDADE DA ORL PORTUGUESA

3.1. A situação da especialidade em Portugal

Médicos especialistas, segundo o sexo e a distribuição geográfica (NUTS II) - 2005

Especialidade	Portugal										
	Total	H	M	Continente						R. A.	
				Total	Norte	Centro	Lisboa	Alentejo	Algarve	Açores	Madeira
Especialistas	26.403	14.971	11.432	25.683	8.305	5.090	10.635	949	704	305	415
Otorrinol.	520	427	93	502	168	78	230	13	13	10	8

Fonte: INE

Inscritos na Ordem dos Médicos – 543 médicos em Novembro de 2008.

Médicos não especialistas e especialistas, por especialidade, segundo o escalão etário e o sexo_2005

Especialidade (a)	Total			Menos de 31 anos			31 a 60 anos			61 a 65 anos			Mais de 65 anos		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
Não especialistas	12.831	6.163	6.668	4.087	1.465	2.622	7.383	3.668	3.715	240	179	61	1.121	851	270
Especialistas	26.403	14.971	11.432	14	3	11	21.332	11.014	10.318	1.511	1.146	365	3.546	2.808	738
Otorrinolaringologia	520	427	93	-	-	-	373	282	91	35	35	-	112	110	2

Fonte: INE

Origem: Ordem dos Médicos.

(a) Inclui sub-especialidade e competências. Os médicos especialistas são contados tantas vezes quantas as especialidades/sub-especialidade/competências que exerceram.

Pessoal médico (Otorrinolaringologistas) ao serviço nos hospitais (a), por distribuição geográfica e entidade - 2005

ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE		PORTUGAL	Continente	R. A. dos Açores	R. A. da Madeira
Oficial		325	311	8	6
	Público	305	291		
	Não público	20	20		
	Militar	15	15		
	Exército	9	9		
	Força Aérea	4	4		
	Marinha	2	2		
	Paramilitar (GNR e PSP)	4	4		
Prisional	1	1			
Privado		200	200		
	Com fins lucrativos	156	156		
	Sem fins lucrativos	44	44		
TOTAL NACIONAL DE MÉDICOS		525	511	8	6

Fonte: INE

3.1.1 - N.º de efectivos por região

a) De acordo com os dados disponíveis na ACSS / UFEPRH, reportados a 31 de Dezembro de 2007, existiam, nas instituições do Ministério da Saúde, 279 médicos especialistas de Otorrinolaringologia (análise por pessoa).

No entanto, se analisarmos os profissionais que exercem a actividade em mais do que uma instituição (análise por n.º de empregos), verifica-se que aquele número aumenta para 298).

b) Conforme se pode observar no quadro seguinte, a maior percentagem de especialistas exerce a sua actividade nas regiões Norte (40%) e Lisboa e Vale do Tejo (38,9%), o mesmo acontece com os internos, que representam 41,4% em LVT e 39,6% no Norte.

Pessoal Médico de Otorrinolaringologia em 31/12/2007

Especialistas e Internos

Região	Especialistas		Internos		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Norte	112	40,0	23	39,6	135	39,9
Centro	39	13,9	11	19,0	50	14,8
LVT/Tejo	104	38,9	24	41,4	128	39,4
Alentejo	6	2,1			6	1,8
Algarve	13	4,7			13	3,8
Outras Instituições	5	0,4			5	0,3
Total	279	100,0	58	100,0	337	100,0

3.1.2 - Taxa de cobertura

Em matéria de cobertura da população pelo total de médicos especialistas de Otorrinolaringologia, o rácio observado para o total do SNS é de 0,027 médicos/1000 habitantes, verificando-se valores inferiores na Região do Alentejo (0,012) e na Região Centro (0,022). Quando se acresce aos médicos especialistas os internos, o rácio de cobertura destes profissionais aumenta para 0,033 médicos/1000 habitantes (ver quadro).

**Cobertura da População por Otorrinolaringologistas (pessoas)
por Região em 31/12/2007**

Região	População estimada em 2007	Especialistas de Otorrino. (Pessoas)	Rácio (Esp./1000 Hab)	Médicos de Otorrino. (Esp. e Internos)	Rácio (Méd./1000 Hab)
Norte	3.745.236	112	0,030	135	0,036
Centro	1.792.739	39	0,022	50	0,028
Lisboa	3.650.840	104	0,028	128	0,035
Alentejo	511.679	6	0,012	6	0,012
Algarve	426.386	13	0,030	13	0,030
Total	10.126.880	274	0,027	332	0,033

3.1.3 - Índice de envelhecimento e Idade Média

O índice de envelhecimento dos especialistas de Otorrinolaringologia no SNS é de 1,2, verificando-se na Região do Centro o valor mais elevado (4.7).

Relativamente à idade média, os médicos especialistas das regiões do Alentejo e Centro, apresentam valores superiores a 43 anos.

Idade Média e índice de envelhecimento por Região

Região	Idade Média	Índice de Envelhecimento
Norte	41,2	1,0
Centro	50,8	4,7
Lisboa	41,6	0,9
Alentejo	51,2	3,0
Algarve	42,7	
Média Global (Continente)	43,0	1,2

3.1.4 - Internato Médico – Área profissional de especialização

a) Capacidades Formativas, vagas e colocações

O número de entradas para o internato médico desta especialidade tem sido, desde 1996, relativamente constante.

Internato Médico

ENTRADAS												
1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
13	10	8	8	9	9	10	10	10	12	6	11	11

SAÍDAS ESPERADAS												
2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
13	10	8	8	9	9	10	10	10	12	6	11	11

Fonte: ACSS//UFEPRH

De 2002 a 2008, as capacidades formativas foram em número muito próximo ao das vagas atribuídas, com a exceção dos anos 2007 e 2008. Em relação à taxa de colocação, verifica-se um total preenchimento nos anos em análise.

Evolução das Capacidades Formativas, Vagas e Colocações

Anos	Otorrinolaringologia			
	Cap. Formativas	Vagas	Colocações	Taxa de Colocação
2002	12	10	10	100,00
2003	12	10	10	100,00
2004	10	10	10	100,00
2005	18	12	12	100,00
2006	6	6	6	100,00
2007	15*	11	11	100,00
2008	15	11	11	100,00

* N.º de Cap. Formativas provisório

b) Saídas do Internato Médico (IM) por Região

O quadro abaixo ilustra as saídas reais do IM, no período de 2006 a 2008, registando-se o maior número de saídas (10), no último ano em análise. Relativamente à previsão de saídas¹ espera-se, entre 2009 e 2014, um total de 60 novos médicos especialistas.

Saídas do Internato Médico por Região (evolução e previsão)

		Saídas do IM							
		Anos	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve	Regiões Autónomas	Total
Dados Reais	2006	3			6				9
	2007	4	1		4				9
	2008	3	2		5				10
Dados Previsionais	2009	4	1		5				10
	2010	5	2		3				10
	2011	5	2		5				12
	2012	3	1		2				6
	2013	5	3		3				11
	2014	4	2		3			2	11

3.1.5 - Projecções

a) Projecção de especialistas de Otorrinolaringologia até 2014

De acordo com as condições de aposentação legalmente previstas, foi calculado o número de saídas de médicos até 2014, sendo que em 2008 se assumiu que todos os profissionais com a idade mínima de aposentação saíam àquela data. Relativamente às entradas, foram consideradas as esperadas até 2014, de acordo com as colocações no IM.

¹ A previsão do n.º de médicos que concluem o IM (período de 2009 a 2014) tem por base o n.º de anos de formação no internato de otorrinolaringologia (6 anos).

O quadro abaixo permite-nos constatar uma tendência global de crescimento do número de especialistas, entre 2009 e 2014, atingindo o pico neste último ano (297).

N.º médicos de Otorrinolaringologia (especialistas) até 2014 no SNS

Anos	Entradas	Saídas	Efectivos
2007			274
2008	10	21	263
2009	10	4	269
2010	10	4	275
2011	12	3	284
2012	6	3	287
2013	11	4	294
2014	9	6	297

b) N.º de médicos especialistas e rácio de cobertura da população por regiões (2007 -2014)

O quadro seguinte mostra a projecção do número de especialistas por região, bem como o seu rácio de cobertura, salientando-se o facto das regiões do Alentejo e Centro apresentarem, continuamente, um rácio de cobertura inferior ao do total do SNS, ao contrário das restantes regiões.

Em 2014 prevê-se a existência de 123 especialistas para a Região Norte, 116 para a Região de Lisboa e Vale do Tejo, 43 para a Região Centro, 11 para o Algarve e 4 para o Alentejo, totalizando 297 médicos especialistas no SNS.

No mesmo ano, as regiões do Norte, LVT e Algarve apresentam o maior rácio de cobertura destes especialistas (0,03/1000).

**N.º de médicos de Otorrinolaringologia (especialistas) até 2014
e rácio de cobertura da população por Região**

N.º de Médicos de Otorrinolaringologia/Região							Rácio (N.º Méd./1000 Hab)					
Anos	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve	Total SNS	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve	Total SNS
2007	112	39	104	6	13	274	0,03	0,02	0,03	0,01	0,03	0,03
2008	109	38	100	5	11	263	0,03	0,02	0,03	0,01	0,03	0,03
2009	111	38	104	5	11	269	0,03	0,02	0,03	0,01	0,03	0,03
2010	113	40	106	5	11	275	0,03	0,02	0,03	0,01	0,03	0,03
2011	117	41	110	5	11	284	0,03	0,02	0,03	0,01	0,03	0,03
2012	119	41	111	5	11	287	0,03	0,02	0,03	0,01	0,03	0,03
2013	121	43	114	5	11	294	0,03	0,02	0,03	0,01	0,03	0,03
2014	123	43	116	4	11	297	0,03	0,02	0,03	0,01	0,03	0,03

UFEPRH_2008/12/16

3.2. Desempenho

Nos quadros seguintes apresenta-se a actividade de consulta externa desenvolvida pelos serviços hospitalares, assinalando a vermelho as consultas de ORL do País; de destacar o papel do sector privado que presta 20 % do total das consultas da especialidade.

Consultas externas dos hospitais (Otorrino), por distribuição geográfica - 2005

Distribuição geográfica		Total	Oficial										Privado		
			Público			Não público							Total	Com fins lucrativos	Sem fins lucrativos
			Total	Central	Distrital	Total	Militar			Paramilitar	Prisonal				
Total	Exército	Força Aérea	Marinha	Paramilitar	Prisonal	Total	Com fins lucrativos	Sem fins lucrativos							
PORTUGAL	Todas as especial.	11 936 987	9 255 058	4 831 627	4 423 431	393 524	318 314	199 158	61 516	57 640	68 904	6 306	2 288 405	1 726 909	561 496
	Otorrinolaring.	556 680	390 597	186 468	204 129	21 479	18 534	10 634	4 009	3 891	2 772	173	144 604	121 625	22 979
Continente	Todas as especial.	11 394 668	8 896 706	4 662 933	4 233 773	393 524	318 314	199 158	61 516	57 640	68 904	6 306	2 104 438	1 547 120	557 318
	Otorrinolaring.	522 699	368 530	177 431	191 099	21 479	18 534	10 634	4 009	3 891	2 772	173	132 690	109 711	22 979
R. A. Açores	Todas as especial.	193 836	189 658	-	189 658	-	-	-	-	-	-	-	4 178	-	4 178
	Otorrinolaring.	13 030	13 030	-	13 030	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
R. A. Madeira	Todas as especial.	348 483	168 694	168 694	-	-	-	-	-	-	-	-	179 789	179 789	-
	Otorrinolaring.	20 951	9 037	9 037	-	-	-	-	-	-	-	-	11 914	11 914	-
Fonte:INE															

As consultas de ORL representam cerca de 5 % do total das consultas. De assinalar a oferta na Madeira que é bastante superior à oferta no resto do País, sobretudo pelo contributo do sector privado.

Distribuição das consultas	PORTUGAL	Continente	R. A. Açores	R. A. Madeira
% de consultas de Otorrino em relação ao total de consultas globais	4,66	4,59	6,72	6,01
% das consultas de otorrino feitas no sector oficial público	70,17	70,51	100,00	43,13
% das consultas de otorrino feitas no sector oficial não público	3,86	4,11		
% de consultas do sector privado em relação ao total	25,98	25,39		56,87
consultas por 1000 hab.(Pub+Priv.)	52	52	54	85
consultas por 1000 hab.(Só Pub)	37	36	54	37

Em 2007 houve 23 434 episódios de internamento no SNS, assim distribuídos:

GDH'S 2007			
Tipo	Valência	HOSPITAL	Total
		C H Alto Minho	945
		C H Baixo Alentejo	125
		C H Barlavento Algarvio	378
		C H C - H Geral	356
		C H C - H Pediátrico	187
		C H Caldas da Rainha	133
		C H Cascais	62
		C H Cova da Beira	125
		C H Lisboa Central	809
		C H Lisboa Ocidental	859
		C H Médio Tejo	385
		C H Torres Vedras	365
		C H Vale do Sousa	600
		C H Vila Nova de Gaia	1062
		C H Vila Real / Peso da Régua	372
		H Fafe	2
		H Alcobaça	1
		H Almada	467
		H Amadora / Sintra	1398
		H Aveiro	218
		H Barcelos	184
		H Barreiro	347
		H Braga	578
		H Bragança	215
		H Castelo Branco	127
		H Chaves	170
		H Curry Cabral	2
		H D Estefânia	617
		H da Prelada	82
		H Évora	38
		H Faro	219
Cirúrgico	Otorrinol.	H Figueira da Foz	122
		H Guarda	127
		H Guimarães	529
		H Lamego	135
		H Leiria	185
		H Maria Pia	1323
		H Mirandela	170
		H Montijo	2
		H Oliveira de Azeméis	2
		H Ortopédico do Outão	1
		H Portalegre	20
		H Pulido Valente	814
		H S. João	1065
		H S. João da Madeira	127
		H Santa Maria	1081
		H Santarém	329
		H Santiago do Cacém	132
		H Santo António	920
		H Santo Tirso	438
		H Seia	4
		H Setúbal	286
		H Stª Maria da Feira	1015
		H Vila Franca de Xira	32
		H Vila Nova Famalicão	195
		H Viseu	238
		H. Universidade Coimbra	1537
		I P Oncologia Coimbra	116
		I P Oncologia Lisboa	145
		I P Oncologia Porto	278
		U L S de Matosinhos	638
		Total Geral	23434

4. NECESSIDADES DE SAÚDE EM ORL

Partindo do estudo de uma população base de 250.000 habitantes, estima-se que as necessidades anuais em cuidados especializados de ORL (públicos e privados) serão os seguintes:

- **Internamentos:** Estima-se que as necessidades em internamento variem entre 1,2 a 2,0 por 1000 habitantes, portanto 300 a 500 doentes internados (actualmente verificam-se 2,3 episódios de internamento por mil habitantes no sector público). A redução de internamentos será compensada pelos doentes tratados em ambulatório.
- **Cirurgias** - Estima-se que os doentes a necessitar de cirurgias sejam de 2,5 a 4 por mil habitantes; pelo menos 60 % dos actos cirúrgicos devem realizar-se em regime de cirurgia de ambulatório. O serviço público deveria responder a, pelo menos, 80 % destas necessidades globais.
- **Consultas externas:** prevê-se uma necessidade de consultas de ORL de 40 a 60 consultas/1000 habitantes (actualmente a média pública é de 21,7 por mil e listas de espera que em alguns hospitais ultrapassam dois anos); Nesta especialidade o rácio primeiras e seguintes costuma ser baixo, da ordem de 1:2.
- **Exames:** Estima-se que o número de exames necessários esteja entre 20 e 30 por mil habitantes. Estes exames encontram-se assim distribuídos:

Exames audiológicos - 80 %

Exames endoscópicos - 15 %

Outros exames - 5 %

PRINCÍPIOS ORGANIZACIONAIS

Cada unidade hospitalar de ORL pública deve ter no mínimo três médicos. A unidade ou serviço de ORL deve apoiar em consultadoria e eventualmente em consulta de apoio os ACES e hospitais de proximidade sem massa crítica que justifiquem uma unidade de ORL.

Cada unidade/serviço deve responder (directa ou indirectamente) a, pelo menos, 80% das necessidades estimadas da população que servem. Cada primeira consulta estima-se que demore 20' e cada segunda demora 15', pelo que cada hospital deve assegurar, quando necessário para satisfazer as necessidades, pelo menos dois períodos de consulta no mesmo gabinete realizando, pelo menos 24 consultas/ dia gabinete.

Será necessário um médico para cada dez camas de internamento para uma demora média de 3 dias, pelo que 250 000 habitantes justificaria 3 a 4 camas com uma taxa de ocupação de 80 % e uma ambulatorização de 50 a 60 % das cirurgias (em função da diferenciação do hospital).

Cada cirurgia de ambulatório deve realizar-se, em média, em menos de 60' e a cirurgia convencional em regime de internamento em média em 120', podendo exigir mais tempo em função da diferenciação do hospital e do seu envolvimento no ensino pós-graduado.

Os exames endoscópicos demoram em média 20 minutos e a leitura dos relatórios dos exames audiológicos convencionais 5 a 7 minutos.

Tendo em conta que as urgências, nesta especialidade, têm representado menos de 0,2% de todas as urgências, apenas alguns hospitais no País justificam urgência de 24 horas que deve ser acumulada com a urgência interna. Nos restantes hospitais o apoio à urgência deve ser assegurado no horário normal pela unidade/serviço como consultas não programadas.

A formação e a investigação merecem ter assegurado tempo dedicado, pelo menos, quinze dias por ano por profissional.

5 – MODELO ORGANIZATIVO RECOMENDADO

5.1. Níveis de diferenciação

Na orgânica hospitalar portuguesa existem basicamente quatro níveis de diferenciação.

A ORL deve existir unicamente nos três níveis mais diferenciados, nomeadamente nos Hospitais com urgência médico-cirúrgica e urgência polivalente e ainda em alguns hospitais especializados.

O número de ORL numa unidade/serviço tem de ser adequado à população que serve e ao seu grau de diferenciação, **devendo ser de 3 o número mínimo especialistas de uma unidade.**

5.2 - Hospitais de Proximidade e ACES (Agrupamento de Centros de Saúde)

O primeiro nível de cuidados de ORL deve ser assegurado nos ACES e nos pequenos hospitais de proximidade. Assim, através de contratualização deve ser assegurada a consultadoria regular, pela Unidade de ORL do hospital de referência ou por operador privado.

5.3 Hospitais de nível B2

Um Hospital que sirva uma população de cerca de 150 000 habitantes e integre a Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência, deve dispor de uma Unidade/Serviço de ORL.

Esta Unidade de ORL tem capacidade técnica para assegurar mais de 95 % da diversidade dos cuidados necessários desta população.

Excluem-se da carteira de cuidados destas unidades:

- implantes cocleares
- patologia oncológica
- patologia congénita laringo-traqueal
- estenose laringotraqueal adquirida
- patologia otoneurológica (inclui o neurinoma do acústico)
- cirurgia em menores de 2 anos
- as complicações cervico-torácicas

Tendo em consideração as necessidades de ORL acima expressas e os princípios organizativos atrás enunciados, e partindo do princípio que o hospital deve responder a pelo menos 80 % de toda a população que necessita de cuidados nesta área, seria necessário:

- **Internamentos:** estima-se que as necessidades em internamento desta tipologia sejam entre 150 e 200 doentes/ano, o que justificará, com uma demora média de 2,5 dias, 2 a 3 camas de internamento entre adultos e pediatria. (Quando a Cirurgia de ambulatório não estiver suficientemente desenvolvido haverá necessidade de fazer ajustamentos).
- **Cirurgia** - Estima-se que as necessidades cirúrgicas sejam de 375 a 600 cirurgias, das quais 60 % devem realizar-se em regime de cirurgia de ambulatório.
- **Consultas externas:** prevê-se uma necessidade de consultas de ORL de 6.000 a 8.000 consultas por ano, das quais 30% primeiras.
- **Exames:** Estima-se que o número necessário esteja entre 3.000 e 4.500. Estes exames encontram-se assim distribuídos:

Exames audiológicos -	80 %	2.400 a 3.500
Exames endoscópicos -	15 %	450 a 675
Outros exames –	5 %	150 a 225
- **Urgência** – Durante o horário normal de funcionamento do hospital a unidade deve assegurar o apoio às situações de urgência, como se tratasse de consulta externa não programada.

5.3.1. Quadro médico para assegurar estas actividades

Para assegurar estas actividades necessita-se do seguinte quadro médico:

Deverá ter-se como valor indicador, a adaptar em função das circunstâncias locais e nomeadamente o factor da distância em relação a outros Hospitais

Consultas:

Com 40 horas por semana potencialmente pode oferecer-se 5.400 consultas por ano ocupando um gabinete integralmente de manhã e tarde (225 dias/ano), pelo que seriam necessárias 80 horas por semana.

Exames:

Serão necessárias 8 horas por semana de trabalho.

Internamento e consultadoria:

Serão necessárias 8 horas por semana de trabalho.

Cirurgias:

1/4 de médico em ETC de 35 h sempre com ajudante da especialidade = 1/4 médico + 1/4 de médico.

Apoio ao hospital, consultadoria interna e formação - 16 horas por semana

375 a 600 cirurgias por ano
80 % no sector público – 300 a 480
60% CA correspondem a 180 a 280 horas por ano
40 % com Int correspondem a 240 a 380 horas por ano
420 a 660 horas : 48 semanas = 9 a 13 horas por semana
Sempre 2 médicos em presença física no bloco operatório

Em conclusão – Esta tipologia hospitalar, para 150 000 habitantes necessita de um total de 5.000 a 6.000 horas, equivalente a unidade com, pelo menos, quatro médicos.

5.3.2 – Instalações desta unidade

- Dois gabinetes de consulta dedicados de manhã e de tarde (eventualmente um deles na pediatria);
- 7 h de bloco por semana;
- Uma sala de exames próximo da área das consultas;
- Uma sala para exames audiométricos;
- Partilha de uma sala de tratamentos com especialidades afins como a Oftalmologia, Pneumologia e Gastrenterologia;
- Partilha de sala de desinfeção dos endoscópios com outras especialidades, quando possível.

5.3.3 – Equipamentos indispensáveis

Gabinetes de consulta

Área	número	Designação do equipamento	Por gabinete	Total
16	2	Conjunto de diapasões	1	2
		Otoscópio halogéneo	1	2
		Aparelho para lavagem de ouvidos*	1	2
		Fibrosópio	1	2
		Microscópio para orl	1	2
		Esfigmomanómetro digital	1	2
		Termómetro digital mural	1	2
		Estetoscópio médico	1	2
		Esfigmanometro com suporte, adaptável a varão	1	2
		Martelo de reflexos	1	2
		Cadeira de observação do doente	1	2
		Cadeira de observação para médico	1	2
		Equipa ORL, incluindo aquecedor de espelhos, aspirador eléctrico, fonte de luz fria e espelho frontal Aparelho para lavagem de ouvidos *	1	2

*Pode vir já integrado em equipa de ORL.

Gabinetes de exames – duas salas

Salas	Tipo de equipamento	Nº de equipamentos
Audiologia	Impedanciometro	1
	Audiometro	1
	Cabine de audiometria	1
	Potenciais evocados auditivos	1
	Otoemissões acústicas	1
	Lunetas de Frenzel	1
	Conjunto de diapasões	1
Videoendoscopia	Torre de videoendoscopia	1
	Estroboscopia	1
	Endoscópio 4 mm e 2 mm– 0, 30 e 70	6
	Nasofaringoscópio pediátrico e adulto com canal de trabalho	2
	Laringoscópio de 70 graus	1
	Espelho frontal	1
	Rinomanometria acústica	1
	Oximetria de pulso	1
	Otoscópio	1
	Esfigmomanómetro com suporte, adaptável a varão	1

A sala da audiologia deve ter insonorização completa, com faradização e com cabine de audiometria e marquesa. A sala da videoendoscopia deve ter rampa de aspiração e disponibilização de oxigénio.

5.4 – Hospitais de nível B1

Um Hospital que sirva uma população de cerca de 300.000 habitantes e integre a Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência, deve dispor de uma Unidade/Serviço de ORL (Ex: Centro Hospitalar do Alto Ave, Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, Hospital de Matosinhos, Centro Hospitalar Aveiro Norte/Hospital da Feira).

Esta Unidade de ORL tem capacidade técnica para assegurar mais de 98 % da diversidade dos cuidados necessários desta população.

Não é obrigatória a inclusão na carteira de cuidados destas unidades:

- Patologia oncológica major
- Implantes cocleares
- Patologia congénita laringo-traqueal
- Patologia otoneurológica (inclui o neurinoma acústico).

Tendo em consideração as necessidades ORL acima expressas e os princípios organizativos atrás enunciados, seriam necessários:

- **Internamentos:** estima-se que as necessidades em internamento desta tipologia sejam entre 360 e 600 doentes/ano o que justificará 4 a 7 camas de internamento, com 3 dias de demora média de internamento.
- **Cirurgias** - Estima-se que as necessidades sejam de 750 a 1.200 doentes/ano, em que, pelo menos, 50 % das cirurgias devem realizar-se em regime de ambulatório.
- **Consultas externas:** prevê-se uma necessidade de consultas de ORL de 12.000 a 16 000 consultas por ano, das quais 30 % primeiras.

- **Exames:** Estima-se que o número necessário esteja entre 6.000 e 9.000 com a mesma distribuição assinalada nos B2.
- **Consulta não programada** – Durante o horário normal de funcionamento do hospital a unidade deve assegurar o apoio às situações triadas na urgência geral (de adultos e de crianças) - (estimam-se em 10 a 20 por dia em média).

5.4.1. Quadro médico da unidade de ORL

Para assegurar estas actividades necessita do seguinte quadro médico:

Deverá ter-se como valor indicador, a adaptar em função das circunstâncias locais e nomeadamente o factor da distância em relação a outros Hospitais

- **Consultas: 4.000 a 5.300 horas por ano** – 3 a 4 médicos em ETC de 40 horas; um destes médicos responde também às solicitações após triagem na urgência.
- **Exames:** 2/5 de médico em ETC 40 horas = dois dias por semana de trabalho em exames de manhã e de tarde.
- **Internamento e consultadoria interna:** 2/5 de médico.
- **Cirurgias:** 2 médicos em 35 horas semana (Sempre dois cirurgiões no bloco para a realização da cirurgia.
- **Apoio ao hospital, consultadoria externa e formação** - Um médico em 35 horas.

Em conclusão – Esta tipologia hospitalar, se respondesse a 98% das necessidades da população a prestar pelo serviço público (80 % do total das necessidades), necessitaria de uma unidade com sete a nove médicos por semana, com horários diversificados de manhã e de tarde.

5.4.2 – Instalações desta unidade

- No internamento deve existir sala para observação de doentes com equipa de ORL, fibroscópio (nasofaringolaringoscópio), cadeira de observação do doente, marquesa e microscópio de ORL.

- Dois gabinetes de consulta dedicados de manhã e de tarde na área dos adultos e um/dois na área das crianças – total 3/4 gabinetes de consulta.
- Quatro a cinco tempos de bloco por semana (tempos de 7 horas).
- Uma sala com duas sub-áreas para exames de audiologia e vestibulologia e uma sala para exames endoscópicos.
- Partilha de uma sala de tratamentos com Oftalmologia, Pneumologia e Gastrenterologia ou outra especialidade afim.
- Partilha de sala de desinfeção dos endoscópios com outras especialidades se possível.

Gabinetes de consulta médicas - 3 gabinetes

Área do gabinete	Número de gabinetes	Designação do equipamento	Por gabinete	Total
16 m2	3	Conjunto de diapasões	1	3
		Ortoscópio halogéneo	1	3
		Aparelho para lavagem de ouvidos*	1	3
		Fibroscópio	1	3
		Microscópio para ORL	1	3
		Esfigmomanómetro digital	1	3
		Termómetro digital mural	1	3
		Estetoscópio médico	1	3
		Esfigmomanómetro com suporte, adaptável a varão	1	3
		Martelo de reflexos	1	3
		Cadeira de observação do doente		3
		Cadeira de observação para médico		3
		Equipa ORL, incluindo aquecedor de espelhos, aspirador elétrico, fonte de luz fria e espelho frontal e Aparelho para lavagem de ouvidos*	1	3

* Pode vir já integrado em equipa de ORL

Gabinetes de exames – Três salas

Salas de Exames	Tipo de equipamento	Nº de equipamentos
Sala de Audiologia	Impedanciómetro	1
	Audiómetro	1
	Cabine de audiometria	1
	Potenciais evocados auditivos e otolíticos	1
	Otoemissões acústicas	1
Sala de vestibulogia	Videonistagmografia	1
	Posturografia	1
	Lunetas de Frenzel	1
	Bola para tratamento optocinético	1
Sala de endoscopias	Torre de videoendoscopia	1
	Estroboscopia	1
	Endoscópio 4 mm e 2 mm – 0, 30 e 70	6
	Nasofaringoscópio pediátrico e adulto com canal de trabalho	2
	Laringoscópio de 70 graus	1
	Espelho frontal	1
	Rinometria acústica	1
	Conjunto de diapasões	1
	Oximetria de pulso	1
	Otoscópio	1
	Esfigmomanómetro com suporte, adaptável a varão	1

A sala da audiologia deve ter insonorização completa, com faradização e com uma cabine de audiometria e uma marquesa (com cerca de 25 a 30 m²). A sala da videoendoscopia deve ter rampa de aspiração e disponibilização de oxigénio.

5.5 – Hospitais de nível A

Um Hospital ou centro hospitalar que sirva uma população directa de cerca de 350 000 habitantes e uma população de referência de segunda e terceira linha de mais 650 000 habitantes deve dispor de um serviço de ORL

Este serviço de ORL tem capacidade técnica para assegurar 100 % dos cuidados necessários da sua população e deve servir de referência para os outros hospitais da sua área de influência de segunda e terceira linha.

Devem responder a toda a patologia embora as mais raras sejam preferencialmente tratadas apenas em alguns serviços de referência nacional.

Analisa-se em seguida as necessidades de cuidados de saúde destes hospitais:

- **Internamentos:** Estima-se que as necessidades em internamento para os 350 000 habitantes sejam entre 450 e 600 doentes o que justificará 6 a 9 camas de internamento (Não inclui camas de cirurgia de ambulatório). Para a população de referência (cerca de 650 000 hab.) há necessidade de acrescentar mais 100 a 150 doentes, pelo que os hospitais de maior dimensão ou maior diferenciação necessitarão de 10 a 15 camas. (Não inclui camas de cirurgia de ambulatório).
- **Cirurgias** - Estima-se que as necessidades cirúrgicas desta população sejam entre 975 e 1500 cirurgias (incluindo 5 % de referências), das quais 50 % devem realizar-se em regime de cirurgia de ambulatório. O SNS deverá responder a, pelo menos, 80 % destas necessidades **(800 a 1 200)**.
- **Consultas externas:** prevê-se uma necessidade de consultas de ORL de 15 000 a 25 000 consultas por ano, das quais 30 % primeiras. O SNS deveria responder entre **12 500 e 17 500 consultas por ano** (inclui 5% de consultas de referência).

- **Exames:** Estima-se que o número necessário para esta população esteja entre 7 500 e 11.500, dos quais o SNS deveria responder a, pelo menos, 80 % (**6.250 a 9.500 exames**).

5.5.1. Quadro médico da unidade de ORL

Para assegurar estas actividades necessita da seguinte disponibilidade médica:

- **Consultas:** 4 200 a 5.800 horas por ano
- **Exames:** 1.900 a 3.000 horas por ano
- **Internamento:** ½ hora por doente por dia (DM = 3 dias) = 600 a 900 horas por ano
- **Cirurgias:** Serão necessárias 1.150 a 2.050 horas anuais vezes dois médicos (Total = 2.300 a 4.100 horas);
- **Apoio ao hospital, consultadoria interna e formação:** 1.500 horas por ano;
- **Direcção, coordenação e formação** – serão necessárias 750 horas por ano.

Total necessário = 10.650 a 16.000 horas anuais (8 a 10 médicos em regime de 35 horas).

O CH de Vila Real, o Hospital de Viseu, o Hospital de Évora e o Hospital de Faro, embora não reunindo as condições populacionais para se integrarem no nível A, pela sua localização geográfica foram reconhecidos como hospitais centrais e portanto devem ter capacidade de resposta para quase todas as situações, à excepção das patologias menos frequentes. Assim, estes hospitais devem dispor de recursos humanos como os de nível B1, a que há que acrescentar mais 10%, pelas suas responsabilidades de quase fim de linha.

Urgência - Um hospital do Porto, um Hospital de Coimbra, um hospital de Lisboa e um hospital do Algarve, deverão assegurar a urgência metropolitana durante as vinte e quatro horas.

A urgência deve ser assegurada, no mínimo, por três médicos durante o período das 8 às 24 horas e dois durante a noite, sendo assim necessárias **23.360 horas por ano em cada hospital**. Para estas urgências necessita-se de cerca de 11 a 12 médicos; no Hospital de Faro este número pode ser menor.

Para esta urgência todos os ORL dos hospitais próximos devem dar contributo.

Os restantes hospitais deveriam ter, pelo menos, um médico com consulta não programada para atender às situações após triagem e observação médica na urgência, pela equipa médica de urgência geral.

Atendendo à escassez de número de internamentos, poderá não ser justificável a existência de urgência interna em todos os hospitais. Esta situação parece recomendar que nos próximos anos se venha a equacionar a concentração de internamentos apenas em alguns hospitais.

5.5.3 - Instalações:

Área das consultas

Área de consulta com 2 gabinetes de consulta (cada 16 m²) com partilha de uma sala de tratamentos e de uma sala de exames para adultos + gabinetes de consulta para crianças = Total de 4 gabinetes.

2 Gabinetes para audiometrias com 16 m² cada (inclui provas em campo livre)

1 Gabinete para PEATC e OEA (potenciais evocados e otoemissões acústicas)

1 Gabinete para vestibulologia com 20 m²

1 Gabinete para microscopia e endoscopia com 20 m²

As camas de internamento integrarão um dos departamentos do hospital, preferencialmente o da cirurgia ou da patologia da cabeça e pescoço.

Área das urgências – gabinetes de especialidades, áreas e equipamentos - **Hospitais “fim de linha”**.

No serviço de urgência devem estar previstos gabinetes de especialidades para apoio à urgência que devem estar equipados com fibroendoscópios e endoscópios rígidos com fonte de luz fria, de preferência com canal de trabalho, microscópio de observação, aspirador e espelho frontal.

5.5.4. Equipamentos tipo de uma unidade de ORL de tipologia A (fim de linha)

Descrição do equipamento da consulta	Unidades totais em Salas idênticas
CONJUNTO DE DIAPASÕES	2 + 2
OTOSCOPIO HALOGENO	2 + 2
IMPEDANCIOMETRO	2 + 2
RINOSCOPIO	2 + 2
MICROSCÓPIO PARA ORL	2 + 2
LUZ FRONTAL	2 + 2
ASPIRADOR DE OUVIDO ELÉCTRICO	2 + 2
ESFIGMOMANÓMETRO DIGITAL	2 + 2
TERMÓMETRO DIGITAL MURAL	2 + 2
ESTETOSCÓPIO MÉDICO	2 + 2
ESFIGMOMANÓMETRO COM SUPORTE, ADAPTÁVEL A VARÃO	2 + 2
MARTELO DE REFLEXOS	2 + 2
BALANÇA DE PÉ COM CRAVEIRA	2 + 2
LANTERNA DE DIAGNÓSTICO COM CANETA	2 + 2
CONJUNTO DE OTOSCOPIO E OFTALMOSCOPIO	2 + 2
LUPA DE PÉ COM LUZ	2 + 2

Área de exames	Tipo de equipamento	Nº de equipamentos
Gabinetes de Audiometria	IMPEDANCIOMETRO	2
	AUDIOMETRO	2
	CÂMARA DE AUDIOMETRIA	2
Gabinetes de Electronista-gmografia, Microscopia ORL e Endoscopia ORL	MICROSCÓPIO PARA ORL	1
	ENDOSCOPIO OTOLÓGICO	1
	RINOLARINGOFIBROSCÓPIO	1
	ELECTRONISTAGMÓGRAFO	1
	RINOMANÓMETRO	1
	RINOLARINGOFIBROSCÓPIO	1
	FONTE DE LUZ FRIA PARA ENDOSCOPIA	2
	CONJUNTO DE DIAPASÕES	1
	MARTELO DE REFLEXOS	1
	BALANÇA DE PÉ COM CRAVEIRA	1
	LANTERNA DE DIAGNÓSTICO COM CANETA	1
	CONJUNTO DE OTOSCOPIO E OFTALMOSCOPIO	1
	ESFIGNOMANÓMETRO COM SUPORTE, ADAPTÁVEL A VARÃO	1

5.6 - Hospitais especializados

Os IPO's atendendo à sua missão, devem também contemplar uma unidade de ORL.

O seu quadro deve ser ajustado à actividade que há a desenvolver, calculada a partir do histórico do hospital e utilizando os mesmos critérios estabelecidos para a especialidade.

5.7. Centros de Referência

5.7.1. Patologia Pediátrica

Atendendo à especificidade da patologia otorrinolaringologia pediátrica, nas suas vertentes mal formativa, congénita, inflamatória e de desenvolvimento, haverá necessidade de sub-especializar alguns serviços, de preferência inseridos em hospitais com forte componente pediátrica.

Estes serviços deverão funcionar como “fim de linha” para a patologia otorrinolaringológica pediátrica e terão de ter apoio de outras especialidades, nomeadamente neonatologia, cuidados intensivos pediátricos, anestesiologia com experiência pediátrica, bem como restantes especialidades médicas e cirúrgicas, apoiando abordagens multiprofissionais (audiologistas, enfermeiros, psicólogos, terapeutas da fala, fisioterapeutas...).

Estes serviços terão de ter instalações e equipamentos adequados à idade pediátrica, tais como:

Audiologia:

Audiometria comportamental, incluindo “em campo livre”

Impedanciometria

Otoemissões Acústicas

Potenciais Evocados auditivos (curta, média e longa latência)

Potenciais de Estado estável

Videonistagmografia

Posturografia dinâmica

Potenciais otolíticos

Endoscopia com videogravação

Fibroendoscopia

Endoscopia rígida

Estroboscopia

Rinometria Acústica

Gabinete de terapia da fala equipado com sistemas de software de análise da voz e biofeedback (Ex: Dr Speech)

Baterias de testes e de treino de voz e linguagem

Equipamento e arsenal cirúrgico adaptado a idade e tamanho pediátrico

Laser cirúrgico

Outras tecnologias cirúrgicas (coblation, ultracision etc)

5.7.2. Implantes cocleares

Em 2006 a Espanha implantou 10 crianças por cada 10.000 recém-nascidos e ocupa o 2º lugar no ranking europeu. A Suécia, a Noruega, a Dinamarca e a Alemanha implantaram cerca de 7 crianças por cada 10.000 recém-nascidos. A Holanda, o Reino Unido e o Luxemburgo estão abaixo desse valor.

A Espanha utiliza em vários dos seus centros de implantes cocleares critérios de selecção mais alargados do que aqueles que são utilizados entre nós, incluindo nos seus candidatos crianças com malformações múltiplas e graves atrasos psico-motores. Esta referência serve para dizer que o protocolo utilizado em Portugal se tem aproximado mais do modelo da Dinamarca ou da Alemanha, pelo que será de prever a necessidade de implantar em média 7 crianças por cada 10.000 nascimentos.

Se tomarmos em consideração que em Portugal em 2007 nasceram 102.492 crianças (dados do INE), haverá necessidade de implantar 71 a 72 crianças por ano, em todo o território nacional. Atendendo à longa experiência da Equipa de Implantes Cocleares do Centro Hospitalar de Coimbra, que já implantou 524 pacientes, dos quais 323 são crianças, não parece tarefa difícil implantar por ano o nº de crianças acima referido, se tal se revelar do interesse do País. Acresce ainda o facto de não existir lista de espera para implantes no CHC: os pacientes só esperam o tempo necessário à realização do diagnóstico e do protocolo.

Está prevista para Setembro a abertura do novo Hospital Pediátrico de Coimbra, onde o Serviço de ORL terá as melhores condições para acolher os seus implantados mais pequenos.

Tendo em conta as necessidades nesta área, que no limite irão até aos trezentos implantes por ano (no máximo), o País necessita de apenas um centro de implantes, devendo portanto manter-se concentrada toda esta actividade no CHC. Se entretanto vier a verificar-se uma mudança substancial na abordagem e na quantidade destas situações, poderá vir a equacionar-se a existência de um novo centro em próxima versão desta rede, que deverá ocorrer dentro dos próximos cinco anos.

5.7.3. Outras áreas de referência

Alguns hospitais podem vir a desenvolver pólos de referência em algumas patologias, de acordo com o desenvolvimento técnico-científico.

6. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE

As unidades/serviços de ORL devem obedecer a critérios de qualidade, passíveis de ser considerados credenciados após auditorias para formação e funções assistenciais.

Assim, consideram-se como parâmetros mínimos de avaliação os seguintes:

Estrutura

- N° de gabinetes de consulta disponíveis e n° de horas disponíveis no ano;
- N° de gabinetes de exames e n° de horas disponíveis no ano;
- Equipamentos existentes (da lista expressa neste documento por tipologia) em boas condições de funcionamento;
- Total de horas de médicos disponíveis no ano;
- N° de horas disponíveis de técnicos de ORL no ano.

Processo

- Tempo de espera para marcar a primeira consulta no dia 31 de Dezembro;
- N° de doentes em lista de espera em 31 de Dezembro/População de atracção directa;
- N° de doentes em lista de espera em 31 de Dezembro/População de atracção directa e indirecta;
- N° de períodos de consulta de 4 h realizados desde 1 de Janeiro a 31 de Dezembro;
- N° de períodos de 4h de consulta previstos e cancelados de 2 de Janeiro a 31 de Dezembro;
- N° de primeiras consultas/n° de consultas totais;
- Marcação de consultas directamente do Centro de Saúde - Sim ou não;
- N° de doentes em lista de espera para cirurgia em 31 de Dezembro;
- Média de dias de espera para a cirurgia em 31 de Dezembro dos doentes em lista;
- Existência de avaliação da satisfação dos utentes do serviço/unidade;
- Proporção de respondentes a inquérito de satisfação do total de atendimentos na consulta, em exames e em intervenções cirúrgicas.

Resultados

- Reinternamentos nos 30 dias seguintes pelo mesmo motivo/total de doentes internados;
- Complicações sérias/total de doentes intervencionados;
- Reintervenção cirúrgicas nos 30 dias seguintes/total intervenções no ano;
- Proporção de doentes satisfeitos e muito satisfeitos com a assistência prestada/total de respondentes a inquérito do serviço/unidade.

7. BIBLIOGRAFIA

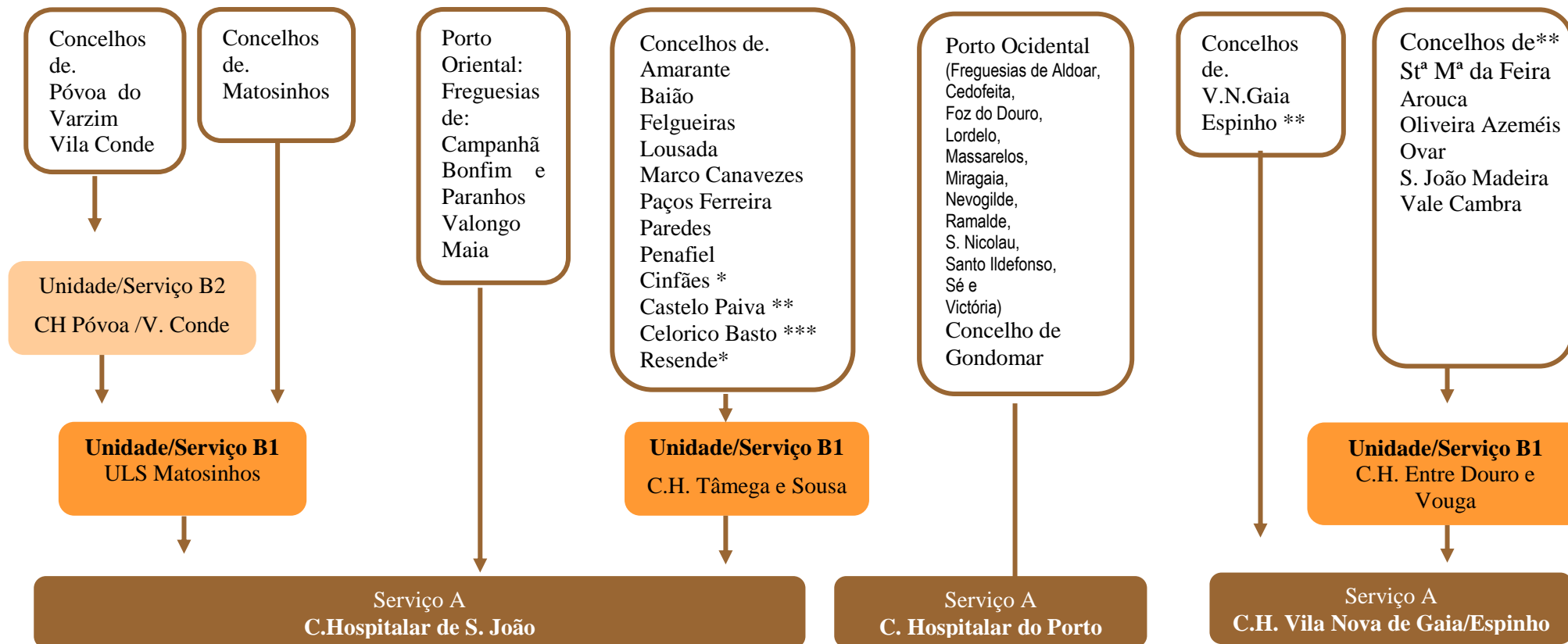
1. Clode JJ, História da Otorrinolaringologia, pg 36-217, edições SPORL.
2. Sataloff RT. Structural Abnormalities of the Larynx. Clinical Assesment of Voice, Plural Publishing. 2005; 257-293.
3. Myssioreck D. Recurrent laryngeal nerve paralysis: anatomy and etiology. Otolaryngol Clin N Am. 37 (2004) 25–44.
4. Thekdi AA, Ferris RL. Diagnostic assessment of laryngeal cancer. Otolaryngol Clin N Am. 35 (2002); 953–969.
5. Fokkens W, Lund V, Mullol J. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2007.
6. Jackson LL, Kountakis SE. Classification and Management of Rhinosinusitis and Its Complications. Otolaryngol Clin N Am 38 (2005) 1143–1153.
7. Mabry RL, Marple F. Allergic Rhinitis. Cummings Otolaryngology Head & Neck Surgery. Elsevier Mosby. 2005; 981-990.
8. McDowell JD. An Overview of Epidemiology and Common Risk Factors for Oral Squamous Cell Carcinoma. Otolaryngol Clin N Am 39 (2006) 277–294.
9. Inglis AF, Gates GA. Acute Otitis Media and Otitis Media with Effusion. Cummings Otolaryngology Head & Neck Surgery. Elsevier Mosby. 2005; 4445-4469.
10. House JH, Cunningham CD. Otosclerosis. Cummings Otolaryngology Head & Neck Surgery. Elsevier Mosby. 2005; 3562-3574.
11. National Cancer Institute. Surveillance Epidemiology and End Results. <http://seer.cancer.gov>.
12. Cochlear Implants, Greame Clark, 2003, AIP Press.
13. Cochlear Implants, Susan B. Waltzman and Noel L. Cohen.
14. Implantes Cocleares, Manuel Manrique Rodriguez y Alicia Huarte Irujo, 2002 Masson
15. Medical Speech – Language Pathology, Alex F. Johnson and Barbara H. Jacobson, 2006 Thieme.



ARQUITECTURA DA REDE



Região de Saúde do Norte - Distritos do Porto e de Aveiro



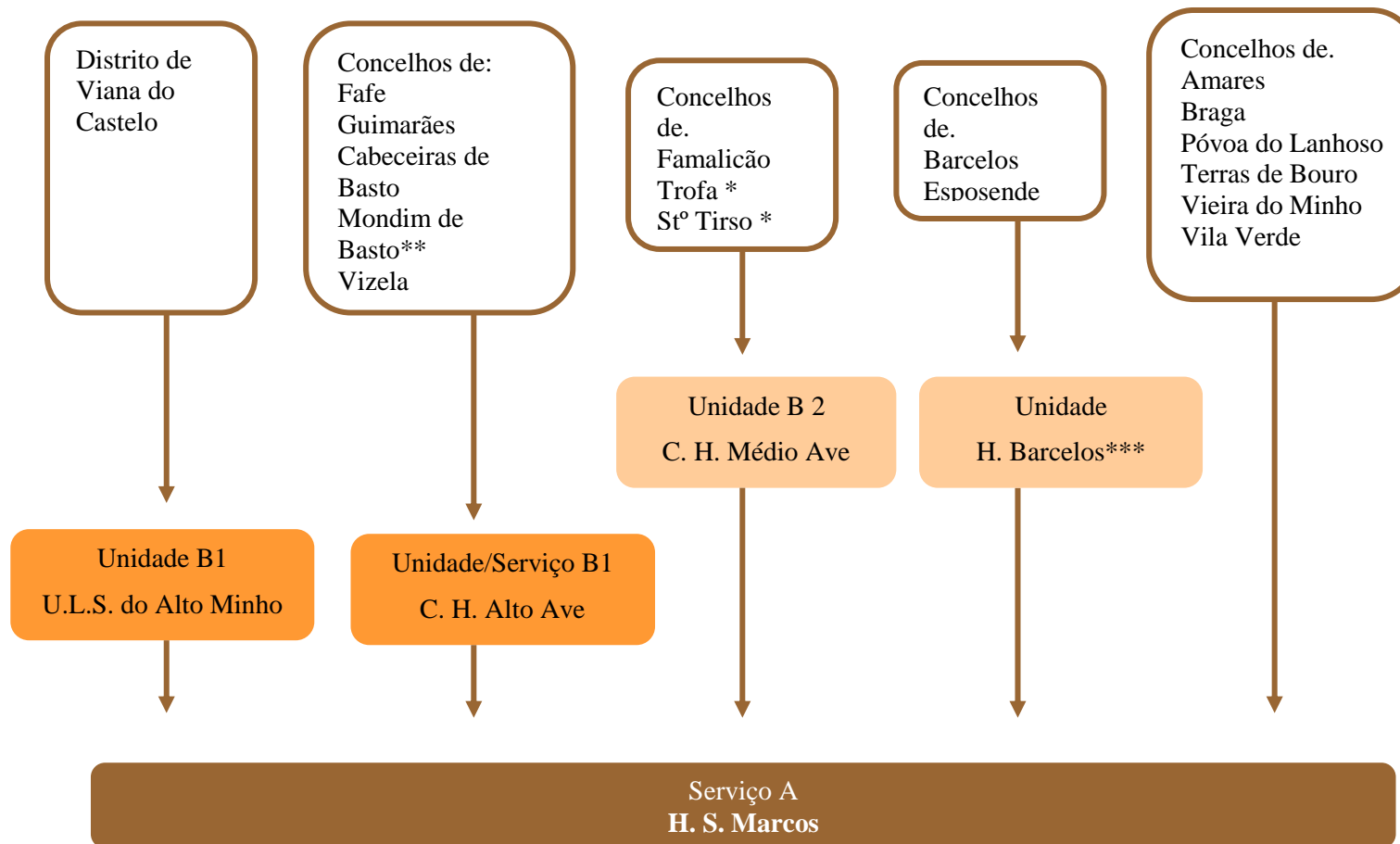
*Distrito de Viseu

**Distrito de Aveiro

*** Distrito de Braga

**** A sua dimensão populacional pode justificar a existência de uma Unidade autónoma

Região de Saúde do Norte - Distritos de **Braga e Viana do Castelo** (Concelhos)

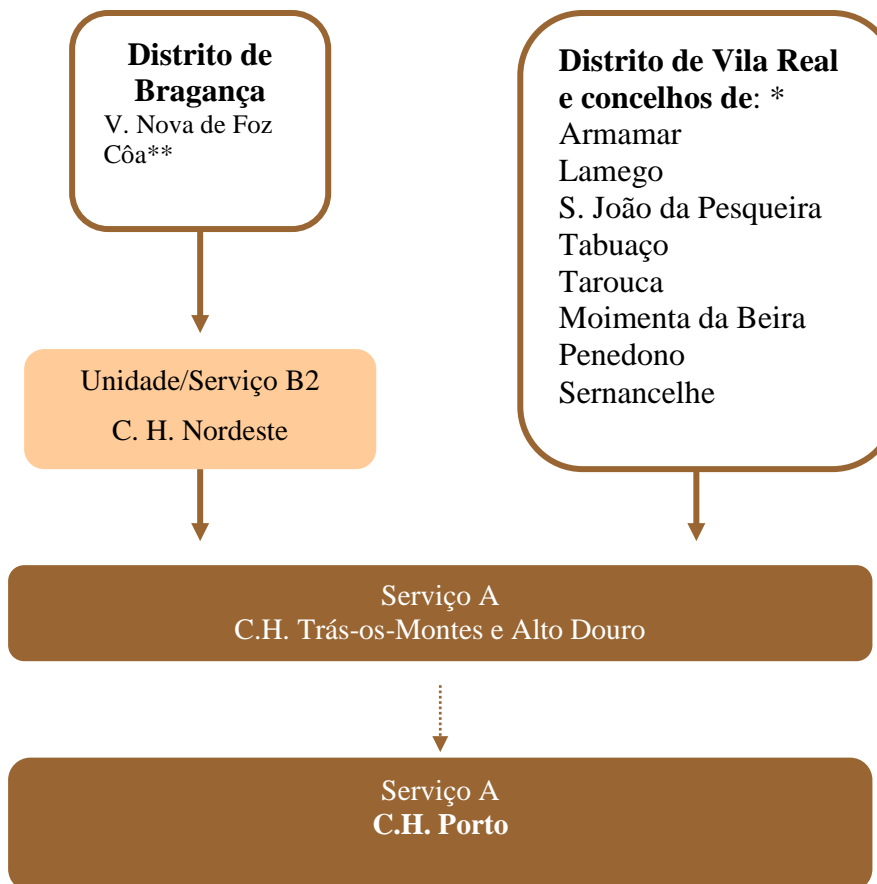


* Distrito do Porto

**Distrito de Vila Real

***A sua dimensão populacional pode justificar a existência de uma Unidade autónoma

Região de Saúde do Norte - Distritos de Bragança e Vila Real (Concelhos)

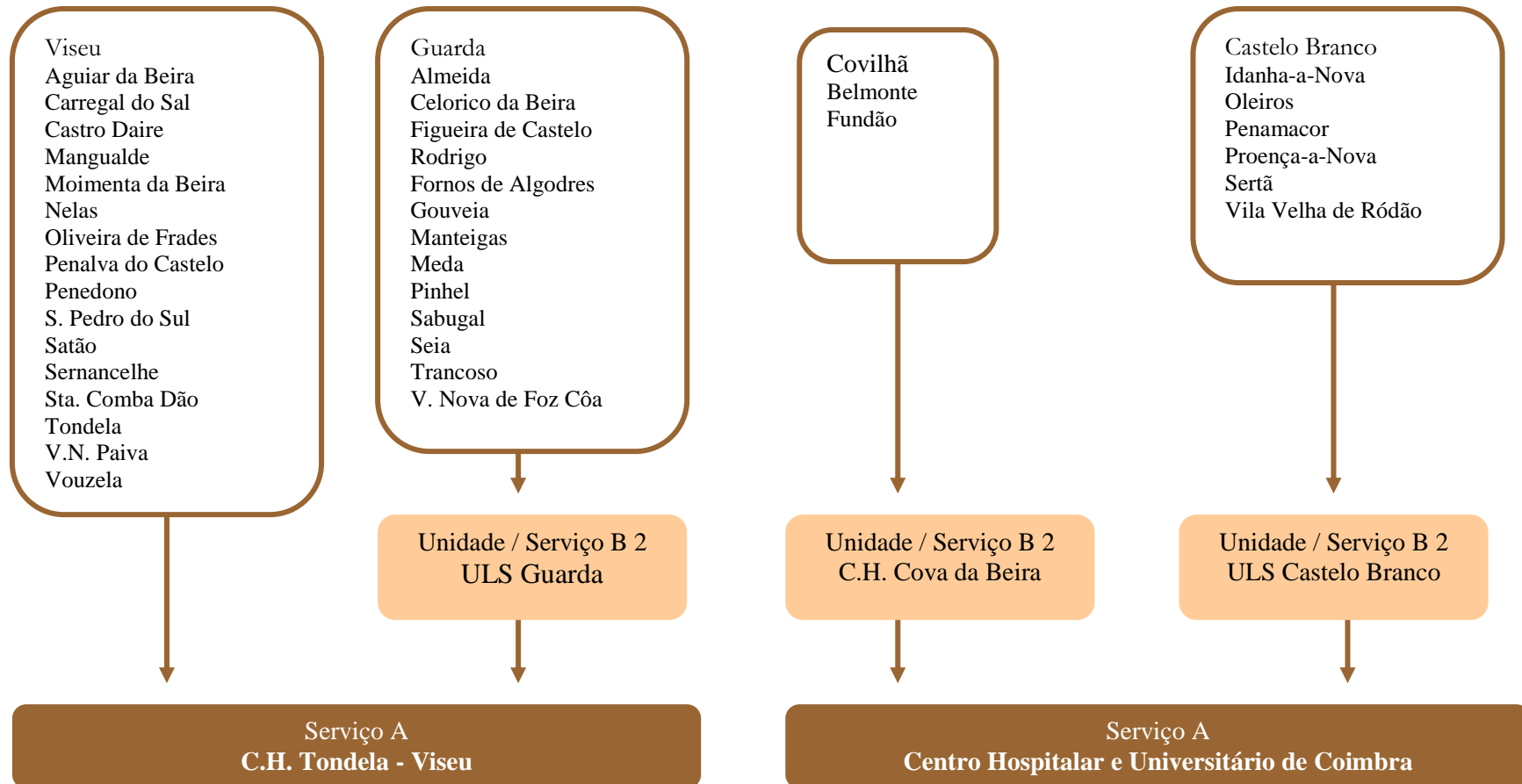


* Distrito de Viseu

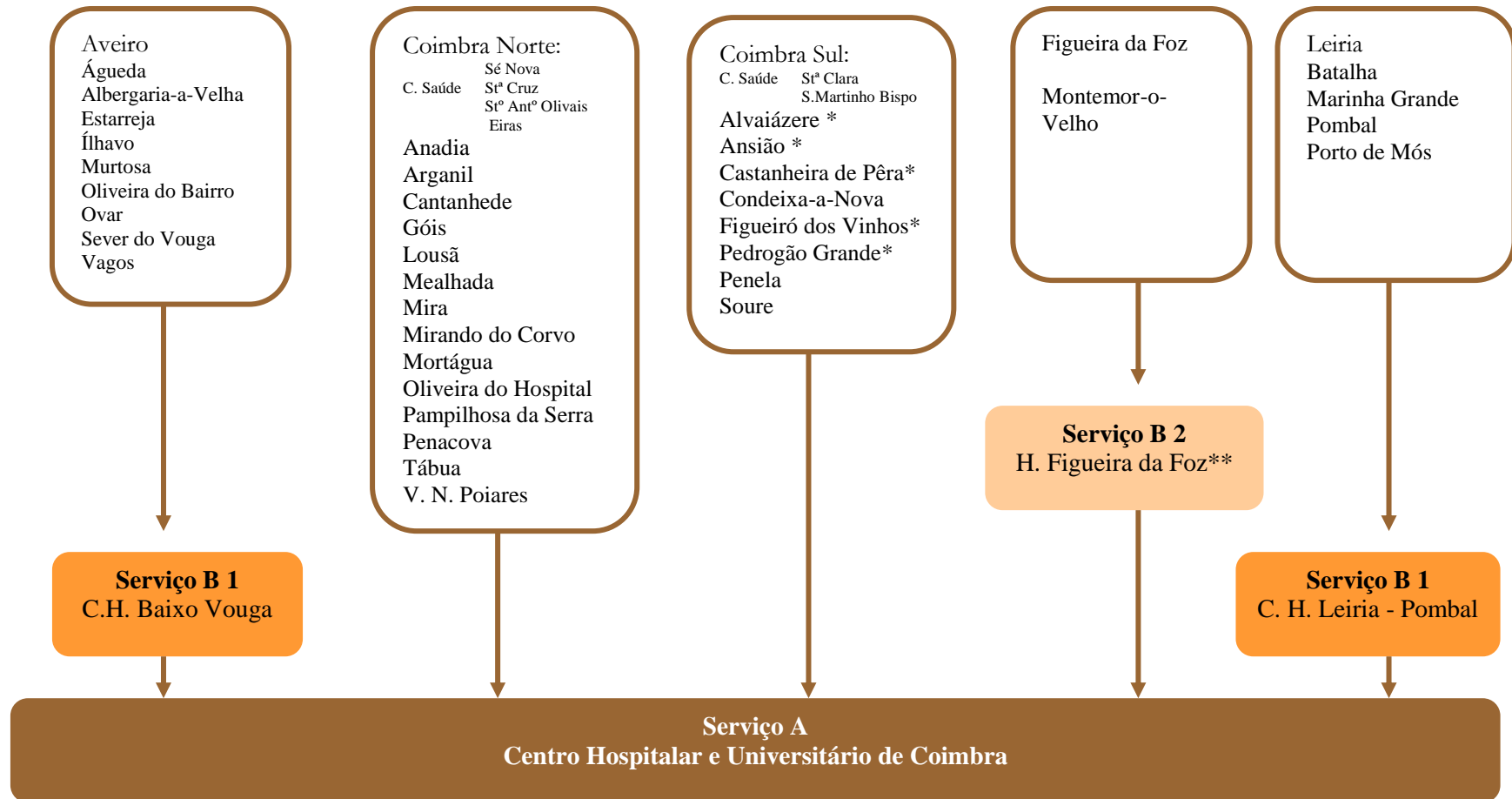
**Distrito da Guarda

*** Referencia para o Centro Hospitalar do Porto, enquanto o CHTMAD não tiver completa capacidade de resposta às necessidades.

Região de Saúde do Centro – Distritos de Viseu, Guarda e Castelo Branco (Concelhos)



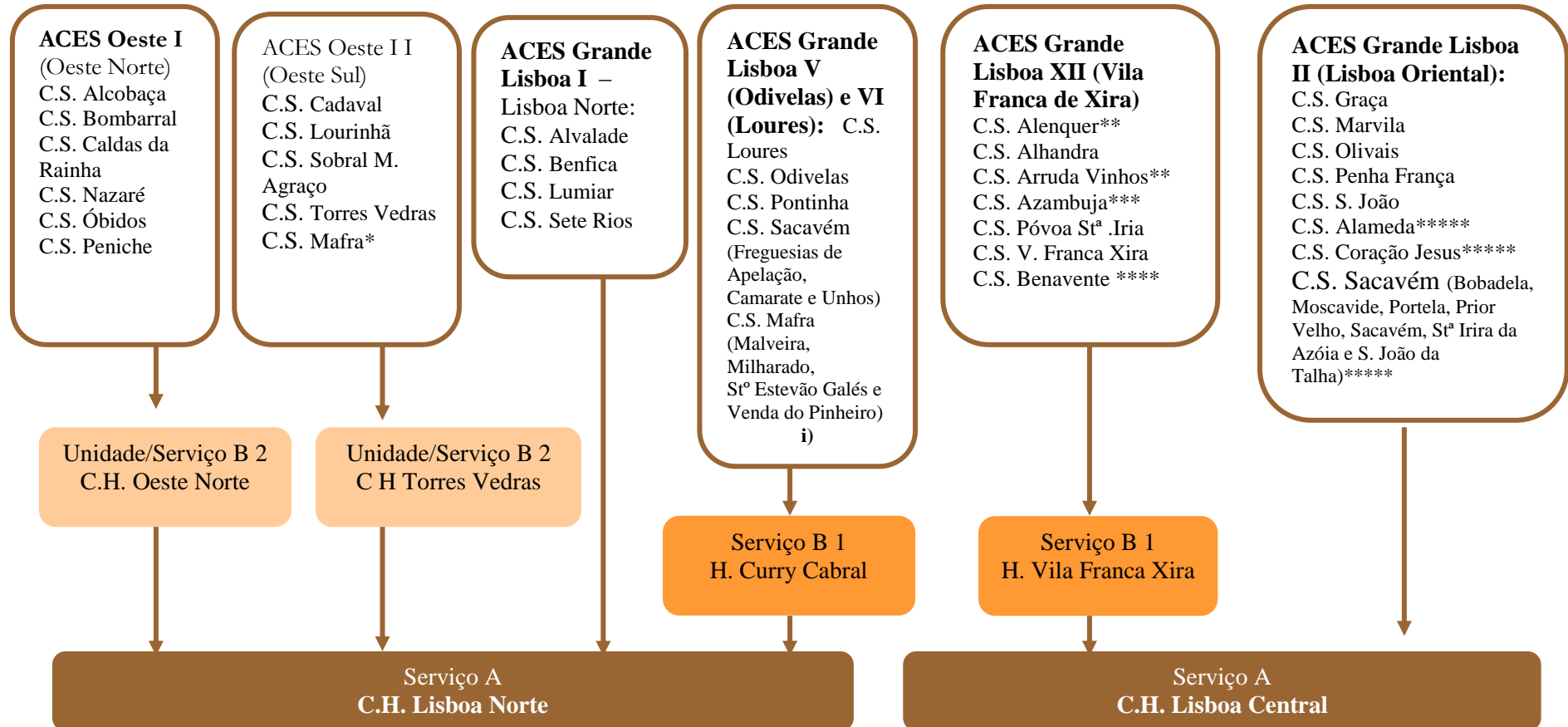
Região de Saúde do Centro – **Distritos de Aveiro, Coimbra e Leiria** (Concelhos)



*Distrito de Leiria

**Considerando-se como Hospital com Urgência Médico-Cirúrgica

Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo – Agrupamento de Centros de Saúde



* ACES Grande Lisboa VIII - Melhor acessibilidade ao Centro Hospitalar de Torres Vedras

** Apesar de integrarem o ACES Oeste Sul, fazem parte da Parceria Público Privada do Novo Hospital de Vila Franca de Xira

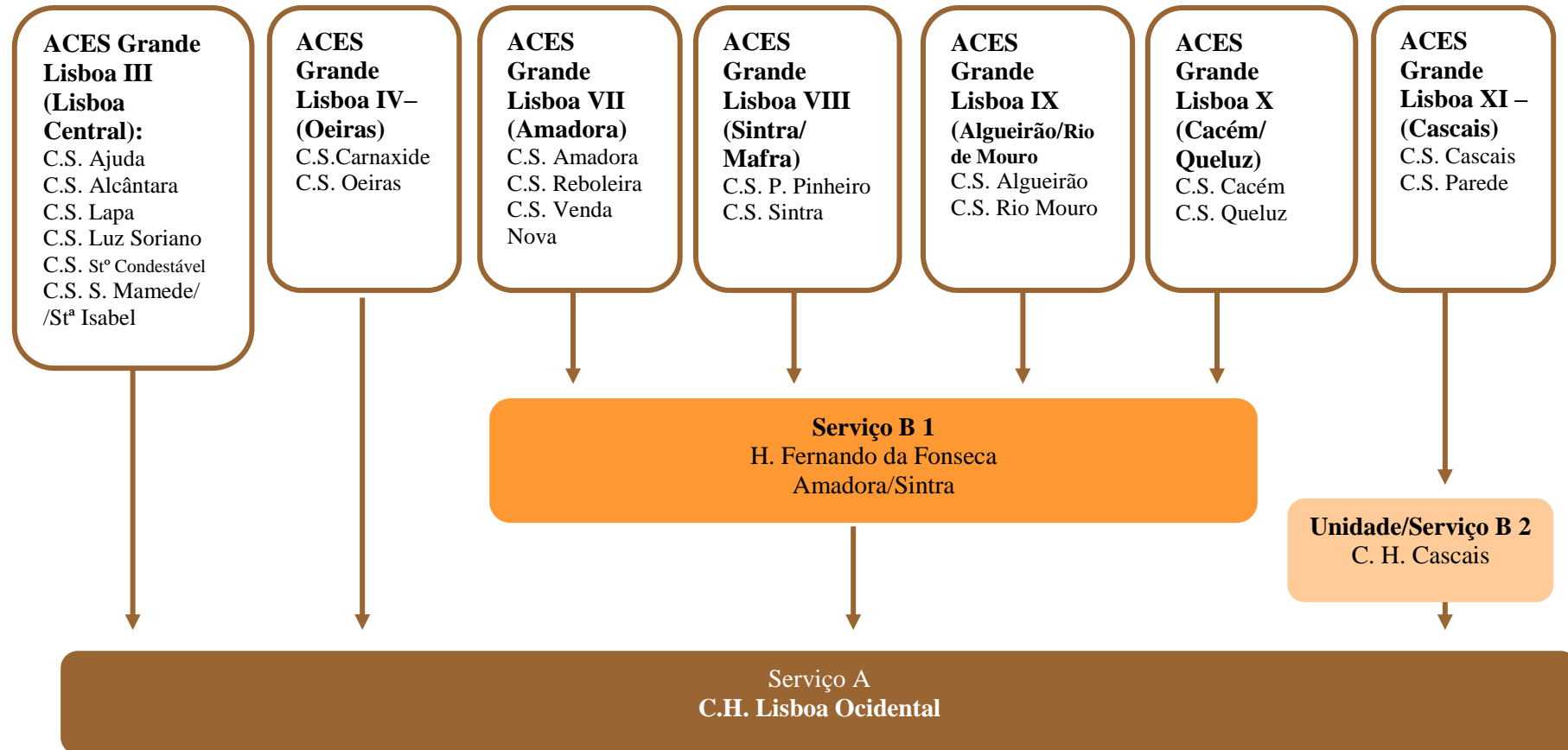
*** Apesar de integrar o ACES Lezíria I – Ribatejo, faz parte da Parceria Público Privada do Novo Hospital de Vila Franca de Xira

**** Apesar de integrar o ACES Lezíria II, faz parte da Parceria Público Privada do Novo Hospital de Vila Franca de Xira

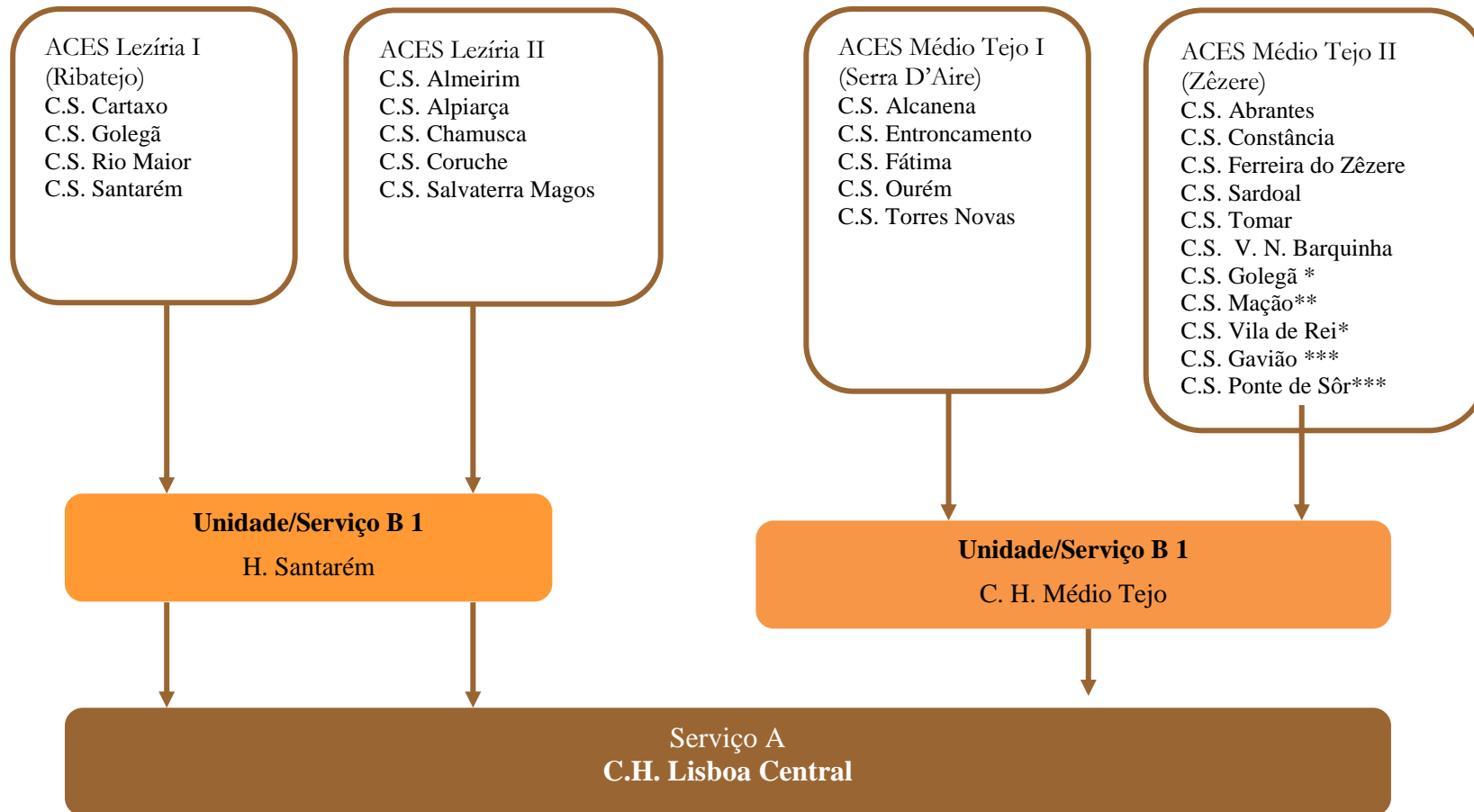
***** ACES Grande Lisboa III e VI – Melhor acessibilidade ao Centro Hospitalar de Lisboa Central

i) Integra o novo Hospital de Loures quando este entrar em funcionamento

Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo – Agrupamentos de Centros de Saúde – Cont.



Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo - Agrupamentos de Centros de Saúde – Cont.

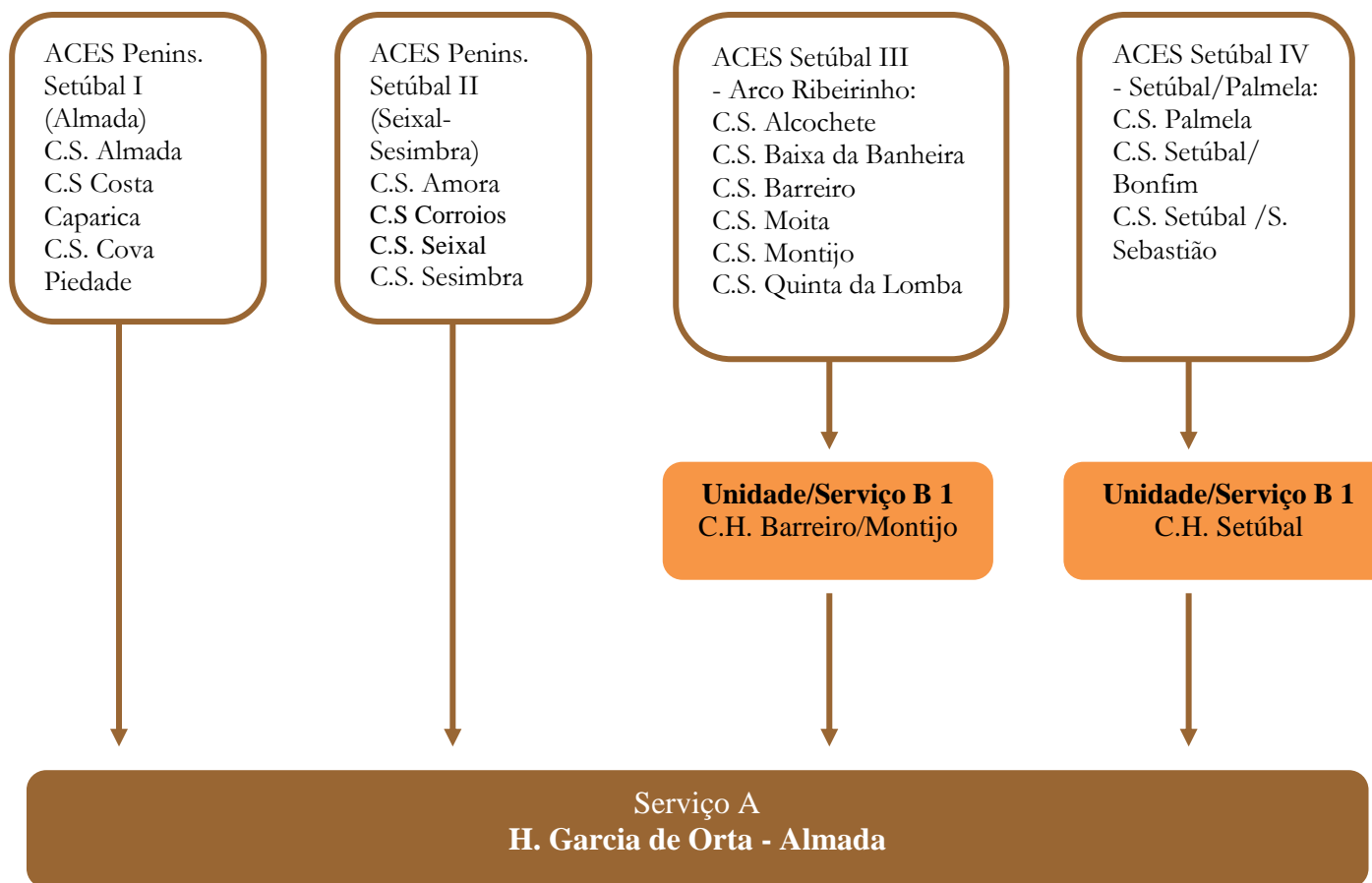


* ACeS Lezíria I: Por razões de melhor acessibilidade

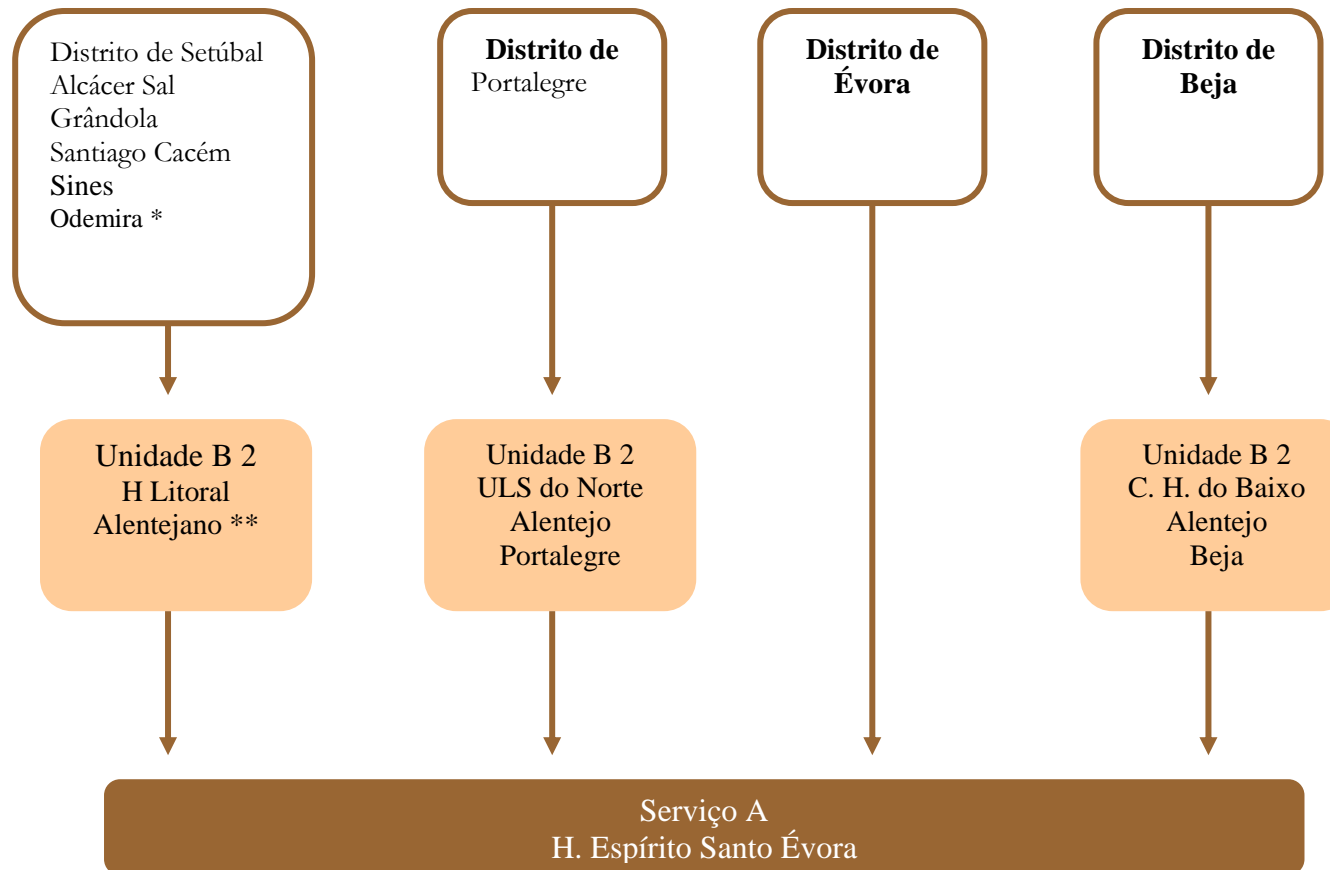
** ULS Castelo Branco: Por razões de melhor acessibilidade poderão optar por este hospital

*** ULS do Norte Alentejano: Por razões de melhor acessibilidade poderão optar por este hospital

Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo - Agrupamentos de Centros de Saúde – Cont.



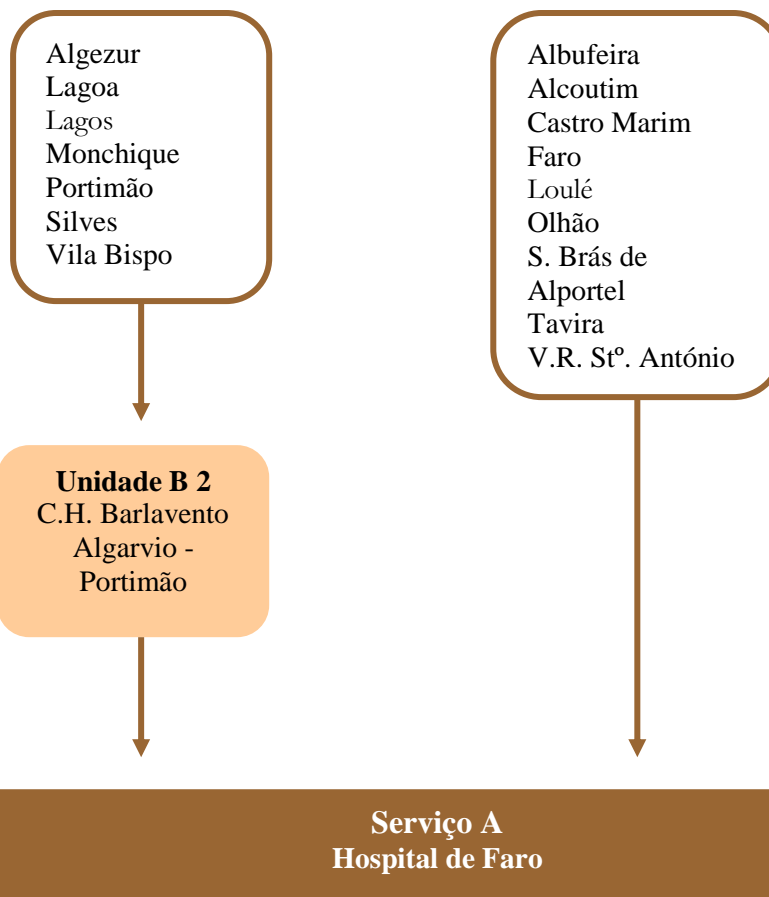
Região de Saúde do Alentejo – Distritos de Setúbal, Portalegre, Évora e Beja



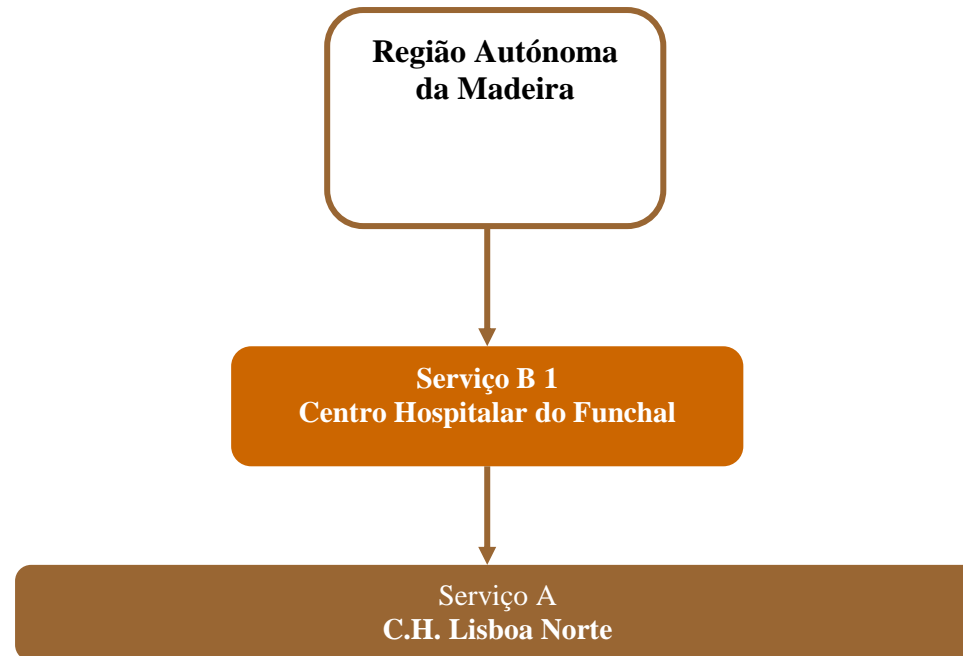
*Por razões de acessibilidade poderá optar por este hospital

**Considerando-se como Hospital com Urgência Médico-Cirúrgica

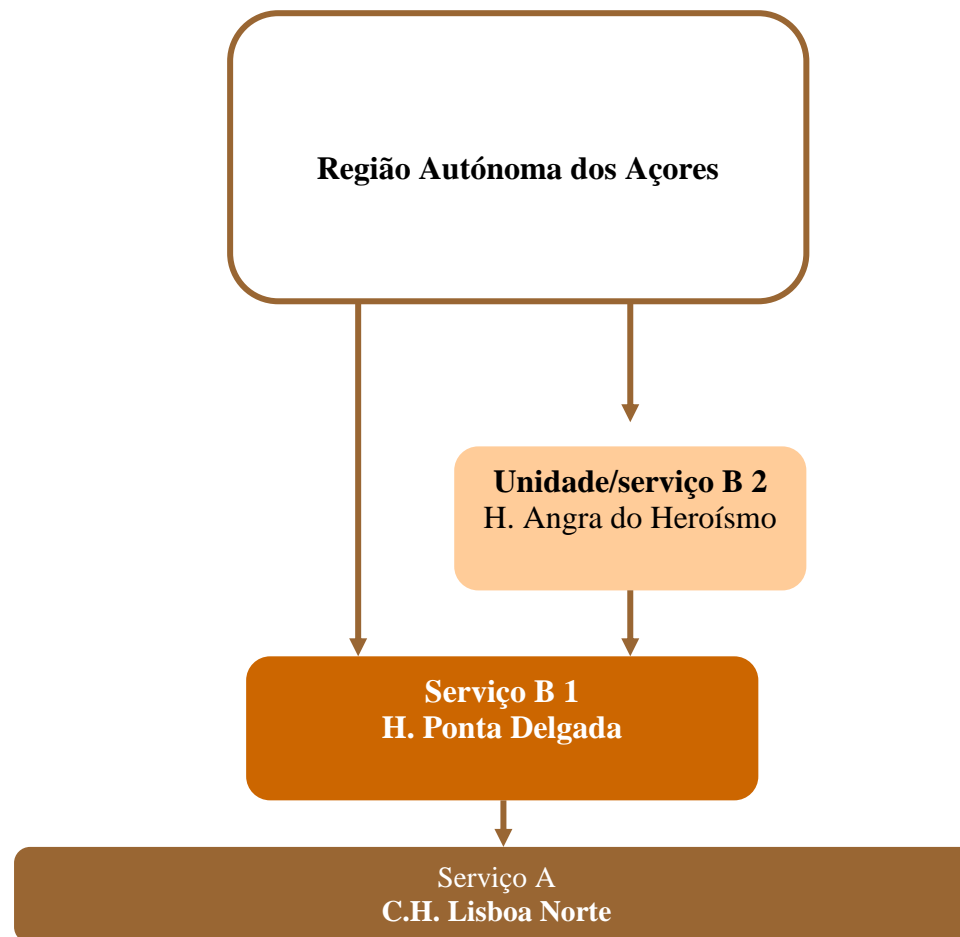
Região de Saúde do Algarve – **Distrito de Faro** (Concelhos)



Região Autónoma da Madeira



Região Autónoma dos Açores



Anexo I

Critérios de avaliação de idoneidade dos serviços para fins formativos

A publicação da Portaria n.º 183/2006 (Diário da República n.º 38, I Série-B, de 22 de Fevereiro de 2006), veio introduzir algumas alterações, nomeadamente a possibilidade de serem efectuados internatos médicos em serviços e estabelecimentos de saúde públicos ou privados.

Dando cumprimento ao estabelecido nos artigos 29.º, 30.º e 31.º, será atribuída idoneidade formativa aos serviços ou grupo de serviços que cumpram os seguintes requisitos:

1 - Quadro Médico

- a) Direcção do Serviço por especialista, com pelo menos 10 (dez) anos de inscrição no Colégio de ORL, cuja gestão reconhecidamente estimule o envolvimento e a participação de todo o quadro clínico e restantes elementos na dinâmica e no desenvolvimento do Serviço.
- b) Quadro orgânico do Serviço com 06 (seis) especialistas, inscritos no Colégio de ORL, em regime de trabalho equiparável ao do regime legal das carreiras médicas do Ministério da Saúde.

2 - Quadro Paramédico

- a) Possuir o mínimo de 01 (um) Técnico de audiometria;
- b) Possuir o mínimo de 01 (um) Técnico de terapia de fala

3 - Funcionamento

- a) Consulta externa equipada com o material indispensável para uma boa prática da especialidade, efectuada diariamente.
- b) Possuir capacidade de internamento próprio ou partilhado, com um movimento de doentes suficientemente numeroso e nosologicamente diversificado de modo a garantir os níveis e diversidade de cuidados de saúde necessários à formação dos Médicos Internos.

- c) Bloco operatório com um mínimo de quatro períodos semanais apetrechado com o material que permita a execução de toda a cirurgia ORL constante no Programa de Formação da Especialidade. Os actos cirúrgicos a realizar devem permitir o cumprimento integral do referido programa de modo a proporcionar uma formação qualitativa e quantitativamente diferenciada.
- d) O Interno deve realizar serviço de urgência semanal em regime de presença física, integrado numa equipa de urgência no serviço de colocação ou em serviço idóneo com o qual este se encontre agregado.
- e) Para a realização dos meios complementares de diagnóstico o serviço deve possuir: cabine audiométrica insonorizada, audiómetro, impedancímetro, aparelho de potenciais evocados auditivos, aparelho de otoemissões acústicas, aparelho de vídeo/electronistagmografia e aparelhos para endoscopia rígida e flexível.
- f) Possuir local destinado à prática de cirurgia experimental minimamente apetrechado e funcionante, de modo a possibilitar o treino cirúrgico mencionado no Programa de Formação.

4 - Documentação

O Serviço deverá dispor de:

- a) Arquivo clínico organizado;
- b) Biblioteca do Serviço e/ou central, dispondo de livros básicos da Especialidade actualizados, bem como a assinatura de publicações nacionais e estrangeiras que abranjam todas as áreas da ORL;
- c) Videoteca;
- d) Material audiovisual: máquina fotográfica e de filmar com possibilidade de serem acopladas ao microscópio e ao endoscópio; retroprojector; projector de slides; leitor de vídeo e de CD.

5 - Actividade Científica

- a) Realização periódica de reuniões de serviço com apresentação e discussão de casos

- clínicos e exposição de temas teóricos.
- b) Participação anual dos membros do serviço em reuniões nacionais e ou internacionais como membros de mesas redondas, na apresentação de comunicações, posters e vídeos.
 - c) Publicação e apresentação de trabalhos por membros do serviço sobre temas da Especialidade, sobre qualidade dos serviços prestados e sobre avaliação do processo formativo.

Critérios aprovados, por unanimidade, pela Direcção do Colégio.

Coimbra, 22 de Abril de 2006

Anexo II

Programa europeu de formação do internato da especialidade

ver

<https://www.ordemosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=d1c38a09acc34845c6be3a127a5aacaf>