

Rede de Referenciação Hospitalar
de **Cirurgia Vascular**



Ministério da Saúde
Direção-Geral da Saúde

Cirurgia Vascular



Rede de Referenciação Hospitalar de **Cirurgia Vascular**

Direcção-Geral da Saúde – Direcção de Serviços de Planeamento



PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Planeamento.
Rede de Referência Hospitalar de Cirurgia Vasculard. – Lisboa: Direcção-Geral da Saúde,
2004. – 40 p.

ISBN: 972-675-111-X

Procedimentos cirúrgicos vasculares / Unidades hospitalares / Referência e consulta – orga-
nização e administração / Acesso aos cuidados de saúde / Garantia da qualidade dos cuidados
de saúde / Prestação de cuidados de saúde / Questionários.

Grupo de Trabalho:

Dr. Adriano Natário – Direcção-Geral da Saúde
Prof. Doutor Alexandre Moreira – Hospital de St.º António
Prof. Doutor Américo Diniz da Gama – Hospital de St.ª Maria
Dr. Jorge Tenreiro – Hospital de S. João
Dr. José Daniel Menezes – Hospital Garcia de Orta
Dr.ª Maria José Proença – Direcção-Geral da Saúde
Dr. Óscar Gonçalves – Hospitais da Universidade de Coimbra

*Este documento é da responsabilidade da Direcção-Geral da Saúde.
Teve a excelente colaboração de um conjunto de peritos de reconhecido
mérito, embora possa não traduzir todos os seus pontos de vista.*

Editor: Direcção-Geral da Saúde

Foto: Europress, Lda.

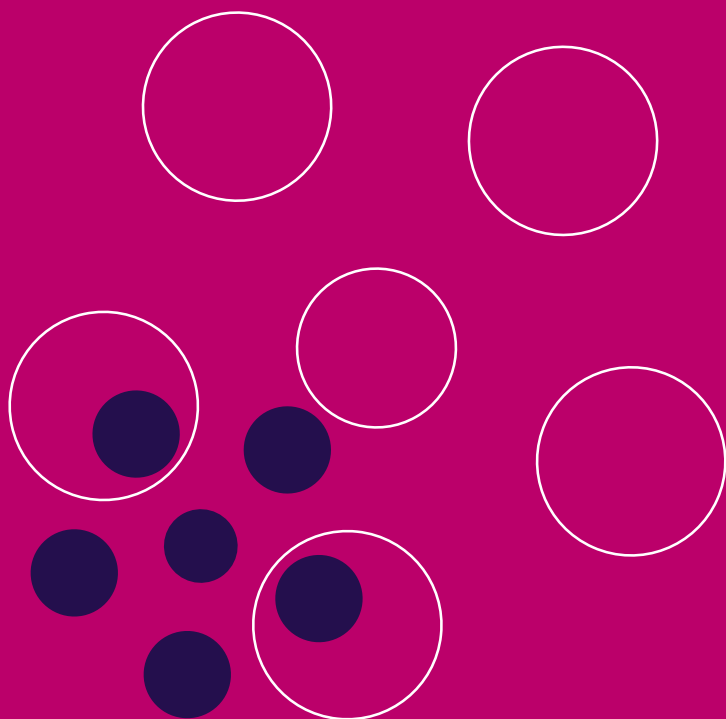
Impressão/Acabamento: Europress, Lda.

Tiragem: 2000 exemplares

Depósito Legal: 222927/05

Índice

Conceito de Rede de Referenciação Hospitalar	5
Definição e Âmbito da Especialidade de Angiologia e Cirurgia Vascular	6
Enquadramento Europeu da Especialidade	17
A Realidade Nacional	19
Critérios de Criação de Serviços e Unidades	21
Critérios de Avaliação da Qualidade de um Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular	25
Arquitectura da Rede	27
Avaliação Anual	28
Questionário de Satisfação dos Doentes	31



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 prestadores 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, permitindo:

- Articulação em rede. Variável em função das características dos recursos disponíveis, das determinantes e condicionantes regionais e nacionais e do tipo de especialidade em questão.
- Exploração de complementaridades, de modo a aproveitar sinergias, concentrar experiências, propiciando o desenvolvimento do conhecimento e a especialização dos técnicos, com a consequente melhoria da qualidade dos cuidados.
- Concentração de recursos no sentido da 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 condicionamentos 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.





Definição e Âmbito da Especialidade

O nascimento da Angiologia e Cirurgia Vascular como especialidade independente integra-se num movimento histórico que se caracterizou pelo desmembramento e fragmentação de parte da Cirurgia Geral, de que resultaram as modernas especialidades de feição cirúrgica como a Ortopedia, a Urologia, a Neurocirurgia, a Cirurgia Cardiorácica, a Cirurgia Maxilofacial e, mais recentemente, a Coloproctologia, a Cirurgia Endócrina e a Cirurgia do Trauma.

Devido à rápida expansão da sua actividade e à aquisição e desenvolvimento de técnicas próprias de diagnóstico e tratamento, a Angiologia e Cirurgia Vascular vem-se afirmando progressivamente como especialidade autónoma e moderna.

O seu âmbito de actuação centra-se no estudo e tratamento das doenças do sistema circulatório, para além do coração e do sistema nervoso central, ou seja, as patologias das artérias, veias e linfáticos dos territórios ditos “periféricos”.

Independentemente destas áreas de indefinição, existe um campo de

actividade vasto, que é o “terreno” próprio da Angiologia e Cirurgia Vascular, e que mais adiante iremos descrever, constituído por um conjunto de afecções em que o especialista assume um papel preponderante nos múltiplos aspectos das etapas clínica, diagnóstica e terapêutica.

Esta necessidade de uma compreensão e abordagem global das doenças, nos seus múltiplos aspectos parcelares e mecanismos íntimos, sugere, em nossa opinião, que a especialidade deva ser considerada menos como um conjunto de técnicas (Cirurgia Vascular), de duração efémera, e mais como um ramo das ciências médicas (Angiologia), de carácter eterno.

Os doentes que tradicionalmente constituem o âmbito da especialidade são, como já se assinalou, portadores de afecções do foro arterial, venoso e linfático, sendo o primeiro grupo aquele que maior relevância assume em termos de significado, repercussão individual e projecção social.

Passaremos a analisar em detalhe cada um dos três grandes capítulos.

1. Patologia Arterial

Os quadros patológicos mais frequentes neste grupo são:

- Doença arterial obstrutiva aterosclerótica, nas suas múltiplas formas: doença cerebrovascular, insuficiência vascular mesentérica, hipertensão renovascular, isquémias dos membros superiores e isquémias dos membros inferiores.
- Doença aneurismática da aorta
Aneurismas periféricos
Dissecção aórtica.
- Traumatismos vasculares.
- Embolias arteriais.
- Doenças vasospásticas.
- Angeítas
Arteriopatias inflamatórias e degenerativas.
- Síndromes de compressão vascular.
- Displasias arteriais e arteriovenosas.

Neste capítulo, que é o da patologia arterial, a **doença aterosclerótica** constitui-se como a causa mais frequente e a grande responsável pelos índices de sofrimento, incapacidade e mortalidade, suscitando de igual modo uma intensa actividade assistencial. As circunstâncias que condicionam a localização da aterosclerose aos diversos sectores do organismo não são bem conhecidas, mas uma localização muito frequente é, entre nós, a **circulação dos membros inferiores**, embora se constate um

crescente envolvimento de outros sectores e territórios arteriais.

Um número considerável de novos casos que anualmente surgem necessitam de internamento hospitalar, para estudo e tratamento. Muitos dos doentes requerem uma intervenção cirúrgica de revascularização, que pode assumir a forma de cirurgia directa (desobstrução, bypass), ou indirecta (simpaticectomia lombar).

O notório aumento que se tem observado na incidência e prevalência da diabetes tem contribuído de forma significativa para um incremento do esforço assistencial hospitalar das complicações vasculares da diabetes.

Regra geral, os doentes portadores destas afecções são observados e admitidos para tratamento hospitalar em fases muito avançadas da sua história natural.

Esta realidade é consequência de diversos factores, entre os quais se salientam: deficiente educação sanitária das populações; deficiente informação vascular de clínicos gerais, o que origina erros de diagnóstico e, por conseguinte, terapêutica incorrecta; difícil acesso aos escassos centros de especialidade, que se encontram superlotados; insuficiente e lenta resposta destes.

A excessiva absorção hospitalar pelos casos de doença evoluída e grave impede o acesso ao internamento dos doentes com formas moderadas da doença, precisamente as situações que reagem com melhor resposta à cirurgia, que correm com menor morbidade e mortalidade e cursam com menor tempo de internamento.

Só um intenso esforço de esclarecimento de médicos e doentes, a par de uma melhoria da rentabilidade dos centros de especialidade e da criação de novos centros, poderá modificar radicalmente o panorama descrito.

As outras localizações da doença aterosclerótica, embora menos frequentes, têm suscitado progressivamente maior atenção, bem como exigências diagnósticas e terapêuticas.

A **doença cerebrovascular extracraniana** e a consequente cirurgia de revascularização, nomeadamente da carótida e dos troncos supra-aórticos, encontra-se numa fase de expansão entre nós. Portugal é um país com elevada taxa de acidentes vasculares cerebrais, que constituem mesmo a primeira causa de mortalidade. Sabe-se hoje que uma proporção considerável destes acidentes (40 a 75%, segundo diversas informações) é causada por lesões arteriais localizadas na circulação cerebral extracraniana, passíveis de tratamento cirúrgico, antes da ocorrência do enfarto cerebral. Existe, no nosso meio, uma grande desproporção entre um enorme potencial de doentes e uma ainda escassa, mas já significativa, produção cirúrgica. Crê-se que algumas razões explicativas para o fenómeno se encontram no menor conhecimento dos clínicos gerais e neurologistas para com os quadros clínicos prenunciadores da existência de “lesões cirúrgicas”, ou também nas dificuldades e complexidades de diagnóstico exigidas para a sua demonstração (ultrassonografia, angiografia). Todavia, um crescente esforço de divulgação das actuais possibilidades

da cirurgia vascular, neste campo, tem vindo a modificar a realidade, pelo que é de esperar um grande incremento da actividade cirúrgica nos tempos mais próximos, com os ganhos em saúde daí decorrentes.

Os outros três grupos de localização da doença aterosclerótica (circulação dos membros superiores, território vascular mesentérico e artérias renais), são muito menos frequentes que os precedentes e não é possível fazer-se uma estimativa sobre a sua incidência. Contam-se em cada ano apenas alguns casos, pontuais, sem expressão numérica significativa.

A **doença aneurismática da aorta** e os aneurismas periféricos são também manifestações características da aterosclerose, e embora menos comuns do que a sua variante obstutiva, têm-se revelado, porém, progressivamente mais frequentes.

O aneurisma da aorta é, regra geral, assintomático. Três quartos dos aneurismas localizam-se na aorta abdominal e, de entre estes, 98% encontram-se situados abaixo das artérias renais. O crescimento do aneurisma é progressivo, mas o ritmo com que ocorre é imprevisível. O aparecimento de sintomas, nomeadamente de dores, de características, intensidade e localização variáveis, pode prenunciar a ocorrência de uma rotura, ou de quadros clínicos precursores desta.

O diagnóstico do aneurisma da aorta faz-se com base em dados clínicos e requer apenas um alto índice de suspeição, apoiado num exame físico completo e pormenorizado.

Os meios auxiliares de diagnóstico servem para confirmar, regra geral, a suspeição clínica; noutras circunstâncias revelam, incidentalmente, a sua existência.

Na ausência de rotura, os resultados do tratamento cirúrgico são bons, processando-se a cirurgia com um mínimo de morbilidade e mortalidade.

Em face da rotura, os resultados são decepcionantes, com taxas de mortalidade estimadas entre 50 a 75% dos casos.

A incidência está estimada em 1% para a população em geral, aumentando significativamente após a 6.^a década de vida.

Existe hoje um melhor conhecimento por parte dos clínicos das características silenciosas da doença, do risco que representa para a vida do doente e do valor inestimável da

cirurgia quando realizada em tempo oportuno, ou seja, antes da rotura.

Pelo conjunto destas razões, é de esperar um maior incremento da actividade cirúrgica neste campo.

Os **aneurismas periféricos** são muito menos frequentes do que os aneurismas da aorta, mas por vezes ocorrem em associação com aqueles, nomeadamente os da artéria popliteia. Ainda mais raros são os da artéria femoral, subclávia ou carótida.

A actividade cirúrgica tem uma expressão numérica insignificante, pelo que pouco representa em termos de movimento hospitalar.

A **dissecção aórtica** é uma situação grave e complexa, que provoca uma elevada mortalidade. Os aspectos fundamentais da doença são, na actualidade, a necessidade de um pronto reconhecimento da situação e a adopção de um largo espectro de medidas terapêuticas, que incluem necessariamente a cirurgia e que deverão ser utilizados em momentos definidos da sua evolução.

A doença está intimamente ligada à hipertensão arterial e atinge grupos etários mais jovens do que o aneurisma da aorta.

A incidência está estimada em cerca de 5 casos por milhão de habitantes e por ano.

Raros têm sido os casos diagnosticados em vida entre nós e menos ainda são aqueles que receberam tratamento cirúrgico, embora se note,



no entanto, um acréscimo da sua ocorrência, nos últimos anos.

Sendo Portugal um país com elevada incidência de hipertensão e dada a divulgação que a doença tem tido em largos sectores da população médica, é de esperar um aumento do número de casos diagnosticados nos próximos anos, para os quais necessitamos de aperfeiçoar e organizar os recursos que a complexa situação exige.

Os **traumatismos vasculares** constituem um capítulo de grande interesse e de enormes repercussões individuais, económicas e sociais.

A ocorrência dos traumatismos vasculares acompanha directamente o aumento da frequência e da complexidade da traumatologia dos tempos modernos, nomeadamente dos acidentes de viação e dos traumatismos profissionais e industriais.

Regra geral, as lesões vasculares encontram-se associadas a outras lesões traumáticas, constituindo sempre situações de emergência, que implicam risco de vida, ou risco de viabilidade das estruturas atingidas (membros, a maior parte das vezes).

Ocorrem em grupos etários mais jovens que os quadros patológicos já descritos. Atingem indivíduos em plena fase produtiva da vida e são uma fonte significativa de morbidade e incapacidade.

É difícil fazer uma previsão sobre a frequência dos traumatismos vasculares, mas informações de outras comunidades referem que eles ocor-



rem em cerca de 2 a 4% dos grandes traumatizados.

O esforço hospitalar empenhado no seu tratamento é grande, mobilizando frequentemente múltiplas equipas diferenciadas, em que a cirurgia vascular assume muitas vezes um papel preponderante.

As **embolias arteriais** são, na sua grande maioria, manifestações secundárias de uma doença cardíaca, pelo que a informação relativa à sua incidência e frequência acompanha frequentemente a das doenças cardíacas. O maior número de embolias provinha, até recentemente, de doenças valvulares de etiologia reumática (cuja incidência mostra uma tendência decrescente), mas tem sido registado um incremento notável de casos relacionados com arritmias cardíacas, enfarto do miocárdio e uso de próteses valvulares.

A ocorrência de uma embolia constitui sempre uma grande emergência, a necessitar de medidas terapêuticas imediatas. A mortalidade operatória está intimamente ligada à precocidade com que se institui a terapêutica cirúrgica. Porque estes doentes são, regra geral, possuidores de uma reduzida “reserva cardíaca”, e porque uma insuficiente informação leva muitas vezes à formulação tardia do diagnóstico, a mortalidade entre nós atinge valores muito elevados.

O período pós-operatório deve ser apoiado por equipas polivalentes e multidisciplinares e deve realizar-se em unidades de recuperação convenientemente apetrechadas.

As **doenças vasospásticas** são frequentes, nomeadamente no sexo feminino, afectam grupos etários jovens, são geralmente bem toleradas, mas podem originar situações incapacitantes. Na grande maioria dos casos, a investigação e o tratamento processam-se em regime ambulatorio.

A terapêutica cirúrgica e o indispensável internamento estão reservados para os casos mais graves, mas esta possibilidade só raramente surge, razão por que este grupo patológico pouca expressão tem, em termos de actividade hospitalar.

As **angeítes, as arteriopatias inflamatórias e degenerativas** constituem-se como afecções raras, de etiologia desconhecida e patogenia complexa, em que a cirurgia vascular é chamada a intervir em etapas muito definidas da sua evolução, geralmente para tratamento de quadros arteriais obstrutivos ou aneurismáticos, cuja ocorrência é, reconhecidamente, excepcional.

Os **síndromes de compressão vascular** são a maior parte das vezes acompanhados de compressão das estruturas nervosas adjacentes, razão por que são mais propriamente designados por síndromes neurovasculares.



O mais comum é o síndrome de compressão da travessia toraco-braquial. Esta situação é hoje objecto de tratamento conservador, em que avultam medidas de correcção postural, fisioterapia e recuperação.

A cirurgia está reservada para os doentes mais graves, para os casos complicados e para todos aqueles que se mostram refractários à terapêutica conservadora.

As malformações congénitas do sistema vascular – **angiodisplasias** – constituem um capítulo complexo dentro da angiologia.

Classicamente diferenciadas em displasias arteriais, arteriovenosas e venosas, a sua complexidade advém de uma patogenia mal conhecida, de uma fisiopatologia por vezes de repercussões extensas e de uma insatisfatória resposta às medidas cirúrgicas de controlo e tratamento.

Muito poucos são os casos considerados na actualidade como carecendo de tratamento cirúrgico, mas este é um capítulo que necessita de mais profunda investigação relativamente às alternativas terapêuticas que suscita.

Esta curta introdução aos principais quadros de patologia arterial permite-nos concluir que a aterosclerose obstrutiva nas suas múltiplas expressões territoriais, a doença aneurismática, os traumatismos vasculares e as embolias arteriais, constituem as principais preocupações da Especialidade, não só pela sua frequência, mas também pelas exigências peculiares, em termos terapêuticos e assistenciais.



2. Patologia Venosa

Os quadros patológicos mais frequentes neste grupo são:

- Trombose venosa.
- Insuficiência venosa crónica.
- Varizes dos membros inferiores.

Os quadros de **trombose venosa** podem ter expressões clínicas múltiplas, mas é a trombose venosa profunda dos membros inferiores o mais frequente e relevante. A sua importância advém de duas ordens de razões: por um lado, é o risco imediato da ocorrência de uma embolia pulmonar, complicação por vezes fatal; por outro lado, são as repercussões tardias sobre a função valvular venosa, originando a insuficiência venosa crónica, significativa

fonte de morbidade e incapacidade. Por via destes factos, a trombose venosa profunda dos membros exige cuidados especiais, baseados num indispensável internamento hospitalar e na adopção de medidas terapêuticas adequadas.

A incidência da trombose venosa profunda dos membros inferiores está estimada, grosseiramente, em 0,7 por mil habitantes por ano, no grupo etário dos 20-50 anos, aumentando consideravelmente depois dessa idade. Muitas trombozes venosas são secundárias a intervenções cirúrgicas, traumatismos, pós-parto e doenças neoplásicas, razão por que é difícil formular-se uma perspectiva sobre a sua real incidência.

Várias formas de tratamento podem ser postas em prática: tratamento anticoagulante, fibrinolítico ou cirúrgico, dependendo estas opções de parâmetros clínicos, mas também, e sobretudo, da experiência do grupo profissional, em cada uma daquelas modalidades terapêuticas.

As situações de **insuficiência venosa crónica** são tratadas na sua grande maioria em regime de ambulatório, quer assumam a forma de insuficiência obstrutiva ou avalvulada. As expressões clínicas destes quadros são muitas vezes incapacitantes: edema crónico do membro afectado, alterações tróficas cutâneas, úlcera maleolar recorrente e varizes “secundárias”.

A terapêutica utiliza medidas conservadoras, procedendo-se a internamento hospitalar apenas em circuns-

tâncias de lesões tróficas complicadas, o que, em termos de frequência, é praticamente inexpressivo.

A abordagem cirúrgica, de revascularização, tem sido proposta em alguns centros pioneiros, mas os resultados obtidos não são de molde a suportar a sua difusão.

O terceiro grupo de afecções do foro venoso é constituído pelas **varizes**. Em termos de incidência geral, pode dizer-se que 10 a 20% da população é afectada por varizes dos membros inferiores, variando contudo essa incidência com o sexo, raça, idade, tipo constitucional e actividade profissional.

O tratamento primordial das varizes é cirúrgico e um dos pontos fundamentais em que assenta o êxito da cirurgia diz respeito à selecção dos doentes e ao tipo de cirurgia adoptado.

Com efeito, existe hoje em dia uma diversidade de abordagens alternativas que incluem a utilização de contenção elástica, escleroterapia, laqueações selectivas e terapêutica excisional.

Os grupos que advogam as terapêuticas esclerosantes e aqueles que praticam as laqueações selectivas fazem-no, regra geral, em regime ambulatório.

Os que optam por formas mais radicais de procedimento (excisão) exigem internamento hospitalar, o qual se processa habitualmente dentro de um curto período de internamento.

3. Patologia Linfática

Qualquer que seja a sua etiologia, os quadros habituais de patologia linfática são a expressão de uma insuficiência de drenagem distal, originando situações de edema crónico, cujo resultado final culmina muitas vezes na elefantíase.

Estas situações são raras, mas o seu reflexo a nível individual assume por vezes feições muito marcantes, pelo longo sofrimento e incapacidade que podem causar.

Por outro lado, as alternativas terapêuticas que se oferecem são muitas vezes incapazes de alterar o curso natural da doença ou das suas complicações.

Classicamente, classificam-se os linfedemas em idiopáticos ou primários e secundários.

Os primários são congénitos, são raros, têm uma predilecção acentuada pelo sexo feminino e coexistem frequentemente com outras malformações congénitas.

Os linfedemas secundários são uma consequência da obstrução da drenagem linfática, por doença tumoral, doença infecciosa, pós-cirurgia ou radioterapia.

O tratamento é predominantemente conservador e baseia-se fundamentalmente na utilização de uma contenção elástica externa, no repouso antiortostático e, por vezes, na aplicação de um regime de compressão externa, mecânica e intermitente.

A cirurgia está reservada apenas para os casos em que as medidas

conservadoras se mostram insuficientes no controlo da progressão da doença, ou das suas complicações.

A terapêutica cirúrgica assume duas feições distintas: ou é uma terapêutica excisional, seguida de reparação plástica (enxertos cutâneos), ou é uma terapêutica dita “fisiológica”, voltada para a reconstrução da drenagem linfática.

Os resultados de uma e outra têm sido, até ao momento, inconstantes e controversos.

Como foi assinalado no preâmbulo deste trabalho, existem outras áreas de actividade que têm pontos de afinidade com o âmbito próprio da cirurgia vascular, nomeadamente as áreas da patologia e da técnica operatória. São elas: a cirurgia das coronárias e os aneurismas da aorta torácica; a cirurgia da hipertensão portal; a cirurgia da hemodiálise e transplante renal; a microcirurgia vascular.

A cirurgia das coronárias e os aneurismas da aorta torácica são tratados, na maioria dos centros, por cirurgias cardíacas, não só porque utilizam técnicas singulares e diferenciadas (circulação extracorporal), mas também porque frequentemente necessitam de tempos complementares especificamente cardíacos (substituição valvular, reparação de uma perturbação septal ou aneurisma ventricular, etc.).

A cirurgia da hipertensão portal tem sido abordada predominantemente por cirurgias gastroenterologistas, fundamentalmente porque utiliza uma metodologia diagnóstica comum às hemorragias digestivas e hepatopatias crónicas, mas também porque recorre

a técnicas operatórias utilizadas em cirurgia digestiva. Todavia, em muitos centros estrangeiros ela é da competência exclusiva da cirurgia vascular.

A cirurgia de acesso vascular à hemodiálise e transplante renal apresenta um panorama diverso, pois é efectuada por cirurgiões gerais, urologistas e cirurgiões vasculares.

De um ponto de vista técnico, a cirurgia do acesso vascular e do transplante são indissociáveis. Actuam em fases e planos diferentes do tratamento dos mesmos doentes, utilizando técnicas semelhantes, próprias da cirurgia vascular. Devem, por conseguinte, ser efectivadas pelas mesmas equipas.

Dentro desta diversidade, é possível identificarem-se soluções de compromisso, tendentes a proporcionar um máximo de possibilidades e qualidade aos doentes transplantados, e que consistem na utilização de cirurgiões vasculares para os tempos operatórios vasculares e cirurgiões urologistas para os tempos urológicos (anastomose ureteral).

Finalmente, a microcirurgia vascular exige uma aprendizagem específica, utiliza técnicas e materiais muito particulares, razão por que se reconhece a necessidade de ser praticada por profissionais treinados e com dedicação exclusiva.

São estas áreas de responsabilidade indefinida e variável que em determinadas circunstâncias podem conferir um âmbito mais ou menos dilatado aos limites de actuação da Cirurgia Vascular contemporânea.





Enquadramento Europeu da Especialidade de Angiologia e Cirurgia Vascular

Antes do recente alargamento, nos 16 países da UE, a Cirurgia Vascular é reconhecida como mono-especialidade em nove (Áustria, Dinamarca, Espanha, Finlândia, França, Grécia, Itália, Luxemburgo e Portugal) e uma subespecialidade nos restantes, à excepção da Irlanda, onde ainda se encontra incluída na Cirurgia Geral.

A duração do treino exigida para obter a qualificação varia entre os 6 e os 9 anos, dos quais 4 a 6 na especialidade, reservando-se para o tronco comum da Cirurgia Geral os restantes, que geralmente os precedem.

Os Serviços e ou Unidades são autónomos, embora por vezes integrados em Departamentos, e estão localizados preferencialmente em

hospitais com áreas populacionais de referência superiores a 500 000 habitantes (500 000 a 1 000 000), com capacidade de internamento superior a 500 camas e onde devem existir Unidades de Cuidados Intensivos dimensionadas e Serviços de Radiologia equipados com TAC, RMN e Angiografia Digital.

Deles fazem parte Laboratórios Vasculares equipados com eco-doppler colorido (no mínimo), sendo nos blocos operatórios obrigatória a existência de um intensificador de imagem (braço em C) sempre disponível.

A sua lotação é variável, sendo o rácio de camas/n.º habitantes de 0,03 a 0,04/1000 habitantes e os *staff* médicos entre 0,01 e 0,02/1000 (média 0,015) (dados recolhidos a partir dos Registos Nacionais existentes na Divisão de C. Vascular da UEMS)

A Realidade Nacional

Existem actualmente em Portugal Continental, na rede pública, 7 serviços de Angiologia e Cirurgia Vascular e 2 unidades autónomas integrando Serviços de Cirurgia Geral. Em conjunto, totalizam uma oferta de 197 camas para internamento, assim distribuídas, por região:

- 73 no Norte
- 30 no Centro
- 94 em Lisboa e Vale do Tejo

Segundo os rácios europeus antes referidos em Portugal, deveriam existir em Portugal 300/400 camas disponíveis, o que revela um défice muito significativo, parcialmente compensado pelo sector privado, mas não estando a sua produção devidamente estimada.

A distribuição populacional (Censo 2001) nas Regiões de Saúde aponta para a existência de 3 235 582 habitantes na Região do Norte, 2 398 572 na Região do Centro, 3 378 979 na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 461 883 no Alentejo e 395 218 no Algarve, sendo que nesta última a importância do turismo representa um acréscimo, especialmente sazonal, que é necessário ter em conta.

Efectuaram-se no ano de 2002, nas unidades e serviços de cirurgia vascular, 54987 consultas externas, sendo 16237 primeiras consultas e representando 30% do número total. Em relação ao número de internamentos, referente ao mesmo ano, re-

gistaram-se 8851, com uma demora média que oscilou entre os 4,7 e os 9,4 dias (média de 7,11). A taxa de ocupação variou entre os 71,81 e os 110 % (média 87,5). Realizaram-se 12 172 intervenções cirúrgicas, 3084 estudos angiográficos, 12167 exames não invasivos.

Relativamente aos recursos humanos médicos, a totalidade dos quadros existentes contempla 15 Chefes de Serviço e 51 Assistentes Hospitalares. Não estão neste momento preenchidas 2 vagas de Chefe de Serviço e 3 de Assistentes, havendo, porém, 13 assistentes eventuais aguardando abertura de concursos.

Estão em fase de formação 37 Internos do Complementar (a 31/12/2002).

- 1.º ano – 4; 2.º ano – 8;
- 3.º ano – 7; 4.º ano – 7;
- 5.º ano – 5; 6.º ano – 6.

Estão credenciados como Especialistas de Angiologia e Cirurgia Vascular, em Portugal, 119 médicos, embora 15 destes exerçam actividade de Cirurgia Geral no serviço público, 14 se encontrem reformados e 14 só exerçam actividade privada.

A distribuição de especialistas por Região de Saúde e Ilhas consta do quadro seguinte:

Especialistas por Região			
Norte	Centro	Lisboa e V.Tejo	Autónomas
50	10	54	5

Especialistas por grupos etários					
30-40	40-50	50-60	60-70	70-80	>80
20	38	37	12	11	1

A distribuição dos especialistas em Angiologia e Cirurgia Vascular, por grupos etários, consta do quadro anterior, sendo de realçar que apenas 50% dos médicos têm menos de 50 anos.

A relação de especialistas deverá ser entre 0,01 e 0,02/1 000 (média 0,015), pelo que deveríamos ter aproximadamente 150 especialistas em Portugal.

No tratamento das diferentes patologias vasculares, ganha situação de realce a patologia arterial, pela premência da orientação, pelo que representa de vital em termos de membros e dos doentes, razão pela qual tem preferência sobre qualquer outra das patologias. No entanto, há duas situações que sempre preocuparam os responsáveis pelos Serviços: os acessos vasculares para hemodiálise e as varizes dos membros inferiores. Esta patologia deveria ser tratada em regime ambulatorio (instalações próprias, com segurança, e de acordo com as actuais *legis artis*, em regime de admissão e alta do doente no mesmo dia), contribuindo para diminuir os tempos de internamento e as listas de espera, com consequentes benefícios sociofamiliares, económicos e psico-

lógicos para o doente e com clara redução de custos.

Estudos epidemiológicos efectuados mostram que cerca de 30% da população adulta sofre de insuficiência venosa nas suas diversas formas de apresentação e gravidade, mas, sobretudo, nos graus I e II. A distribuição é quase uniforme no território nacional. Deste grupo de doentes, entre 5 a 10 % têm indicação operatória (15 000 a 30 000). A produção dos hospitais públicos foi, em 2 002, de 7 194 doentes operados, dos quais só 1 904 em Serviços de Especialidade. A esta deverá ser somada a efectuada no sector privado ou em IPSS. Apesar do contributo que a cirurgia do ambulatorio possa dar, parece-nos que as varizes poderão ser objecto de contratualização entre público e privado, pelas seguintes razões:

- o sector público de especialidade terá dificuldade em dar resposta, dada a elevada incidência desta patologia.
- não é útil, nem realista, criar mais serviços de Angiologia e Cirurgia Vascular baseados, essencialmente ou exclusivamente, nas necessidades deste sector.

No entanto, a possibilidade de contratualização só deve ser encarada depois de utilizada toda a capacidade instalada no sector público.

Crêterios para Cria o de Unidades e Serviços de Angiologia e Cirurgia Vascul r

Só uma correcta defini o das atribui es e equipamentos (humanos e técnicos) de cada Serviço e Unidade e das suas formas de articula o poderá levar a uma eficaz cobertura em rede pública, promover o aproveitamento integral dos recursos, melhorar a qualidade assistencial e contribuir de uma forma decisiva para o desenvolvimento desta especialidade classificada como “diferenciada”.

Os Serviços e Unidades, definidas as suas competências, necessitam de recursos técnicos dispendiosos e humanos altamente qualificados, devendo, para atingirem patamares de

excelência, ter uma produ o quantitativa geradora de experiência.

A sua cria o deverá depender dos condicionalismos geográficos e populacionais, tendo as Unidades como objectivo prestar cuidados prementes a uma determinada área geográfica, mas articular-se com Serviços que serão responsabilizados por maior diferencia o, forma o e urgência 24/24 horas.

Para atingir os objectivos acima definidos, pensamos que as condi es mínimas para a cria o de cada um deles serão as seguintes:



Unidades de Angiologia e Cirurgia Vascular:

- Deverão ser localizadas em alguns Hospitais Médico-Cirúrgicos, de acordo com condicionalismos de ordem populacional (=> 300 000 habitantes) e de acessibilidade, e articular-se, funcionalmente, com o Serviço geograficamente mais próximo, mas com autonomia própria.
 - Deverão integrar Departamentos de Especialidades Cirúrgicas ou Serviços de Cirurgia Geral, tendo, preferencialmente, autonomia funcional.
 - Deverão dispor de:
 - Corpo médico de 4 elementos (1 Chefe de Serviço e 3 Assistentes).
 - Consulta externa autónoma.
 - Meios não invasivos (ultrassonográficos) próprios ou de fácil acesso no Hospital.
 - Equipamento angiorradiológico no Bloco Operatório e possibilidade de execução de técnicas endovasculares.
- A lotação aconselhada é de 0,04 camas/1 000 habitantes.
- Deverão fazer urgência em articulação com o Serviço de referência, garantindo a urgência na Unidade durante o normal funcionamento e integrando, em caso de carência, a urgência externa do Serviço de referência.
 - Deverão ter idoneidade formativa parcial ou total.

Os factores de preferência para a instalação de Unidade, no Hospital, são a existência de:

- Serviço de Cardiologia.
- Serviço de Nefrologia/Hemodiálise.
- Serviço de Radiologia equipado com TAC, seriógrafo multifunções e eco-doppler colorido.

Serviços de Angiologia e Cirurgia Vascular

- Deverão estar integrados em Hospitais Polivalentes, servindo uma população de referência superior a 500 000 habitantes (preferencialmente, 750 000 a 1 000 000).
- Deverão dispor de:
 - Unidade de Cuidados Intensivos (própria ou do Hospital).
 - Fácil acesso hospitalar a radiologia com tomografia axial computadorizada, ressonância magnética, angiorressonância e medicina nuclear.
 - Quadro médico de, pelo menos, 8 especialistas (mínimo de 2 Chefes de Serviço e 6 Assistentes).
 - Consulta externa diária.
 - Internamento autónomo.
 - Laboratório vascular não invasivo com eco-doppler colorido, doppler direccional e tapete rolante.
 - Meios invasivos próprios ou de fácil acesso no Hospital.
 - Bloco operatório diário equipado para estudo angiográfico e prática de cirurgia endovascular.
 - Unidade de cirurgia de ambulatório.
 - Urgência interna assegurada em regime de presença física.
 - Articulação hospitalar com Serviço de Medicina Física e Reabilitação.
 - Arquivo clínico e angiográfico.
 - Secretariado clínico e administrativo informatizado.
 - Biblioteca.
 - Idoneidade formativa (atribuída pela Ordem dos Médicos).

A produção estimada de um Serviço com estas características será:

Consultas	3 500 a 4 500
Doentes saídos	1 500/ano
Cirurgia Electiva	1 200 (150/médico)
Cirurgia de Ambulatório	500 (5/médico/semana)
Eco-doppler	2 000 (8 a 10 ex./dia)
Angiografias + Procedimentos Endovasculares <i>embora com as devidas adaptações às especificidades próprias dos Serviços e sua respectiva diferenciação.</i>	400 (8 a 10/semana),

Articulação entre as Unidades e os Serviços de Angiologia e Cirurgia Vascular

Deverá ser fomentada a mobilidade dos Cirurgiões Vasculares, de modo a permitir a sua actualização periódica, bem como a subespecialização, de acordo com o seu interesse e as necessidades locais.

Deverá ser fomentada a rotatividade dos Internos de Angiologia e Cirurgia Vascular pelos diversos centros, permitindo uma formação polifacetada, de acordo com a realidade nacional e, ao mesmo tempo, maior dinamismo e maior diferenciação.



Crêterios de Avalia o da Qualidade de um Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascul r

A garantia da qualidade assume hoje um papel fundamental no desenvolvimento e presta o dos cuidados de saúde. As auditorias correspondem a formas críticas e sistemáticas de avalia o que, juntamente com a monitoriza o, asseguram o controlo de qualidade dos serviços prestados. Mas, para o seu êxito,   necessário envolver todos os profissionais de saúde no processo de gestão da qualidade, devendo esta ser entendida numa rede sinérgica de competências e não como acto individual. Embora seja clássico considerarmos a melhoria da qualidade nas suas várias dimensões – eficácia, eficiência, equidade, aceita o, adequa o e acessibilidade –, sabemos que ela apenas melhora, não por nos preocuparmos mais com os doentes, mas por sermos mais científicos na concep o dos programas e mais metódicos na forma de funcionamento.

O desenvolvimento de programas de garantia de qualidade   uma necessidade em termos de eficiência e uma obriga o em termos  ticos e morais.

Existem vários elementos envolvidos num projecto de avalia o de qualidade, com objectivos diferentes, e contemplados de forma equilibrada na avalia o final:

- o doente
- a equipa de saúde
- a estrutura orgânica do Serviço

- a institui o a que pertence o Serviço
- a entidade administrativa e financiadora
- a sociedade em geral

Enumeram-se alguns indicadores a considerar quando se pretende avaliar a qualidade no âmbito da Cirurgia Vascul r, e que devem constar, obrigatoriamente, do relatório anual do Serviço.

Estrutura

a) Instala es

Instala es susceptíveis de proporcionar um ambiente digno quer para os doentes, quer para os profissionais, com espaços próprios para o desempenho de cada uma das actividades.

b) Equipamento

Apetrechamento com equipamento clínico e os requisitos técnicos considerados mínimos e acesso a apoio adequado de meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

c) Pessoal

Número suficiente de profissionais com as qualifica es necessárias para a presta o de cuidados assistenciais.

d) Sistema de informação

Dossiers clínicos bem estruturados e cuidadosamente anotados.
Arquivo clínico organizado.

e) Protocolos de execução permanente

Procedimentos de alta. Cuidados no pré e pós-operatório.

f) Critérios de admissibilidade definidos.

Processo assistencial

a) Atendimento de doentes

Listas de espera.
Acessibilidade.

b) Actividade assistencial

Número e tipo de actos médicos / médico.

Número de doentes tratados por cama.

Tempo médio de internamento.

Demora média.

Taxa de ocupação.

c) Actividades regulares de formação contínua ou permanente

Reuniões clínicas periódicas.

Produção científica.

d) Gestão do Serviço

Gestão reconhecidamente capaz de estimular o envolvimento e a participação do quadro clínico e restante *staff* na dinâmica e desenvolvimento do Serviço.



Resultados Assistenciais

a) Resultados técnicos

Taxa de mortalidade.

Taxa de complicações.

Taxa de infecção nosocomial.

Taxa de reinternamento.

b) Satisfação/Insatisfação dos doentes

Informação das participações ao Gabinete do Doente.

Resultados de inquéritos regulares à satisfação dos doentes.



ARQUITECTURA DA REDE DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR

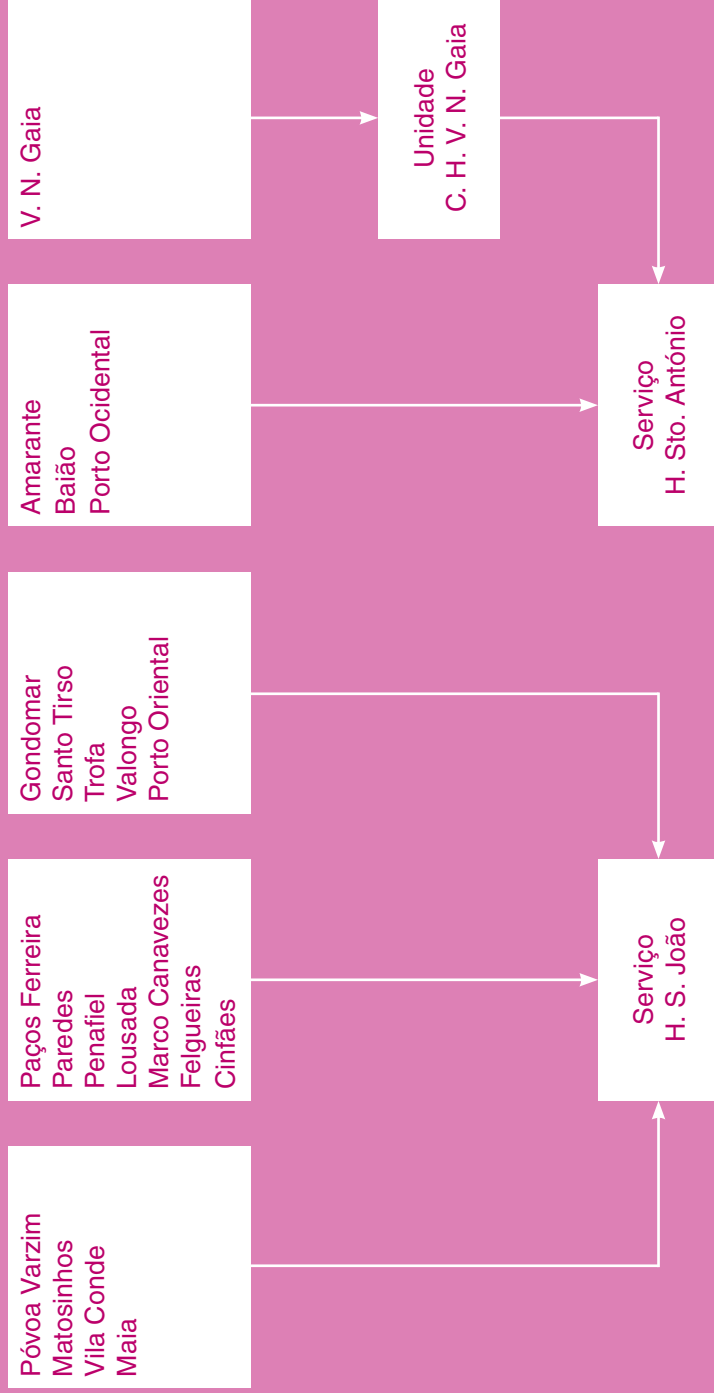
A prestação dos cuidados de saúde no âmbito da especialidade de Angiologia e Cirurgia Vascular deverá ser feita na forma de Unidades ou Serviços, dependendo de condicionamentos de ordem geográfica e populacional.

Apresentam-se sob a forma de fluxogramas as áreas de referência dos diferentes Hospitais.

A urgência externa deve funcionar em articulação com os vários centros, de acordo com as necessidades e disponibilizando todas as capacidades instaladas.

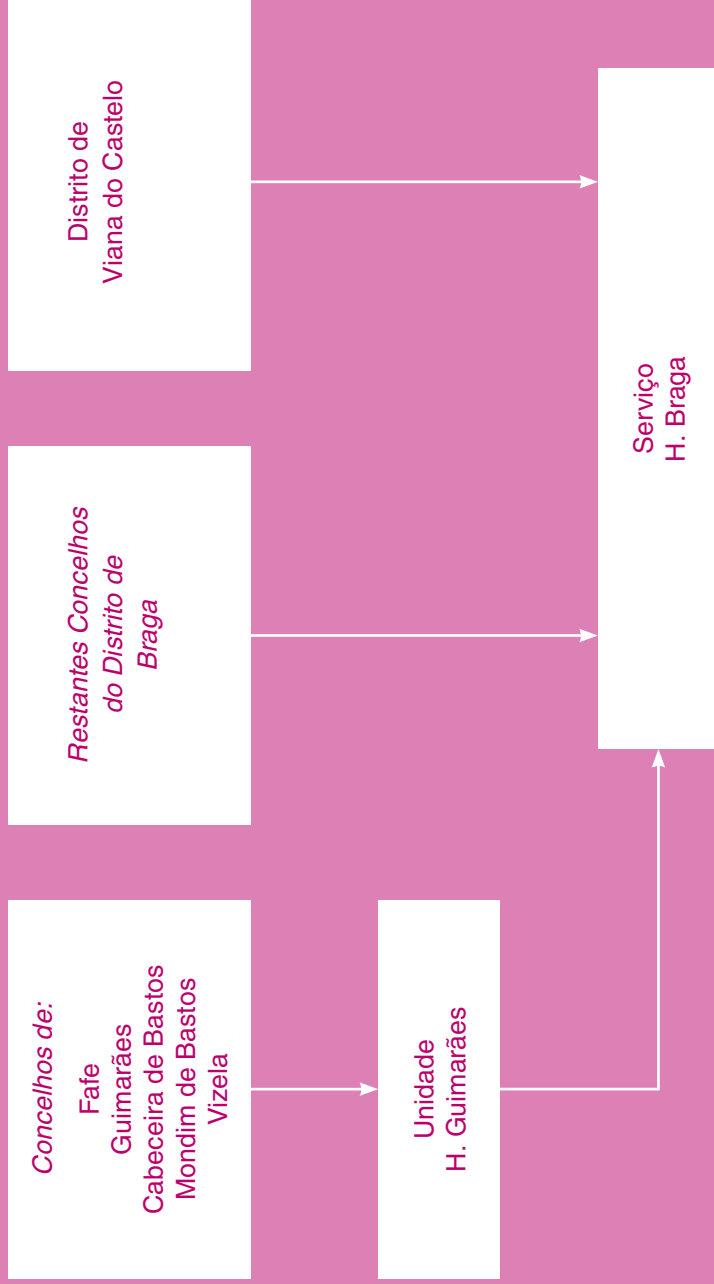
Rede de Referência Hospitalar – Cirurgia Vascular

Região de Saúde do Norte – Distrito do Porto



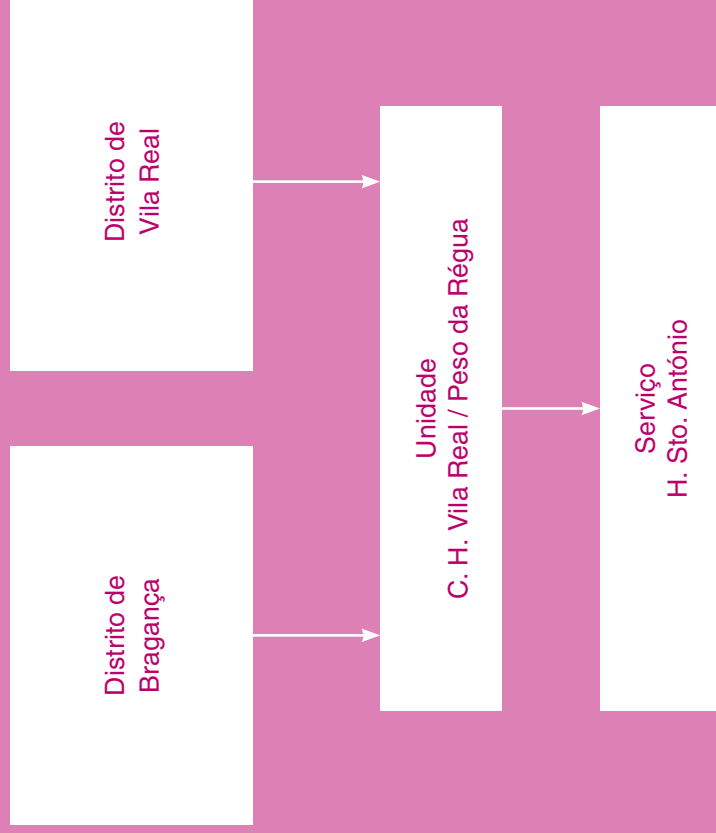
Rede de Referência Hospitalar – Cirurgia Vascular

Região de Saúde do Norte – Distritos de Braga e Viana do Castelo



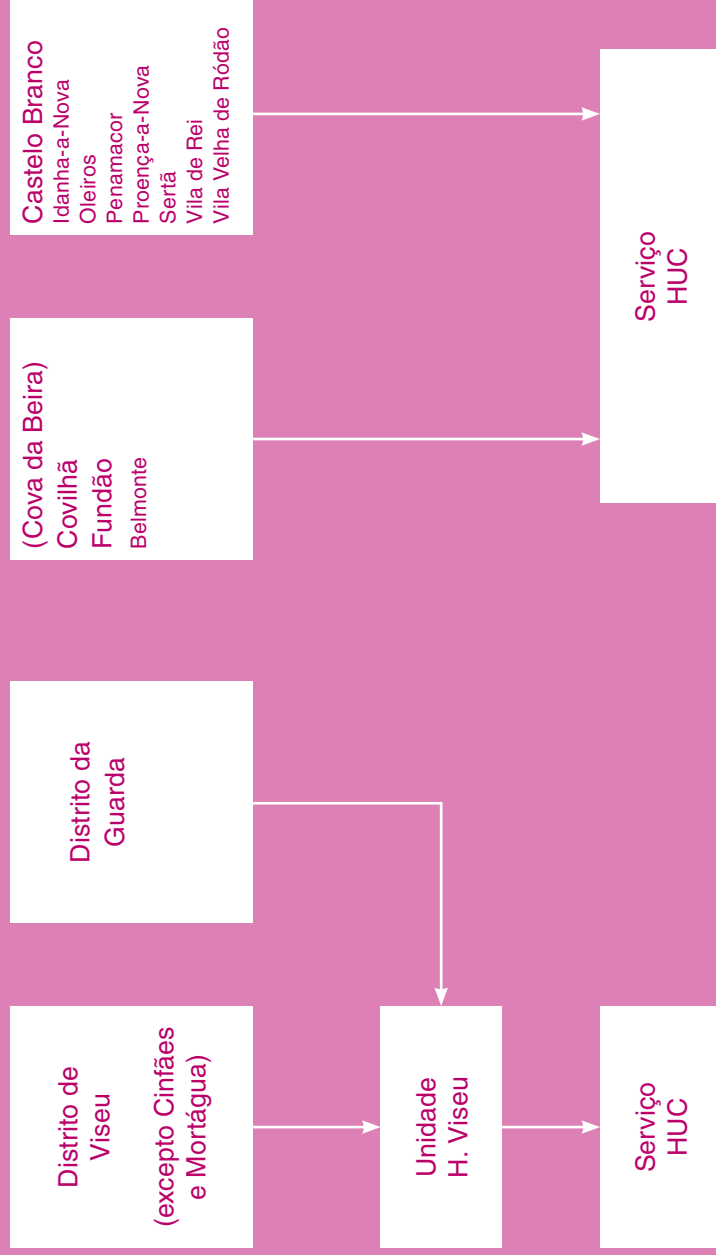
Rede de Referência Hospitalar – Cirurgia Vascular

Região de Saúde do Norte – Distritos de Bragança e Vila Real



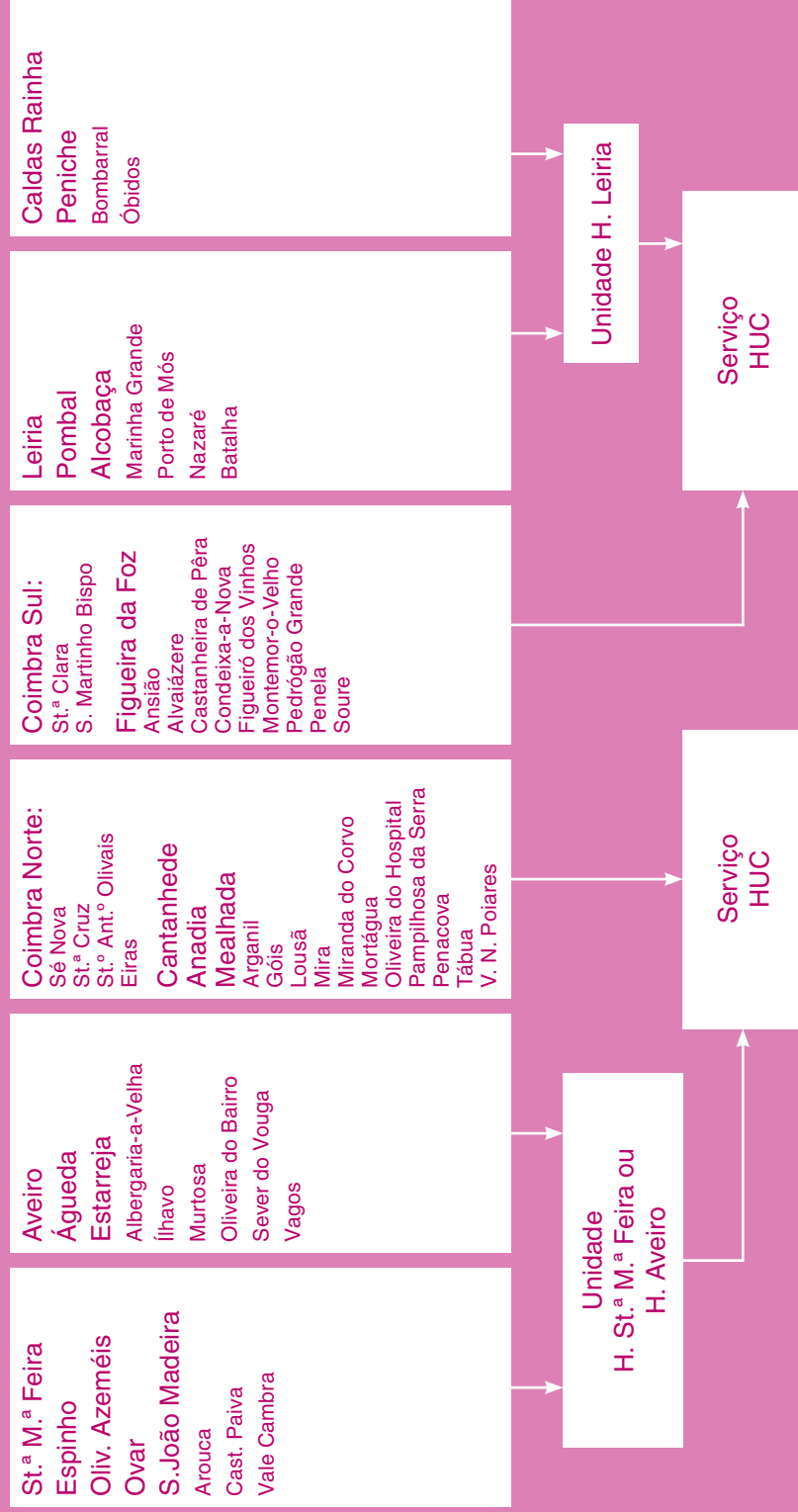
Rede de Referência Hospitalar – Cirurgia Vascular

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



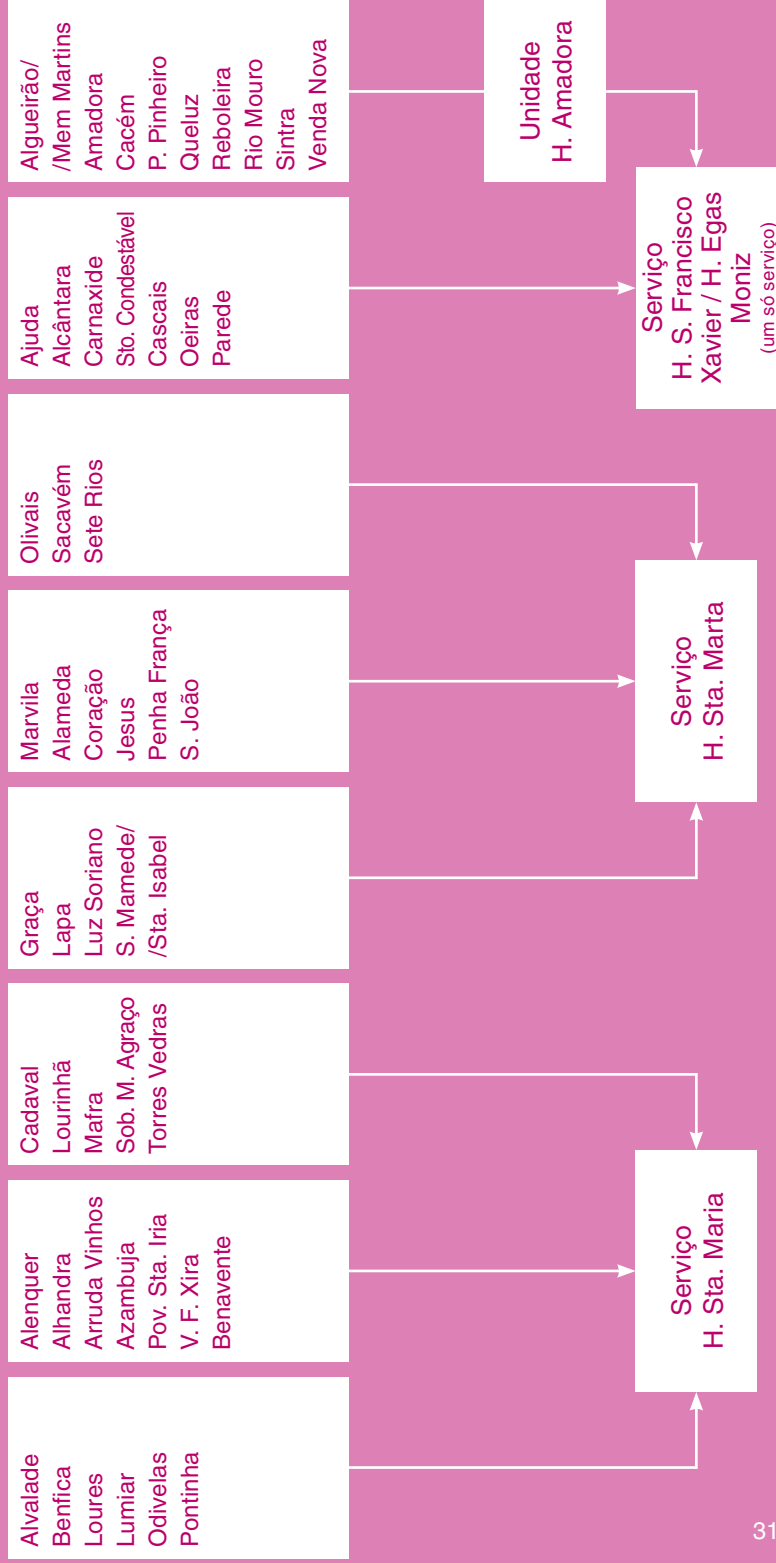
Rede de Referência Hospitalar – Cirurgia Vascular

Região de Saúde do Centro – Distritos de Aveiro, Coimbra e Leiria



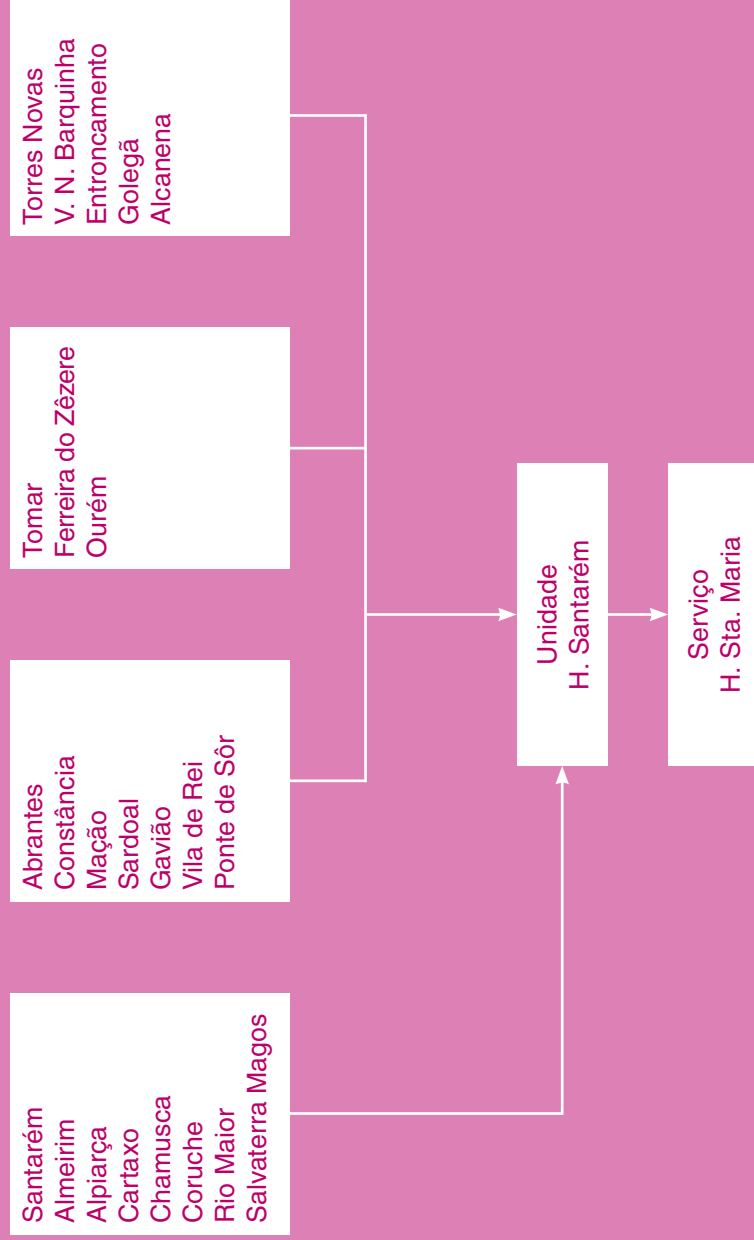
Rede de Referência Hospitalar – Cirurgia Vascolar

Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo – Distrito de Lisboa



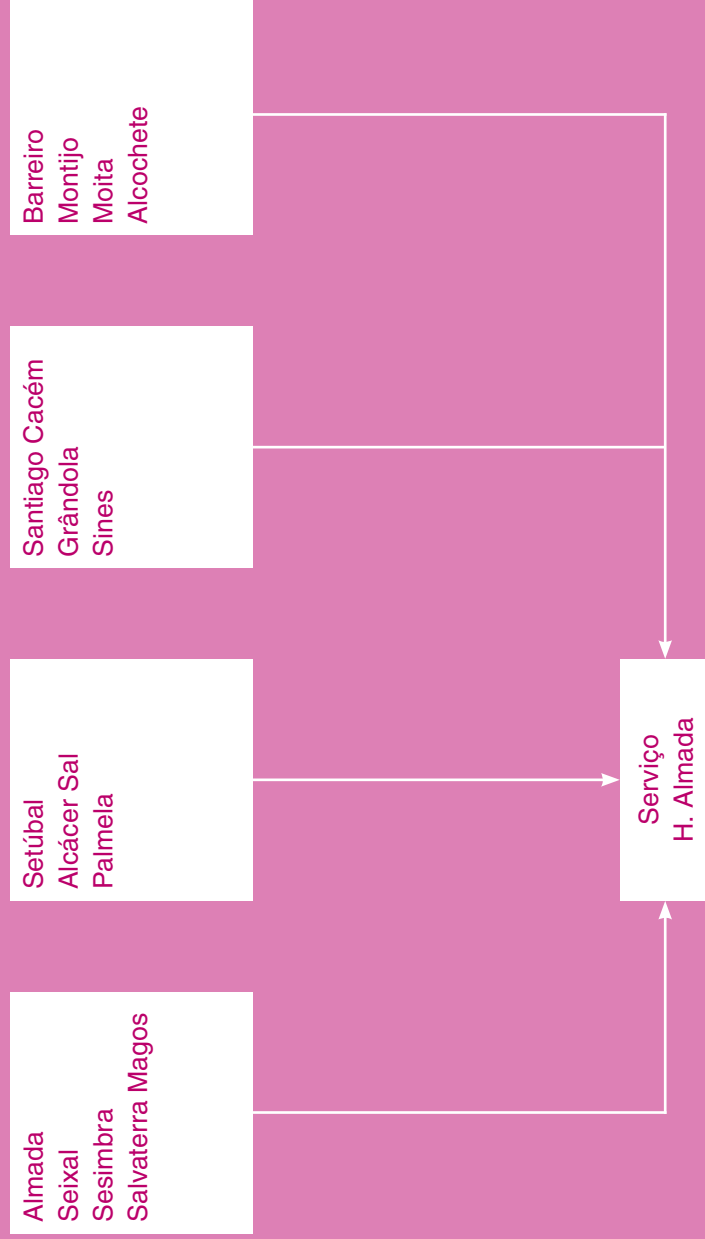
Rede de Referência Hospitalar – Cirurgia Vascular

Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo – Distrito de Santarém



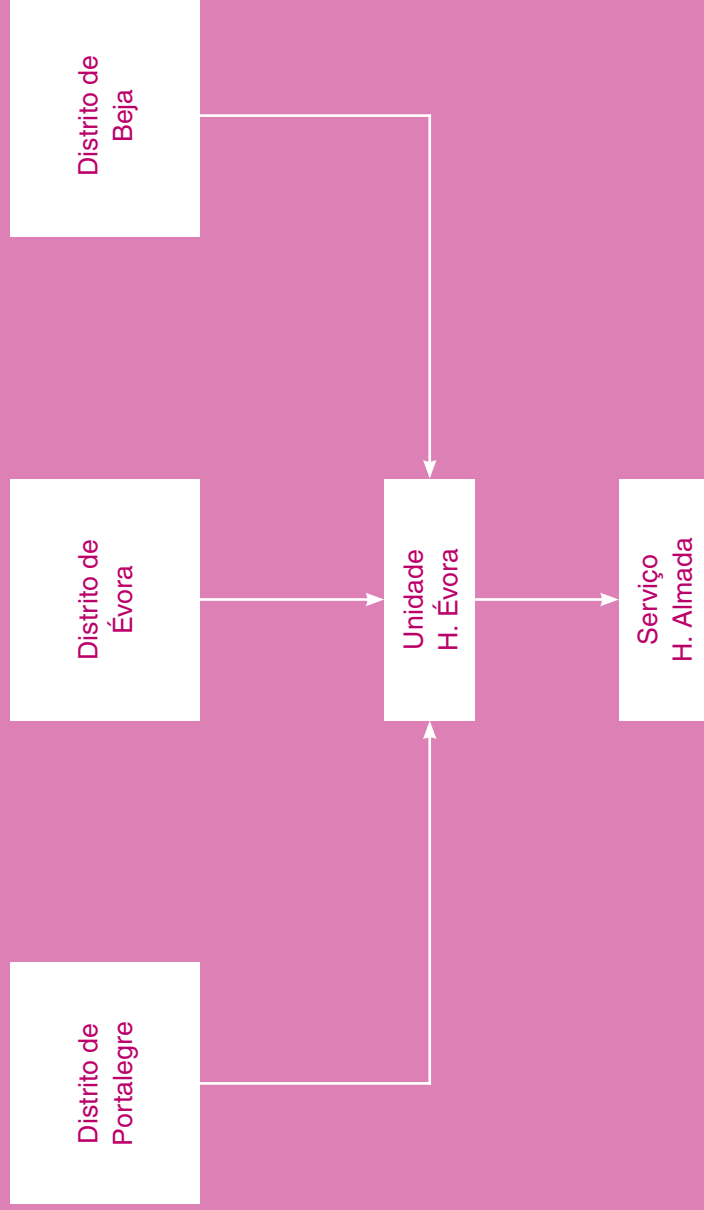
Rede de Referência Hospitalar – Cirurgia Vascolar

Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo – Distrito de Setúbal



Rede de Referência Hospitalar – Cirurgia Vascul

Região de Saúde do Alentejo

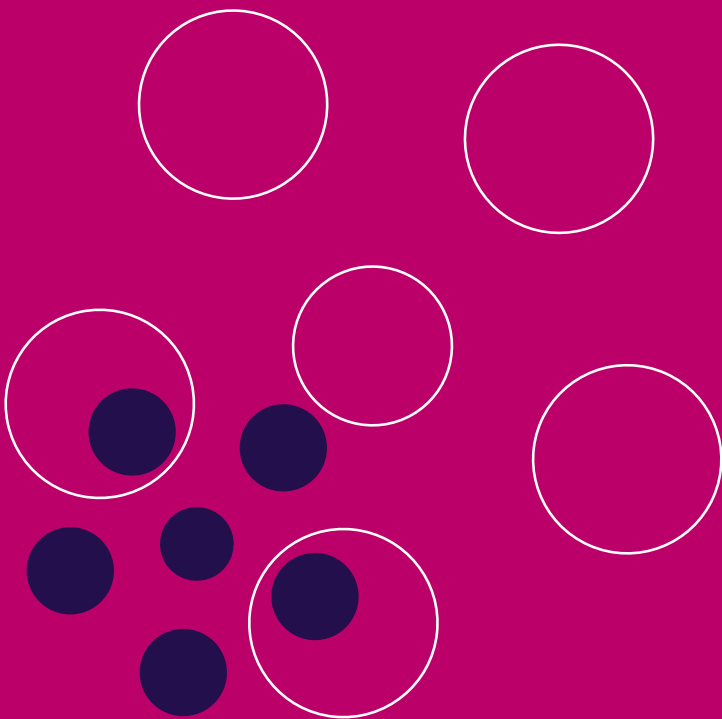


Rede de Referência Hospitalar – Cirurgia Vascular

Região de Saúde do Algarve



Apexos



AVALIAÇÃO ANUAL

UNIDADE / SERVIÇO DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR

Hospital de Relatório anual / Ano

(A enviar ao Planeamento da ARS com cópia à DGS no final de Janeiro)

Estrutura e Recursos

	S	N
- Equipamento considerado mínimo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Número suficiente de profissionais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Arquivo clínico organizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Procedimentos de alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Critérios de admissibilidade definidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Processo assistencial

- Número de doentes tratados por cama
- Demora média
- Taxa de ocupação

- Número e tipo de **actos médicos / Médico:**

- Eco-Doppler	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- Doppler	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- Angiografia diagnóstica	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- Primeiras consultas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- Segundas consultas	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- Cirurgia Arterial
- Cirurgia Venosa
- Cirurgia Endovascular
- Acesso Vascular à Hemodiálise
- Amputações

– Programa de combate às listas de espera de varizes:

- Tempo espera média 1.ª consulta
- Tempo espera cirurgia

– Actividade regular de formação contínua ou permanente:

- | | S | N |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Reuniões clínicas semanais | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Trabalhos publicados | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Trabalhos comunicados | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Resultados

– Resultados técnicos

- Taxa de mortalidade
- Taxa de complicações
- Taxa de reinternamento
- Taxa de infecção nasocomial

– Satisfação / Insatisfação dos doentes

- Número de participações ao gabinete do doente
- Taxa de respostas ao questionário de satisfação dos doentes

QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO DOS DOENTES

(Para preencher com uma cruz e devolver ao Hospital 30 dias após a cirurgia.
Não necessita de selo)

	Muito Satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito
Secretariado			
Amabilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eficácia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rapidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pessoal Auxiliar			
Disponibilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rapidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefone (Recepção de Chamadas do exterior)			
Eficácia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amabilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consulta			
Pontualidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conforto das instalações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidados Clínicos			
Amabilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grau de satisfação global com todos os serviços e ambiente do Hospital			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Já retomou a actividade normal que tinha antes da cirurgia?			
	Total	Parcial	Ainda não
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>