

Rede de Referenciação Hospitalar de **Gastroenterologia**



Ministério da Saúde
Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.



Rede de Referência Hospitalar de **Gastroenterologia**

Aprovada por Despacho de
Sua Excelência o Secretário
de Estado Adjunto e da Saúde,
Dr. Francisco Ramos,
em 16 de Junho de 2008.

Portugal. Direcção-Geral da Saúde. Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.
Rede de Referência Hospitalar de Gastrenterologia. - Lisboa: ACSS, 2009. - 64 p.
ISBN 978-989-96226-0-9

Grupo de Trabalho

Dr. Adriano Natário – ACSS (Administração Central do Sistema de Saúde)

Dr. António Curado – Centro Hospitalar das Caldas da Rainha

Dr. Armando Ribeiro – Hospital de S. João

Dr.^a Isabelle Cremers – Centro Hospitalar de Setúbal

Prof. Doutor José Velosa – Centro Hospitalar de Lisboa Norte

Dr. Leopoldo Matos – Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

Dr.^a Maria Manuela Andrade – ACSS (Administração Central do Sistema de Saúde)

Editor: Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

Foto: Europress, Lda.

Impressão: Europress, Lda.

Tiragem: 1200 Exemplares

Dep. Legal: 292523/09

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.



Índice

Conceito de Rede de Referenciação Hospitalar	5
1. A Especialidade de Gastreenterologia	7
1.1. Definição	7
1.2. O que define um gastreenterologista	8
1.3. Breve história da Gastreenterologia em Portugal	8
1.4. Áreas de diferenciação técnico-profissional	8
2. Epidemiologia Gastreenterológica	9
2.1. Patologias com impacto hospitalar	10
3. Caracterização da Realidade Gastreenterológica Nacional	19
3.1. A situação da especialidade em Portugal	19
3.2. Formação de especialistas	31
4. Necessidades de Saúde em Gastreenterologia	34
5. Modelo Organizativo	35
5.1. Princípios organizativos	35
5.1.1. Formação	36
5.2. Modelo Organizativo de um Hospital de nível B	37
5.2.1. Quadro médico do serviço/unidade de Gastreenterologia	37
5.2.2. Internamento	38
5.2.3. Consulta externa	39
5.2.4. Unidade de Técnicas de Gastreenterologia	39
5.2.5. Hospital de Dia	41

5.2.6. Apoio da Gastreenterologia à Urgência	41
5.2.7. Apoio nutricional aos doentes internados no hospital	41
5.3 Modelo Organizativo do Serviço de Gastreenterologia de um Hospital de nível A	43
5.3.1. Técnicas gastreenterológicas	43
5.3.2. Hospital de dia	43
5.3.3. Transplante Hepático	44
5.3.4. Apoio da Gastreenterologia ao serviço de urgência	44
5.3.5. Cuidados Intermédios	44
5.3.6. Internamento	44
5.3.7. Recursos Humanos	44
5.4 Gastreenterologia pediátrica	44
5.5 Gastreenterologia em hospitais especializados/monotemáticos	45
5.6 O que devem fazer os hospitais gerais sem urgência médico-cirúrgica	45
6. Avaliação da Qualidade de um serviço de Gastreenterologia	46
7. Formação contínua	46
8. Ensino e Investigação	46
9. Recomendações finais	48
10. Referências	50
Arquitectura da Rede	51



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 Gastreenterologia

1.1. Definição

A Gastreenterologia é a especialidade das doenças do aparelho digestivo, cuidando dos doentes com patologia do tubo digestivo, fígado, vias biliares e pâncreas.

Abrange, por isso, as necessidades de diagnóstico e terapêutica em patologias várias, algumas de grande prevalência na comunidade, num leque vasto que varia de patologias simples e frequentes a muito complexas, tais como as que envolvem transplantação de órgãos. Tem tido, nomeadamente no âmbito da terapêutica, uma enorme expansão nos últimos anos. Por outro lado, a prevenção das doenças do foro digestivo assume cada vez maior importância, nomeadamente na área do cancro.

A patologia comum inclui a dispepsia, a doença de refluxo gastro-esofágico, a síndrome de intestino irritável e a obstipação. A maior parte da actividade do gastreenterologista é dirigida ao ambulatório, procurando excluir patologia orgânica em doentes sintomáticos, sendo que a investigação inclui frequentemente exames endoscópicos e imagiológicos. Mas a actividade do gastreenterologista também inclui a assistência a doentes internados e a situações de urgência/emergência, como a hemorragia digestiva, a icterícia e a dor abdominal. Ainda fazem parte das suas atribuições a abordagem da patologia oncológica, o tratamento da doença péptica e da doença de refluxo, da patologia do intestino delgado, da doença inflamatória intestinal, da patologia da árvore biliar, do fígado e do pâncreas. A transplantação de órgãos, em particular do fígado, poderá fazer parte da actividade do gastreenterologista em alguns centros.

A Gastreenterologia tem, portanto, uma importante vertente clínica e uma componente técnica instrumental, particularmente endoscópica.

Os últimos progressos no diagnóstico e tratamento das doenças do aparelho digestivo têm condicionado o aparecimento de áreas diferenciadas dentro da Gastreenterologia, uma das quais, a Hepatologia, já se constituiu, formalmente, em sub-especialidade.

A maioria dos doentes com patologia digestiva é seguida pelo médico assistente de cuidados primários, embora muitas das situações sejam resolvidas com aconselhamentos e terapêutica médica, cabendo ao gastreenterologista proceder, sempre que possível em ambulatório, ao diagnóstico clínico e orientação terapêutica de doentes referenciados. Assim, na consulta externa hospitalar, deve haver um número proporcionalmente elevado de primeiras consultas.

1.2. O que define um gastroenterologista

Médico com formação específica, apto a diagnosticar e tratar doenças do tubo digestivo, fígado, pâncreas e que executa endoscopia diagnóstica e terapêutica. Tem competência para realizar técnicas endoscópicas básicas, nomeadamente endoscopia digestiva alta e baixa, polipectomia, terapêutica hemostática e exames proctológicos. Compete-lhe ainda exercer a tarefa de consultor no âmbito hospitalar.

1.3. Breve história da Gastreenterologia em Portugal

A organização da Gastreenterologia como área específica da Medicina ocorreu nos anos cinquenta do século passado, na sequência de eventos científicos ligados à especialidade, seguidos da criação das primeiras sociedades de Gastreenterologia. A carreira hospitalar de Gastreenterologia em Portugal foi criada nos anos setenta.

A acentuada evolução das técnicas endoscópicas, no âmbito do diagnóstico e terapêutica, influenciou a orgânica dos Serviços com a criação de unidades de endoscopia e consequente diferenciação técnica.

Actualmente, a maioria dos hospitais portugueses possuem serviços de gastroenterologia, dotados de internamento, consulta e técnicas de endoscopia.

1.4. Áreas de diferenciação técnico-profissional

Dentro da especialidade de Gastreenterologia, têm-se desenvolvido algumas áreas de diferenciação como a Endoscopia Digestiva, a Hepatologia e a Proctologia. A sub-especialidade de Hepatologia foi criada em 2005 pela Ordem dos Médicos.



2. Epidemiologia Gastrenterológica

A incidência e prevalência das doenças do foro da Gastrenterologia em Portugal são relativamente elevadas, aliás, à semelhança do que acontece noutros países ocidentais, implicando grande necessidade de recursos técnicos e humanos.

Algumas patologias são particularmente prevalentes. À semelhança de outros países ocidentais, a doença de refluxo gastro-esofágico é bastante comum em Portugal. Segundo dados recentes do Observatório Nacional de Saúde (ONSA), esta doença apresenta uma prevalência de 35% na população portuguesa com mais de 18 anos.

Estima-se que 15-20% da população sofra de dispepsia no decurso de um ano. Calcula-se que 2 a 5% dos doentes que acorrem aos cuidados primários referem perturbações funcionais digestivas.

A prevalência da doença inflamatória intestinal em Portugal, que tem vindo a aumentar progressivamente, será, segundo alguns estudos recentes, de 56/100.000 habitantes, com uma relação colite ulcerosa/ doença de Crôhn de 1,9:1.

A doença hepática alcoólica continua a ser um problema de saúde pública importante em Portugal. As complicações resultantes da cirrose alcoólica exigem importantes cuidados gastrenterológicos e consomem elevados recursos económicos.

Os dados epidemiológicos existentes apontam para uma prevalência de hepatite C de 1,5% da população geral, ou seja, cerca de 100.000 a 150.000 portugueses infectados.

A incidência do cancro digestivo em Portugal merece uma atenção especial, atendendo à elevada frequência do cancro gástrico e do cólon. No que diz respeito ao cancro colo-rectal, que deverá ser eleito como um grande problema de saúde pública, a sua incidência, que tem vindo a crescer de ano para ano, será agora certamente superior aos valores de cerca de 50 novos casos/100.000 habitantes/ano que terão sido registados em 2000.

Dentro da patologia gastrenterológica podemos distinguir situações com grande impacto social passíveis de serem abordadas em ambulatório e outras situações mais graves com necessidade de recurso a internamento hospitalar. A patologia digestiva e hepática constitui o primeiro motivo de hospitalização.

Entre as situações patológicas habitualmente abordadas em ambulatório, destacamos:

- Dispepsia
- Doença do refluxo gastro-esofágico
- Úlcera péptica
- Síndrome de intestino irritável
- Doença inflamatória intestinal
- Cancro do cólon e recto
- Hepatite vírica
- Cirrose hepática
- Litíase biliar
- Doença hemorroidária

No que respeita às situações patológicas com necessidade de internamento hospitalar, destacamos de seguida algumas delas.

2.1. Patologias com impacto hospitalar

Hemorragia digestiva

Em 2004, segundo os registos nacionais, ocorreram 6686 internamentos por hemorragia gastrointestinal, correspondentes aos GDH's 174 e 175. As estatísticas internacionais apontariam para uma incidência de 120 a 140 episódios de internamento por hemorragia/100.000 habitantes/ano (originariam nesse caso cerca de 12000 internamentos). A mortalidade calculada é de 10 a 14%.

A hemorragia digestiva, particularmente a alta, é uma situação grave, que exige atendimento num hospital devidamente equipado. Estes doentes devem ser atendidos em serviços de urgência que disponham de gastroenterologista, de preferência numa unidade de cuidados diferenciados, com endoscopia terapêutica, facilidades de execução de análises e suporte transfusional. É indispensável a existência de cirurgia.

O diagnóstico da hemorragia digestiva exige a realização de endoscopia digestiva, que deve ser realizada logo após a estabilização clínica. De acordo com a gravidade da hemorragia (sugere-se o uso de uma escala de avaliação da gravidade), estado hemodinâmico, persistência da hemorragia, idade, etiologia e co-morbilidades, o doente deve ser internado, podendo nalguns casos haver necessidade de internamento numa unidade de cuidados intensivos especializada.

Portanto, para o manejo de um doente com hemorragia digestiva, um hospital deve dispor de:

- Gastreenterologista experiente em hemostase endoscópica
- Endoscopia digestiva
 - Análises clínicas
 - Serviço de sangue
 - Cirurgia
 - Unidade de cuidados intermédios.

Hemorragia de causa não varicosa

A prevalência de hemorragia digestiva não associada à hipertensão portal corresponde a cerca de 80% das causas de hemorragia digestiva alta. Entre as causas mais frequentes estão a úlcera péptica e as lesões agudas da mucosa, muitas vezes induzidas por anti-inflamatórios não esteróides.

A prevalência desta causa de hemorragia tem permanecido estável.

Na abordagem destes doentes são fundamentais duas atitudes: a estabilização hemodinâmica do doente e a realização precoce duma endoscopia digestiva.

A endoscopia tornou-se, nas últimas décadas, um instrumento essencial na abordagem destas situações assumindo a sua utilidade no diagnóstico, na estratificação do risco e no tratamento. É por isso consensual a realização de uma endoscopia digestiva alta o mais precocemente possível.

A terapêutica endoscópica pode ser desnecessária na maioria dos doentes dada a tendência para a paragem espontânea da hemorragia, mas existe um pequeno subgrupo de doentes com risco de persistência ou recidiva hemorrágica, com uma mortalidade associada de 20-40%, que beneficiam de terapêutica endoscópica precoce.

As potencialidades da endoscopia digestiva terapêutica estão relacionadas com a possibilidade de tratar a causa da hemorragia e diminuir a taxa de recidiva, havendo estudos que comprovam o seu efeito benéfico na redução da incidência de recidiva hemorrágica, na necessidade de intervenção cirúrgica e na mortalidade.

Quanto ao tipo e modalidade de técnica terapêutica a utilizar existe ainda alguma controvérsia, sendo os diferentes métodos, na globalidade, igualmente úteis.

As técnicas de hemostase endoscópica disponíveis compreendem os métodos de injeção local (adrenalina, esclerosantes como o álcool ou o polidocanol, fibrina, etc.), os métodos térmicos (BICAP, argon-plasma, ...) e os métodos mecânicos (hemoclips, laqueação elástica, ...).

Estando reconhecida a utilidade global deste métodos, nomeadamente nas situações em que se identificam estigmas de hemorragia de elevado risco de recidiva (Forrest Ia, IIa e IIb), e não estando claramente definidos quais os mais eficazes, a sua aplicação está actualmente dependente da disponibilidade e da experiência em relação aos mesmos das diferentes unidades de endoscopia.

Hemorragia por rotura de varizes esófago-gástricas

A hemorragia associada à hipertensão portal, nomeadamente a rotura das varizes esofágicas ou gástricas, é uma emergência médica que exige internamento em regime de cuidados intensivos. A mortalidade é superior a 30% às 6 semanas, a despeito dos progressos terapêuticos verificados nos últimos anos. Esta elevada mortalidade está relacionada com o risco de recidiva, que é de cerca de 40% nas primeiras 6 semanas.

O diagnóstico das varizes é endoscópico, sendo o rastreio em doentes com cirrose recomendado pela possibilidade de efectuar prevenção da rotura. A probabilidade de um doente com cirrose ter varizes é de 50%: 40% nos doentes *Child A* e 85% nos *Child C*.

O risco de um doente com cirrose desenvolver varizes é de 3%/ano; e de sangrar por rotura de varizes de 10-30%/ano. Após o primeiro episódio de hemorragia, o risco de recidiva dentro de um ano é superior a 50%.

Os doentes com varizes médias ou volumosas deverão ser tratados com beta-bloqueadores. Estes doentes poderão beneficiar de laqueação elástica profilática.

Nos doentes com hemorragia aguda, a endoscopia deverá ser realizada tão breve quanto possível, idealmente dentro de 12 horas, e uma perfusão de medicamentos vasoativos (octreótido, somatostatina, terlipressina) deverá ser começada de imediato. A terapêutica endoscópica com laqueação e, se esta não for exequível, a escleroterapia, está recomendada em todos os doentes com hemorragia aguda. O cianoacrilato está recomendado para a rotura de varizes gástricas. O tamponamento com o balão de Sengstaken será usado somente na hemorragia maciça como uma medida temporária, até que um tratamento definitivo seja instituído.

A falência das medidas hemostáticas endoscópicas indica o uso do *shunt* porto-sistémico transjugular intra-hepático (TIPS), da cirurgia ou da transplantação hepática.

A hemorragia associada à hipertensão portal não-cirrótica será tratada nos mesmos moldes, excepto no que diz respeito à anticoagulação quando indicada.

Dado que a recidiva após um episódio de hemorragia aguda é muito elevado (80% aos 2 anos), recomenda-se que antes da alta hospitalar se inicie terapêutica de prevenção da recorrência. O uso de propanolol e da laqueação elástica/escleroterapia reduz a taxa de recidiva hemorrágica em cerca de 20%.

Hemorragia digestiva baixa

A frequência da hemorragia digestiva baixa é cerca de dez vezes menor que a hemorragia digestiva alta. Se for excluída a hemorragia por hemorróidas, as causas mais frequentes são as malformações vasculares, a doença diverticular e a neoplasia.

Cirrose hepática descompensada

As complicações da cirrose constituem uma importante causa de morte em Portugal, cuja frequência se tem mantido estável nos últimos anos. Dado que a mortalidade por carcinoma hepatocelular tem aumentado gradualmente, tendo duplicado na última década, em virtude da maior longevidade dos doentes com cirrose e do impacto da infecção vírica, é razoável admitir que este crescimento se manterá nas próximas décadas, devido às complicações da hepatite C. Quanto às outras etiologias, a doença hepática alcoólica continua a ter um peso assinalável nos serviços de saúde, mais numas regiões do que noutras. Uma referência para a doença hepática crónica associada ao fígado gordo, cuja prevalência tem aumentado constantemente na última década.

Cirrose alcoólica

Partindo do princípio que 20% dos bebedores excessivos desenvolvem doença hepática crónica e que 20% dos bebedores consomem 80% de todo o álcool, então estima-se que haverá em Portugal cerca de 150.000 doentes (sensivelmente 1% da população maior de 18 anos) com doença hepática alcoólica crónica. A mortalidade estimada por doença hepática alcoólica era, em França, de 50 por 100.000 habitantes nos anos 80 do século passado. Atendendo a que o consumo *per capita* neste país não difere muito do que se passa em Portugal, então podemos extrapolar que o álcool é, provavelmente, a principal causa de morte por doença hepática no nosso país. A sobrecarga hospitalar devido à doença hepática alcoólica está, ainda, distante de um abrandamento, verificando-se, pelo contrário, em alguns países como, por exemplo, a Inglaterra, um aumento significativo de internamento hospitalar por doença hepática alcoólica.

Cirrose pelo vírus da hepatite C (VHC)

A proporção de doentes com cirrose nos doentes com infecção pelo VHC é aproximadamente de 20%, o que significa que, para a população portuguesa e partindo duma prevalência de 1,5%, existirão em Portugal cerca de 3.000 doentes com cirrose por VHC. Baseados nas estatísticas europeias, estima-se que apenas 20% dos portadores do VHC estejam diagnosticados, o que, transposto para a realidade portuguesa, significa que cerca de 100.000 doentes portugueses desconhecem o seu estado clínico.

Esta patologia necessita de um número médio anual de 60.000 consultas. Calcula-se que em Portugal sejam tratados cerca de 1.000 novos doentes por ano. A estimativa das necessidades para o internamento é de 1 para 1.000 indivíduos infectados, o que origina cerca de 150 internamentos por ano. A frequência de complicações, incluindo o carcinoma hepatocelular, é de cerca de 4% /ano, o que significa 120 doentes/ano internados por complicações ou candidatos a transplante hepático.

Cirrose por VHB

O número de portadores crónicos do VHB em Portugal estava, até há alguns anos atrás, estimado em 150.000, admitindo-se que a prevalência tenha diminuído com as medidas de prevenção. Aproximadamente, um terço dos doentes tem hepatite crónica e cerca de 20% tem cirrose. A progressão para a cirrose é de cerca de 2-3% / ano, isto é, cerca de 700-900 doentes por ano. Estes doentes apresentam um risco de complicações, particularmente de carcinoma hepatocelular, de 10% aos 5 anos.

Pólipos e cancro digestivo

O cancro do aparelho digestivo tem em Portugal uma elevada incidência, muito especialmente o do cólon e recto e o do estômago.

Estes elevados valores de ocorrência, prendem-se não só com muito prováveis factores genéticos, mas também com a existência no nosso país de factores de risco, como a infecção por *Helicobacter pylori* no caso do estômago e hábitos alimentares no do cólon e recto.

O nosso país tem a mais elevada mortalidade da União Europeia, motivada pelo cancro do estômago, com uma mortalidade anual de 2.404. Embora a prevalência desta patologia não seja indicadora de programas de prevenção e diagnóstico precoce, como em países de elevada incidência (Japão e Chile), é consumidora de elevado número de endoscopias e consultas anualmente.

O cancro do cólon e recto, é no nosso país a primeira causa de morte por cancro (14,8% das mortes por cancro), com um total 3.232 mortes em 2004, estimando-se que anualmente são diagnosticados 5.000 novos casos. Estes números duplicaram nos últimos 10 anos, com maior incidência (90%) em indivíduos com mais de 50 anos.

A existência de lesões benignas (pólipos), precursoras de cerca de 90% dos cancros do cólon e a reduzida sobrevivência do cancro aos 5 anos (50%), têm sustentado propostas de rastreio sistemático de grupos de risco aumentado e a todos os indivíduos com mais de 50 anos. Estes programas têm como métodos a pesquisa de sangue oculto, indutora de muitos exames endoscópicos por teste positivo (cerca de 30%), e a realização de fibrossigmoidoscopias/ /colonoscopia como outro dos métodos indicados, com detecção de lesões em cerca de 20% dos exames.

O cancro do esófago, embora com incidência menor (3/100.000), mas com elevada mortalidade, é uma patologia em que a palição endoscópica é frequente e consumidora de meios humanos e técnicos exigentes.

Tumores Malignos – Número de casos estimados, segundo a localização e o tipo de tumor Portugal – 2000

Regiões	Localização topográfica /Lista Básica (CID-9)				
	Esófago (150)	Estômago (151)	Colon e Recto (153-154)	Fígado (155)	Pâncreas (157)
Norte	203	1504	1492	159	238
Centro	86	601	984	113	170
L.V.Tejo, Alentejo e Algarve	221	1481	3011	274	429
Total do país *	529	3700	5714	570	871

*(inclui Açores e Madeira)

Fonte: Cancro em Portugal, IARC Technical Publication N° 38, Lyon 2002

Doença inflamatória intestinal

A doença de Crohn e a colite ulcerosa constituem os 2 tipos principais de doença inflamatória do intestino (DII). A colite ulcerosa causa inflamação e úlceras no cólon e recto. A doença de Crohn difere da colite ulcerosa por causar inflamação mais profunda na parede intestinal, a qual pode ocorrer em qualquer localização do tracto gastrointestinal, desde a boca até ao ânus.

ADII afecta geralmente adultos jovens e tem um curso clínico crónico recidivante, com impacto na qualidade de vida relacionada com a saúde, nomeadamente em aspectos relacionados com a educação, a profissão, a vida social e familiar. Trata-se de uma das principais áreas de intervenção da gastroenterologia.

Em Inglaterra a prevalência de doença de Crohn é de cerca de 55-140/100.000 habitantes e a da colite ulcerosa é de cerca de 160-240/100.000, com uma incidência combinada de cerca de 13.300 novos casos diagnosticados cada ano. Na França a prevalência da DII é de cerca de 110/100.000. Em Portugal o Grupo de Estudos de Doenças Inflamatórias do Intestino implementou um registo de doentes nos anos 2005/2006, tendo-se incluído neste período cerca de 8.000 casos. Alguns estudos sobre a doença de Crohn na Europa têm referido um grande aumento de incidência nos últimos 50 anos, enquanto que outros referem que se verificou um aumento significativo seguido de uma estabilização. Contudo, em Inglaterra continua a ser apontado um aumento significativo da doença de Crohn na idade pediátrica. As taxas de incidência da colite ulcerosa têm sido mais estáveis.

É de assinalar que nos últimos anos se têm verificado progressos no tratamento da DII, particularmente na terapêutica biológica. Trata-se de doenças com peso económico significativo, muito agravado pelos internamentos e intervenções cirúrgicas, particularmente na doença de Crohn. As despesas com a hospitalização são responsáveis por 80% dos custos totais na doença de Crohn. Em contraste, a terapêutica médica crónica constitui apenas 10% dos custos totais do tratamento.

Pancreatite aguda

A pancreatite aguda é um processo inflamatório caracterizado por envolvimento de tecidos loco-regionais ou de diversos sistemas orgânicos.

Em termos de gravidade clínica, a pancreatite aguda pode variar entre:

- a) forma ligeira, entidade associada a reduzida disfunção orgânica, com recuperação integral do pâncreas;
- b) forma severa, se existir evidência de insuficiência orgânica ou de complicações locais, designadamente a necrose, abscesso ou pseudoquisto. A evidência de insuficiência orgânica inclui a ocorrência de choque, insuficiência pulmonar e insuficiência renal.

A definição precoce de critérios de prognóstico é fundamental para estabelecer a gravidade da pancreatite aguda.

Os factores etiológicos mais frequentes na génese de pancreatite aguda são a litíase (30-50%) e o abuso do álcool (causa provável em mais de 40% dos primeiros episódios). Na pancreatite aguda idiopática, responsável por 8 a 25% dos casos, não é possível reconhecer uma causa provável com os métodos imagiológicos convencionais. No entanto, em dois terços destes doentes, a microlitíase poderá vir a ser identificada como factor etiológico. A hiperlipidémia, a pancreatite hereditária, o hiperparatireoidismo, os fármacos, o traumatismo pancreático e

a pancreatite aguda induzida por CPRE, surgem como causas menos frequentes de pancreatite aguda.

A mortalidade global do primeiro episódio de pancreatite aguda, cifra-se na ordem dos 12%.

Pancreatite crónica

A pancreatite crónica é definida como uma doença inflamatória e progressiva da glândula pancreática, caracterizada por alterações morfológicas irreversíveis, associadas ao aparecimento de dor abdominal e/ou à perda de função.

Nas sociedades ocidentais o abuso do álcool é responsável por cerca de 70% dos casos de pancreatite crónica.

A dieta com elevado teor de gorduras e proteínas surge associada, em estudos experimentais e epidemiológicos, a um risco aumentado de pancreatite induzida pelo álcool. A predisposição genética do hospedeiro também influencia o aparecimento desta situação clínica.

O prognóstico da pancreatite crónica alcoólica é geralmente desfavorável verificando-se, na maioria dos doentes, uma evolução clínica caracterizada por dor abdominal, insuficiência exócrina e perda de peso. Nos estadios mais avançados da doença, a endoscopia associada à drenagem interna e a descompressão cirúrgica, poderão constituir importantes atitudes terapêuticas.

Cancro do pâncreas

Estima-se que a incidência desta neoplasia seja cerca de 8,4/100 mil habitantes.

É a terceira neoplasia mais frequente do tubo digestivo em Portugal. Cerca de 90% dos cancros do pâncreas correspondem a adenocarcinomas bem diferenciados. 5% dos cancros do pâncreas têm origem em células endócrinas. Outras formas mais raras de cancro do pâncreas incluem os sarcomas, linfomas e cistadenocarcinomas. 80% dos adenocarcinomas localizam-se a nível da cabeça do pâncreas. Esta localização é responsável pelo aparecimento de icterícia resultante da obstrução da via biliar.

A incidência de cancro do pâncreas em fumadores é duas vezes superior à dos não fumadores. Também o cancro do pâncreas é mais frequente em países onde a dieta contém elevados teores de gordura e onde se verifica um maior consumo de carne. Por outro lado, uma dieta rica em fibras, surge como um agente protector. Estudos recentes referem a diabetes mellitus como factor de risco. A pancreatite crónica, surge também, como factor de risco aumentado de cancro. Alguns doentes poderão ter uma predisposição genética. Determinados ambientes

profissionais, tais como, refinarias de petróleo e indústrias de papel e químicos, são referidos como podendo aumentar o risco de cancro do pâncreas.

O cancro do pâncreas tem o pior prognóstico entre todos os cancros digestivos. Menos de 20% dos doentes com cancro do pâncreas sobrevivem um ano após o diagnóstico e menos de 3% sobrevivem mais de 5 anos. A cirurgia de exérese tumoral constitui o único tratamento curativo. No entanto, na altura do diagnóstico, 40% dos doentes já têm doença avançada e mais de 40% têm metastização visceral. A quimioterapia tradicional com 5-fluoracilo tem uma resposta global de cerca de 10%, sem efeito na qualidade de vida ou sobrevida. Os estudos com Gemcitabine têm demonstrado melhoria no controlo dos sintomas e aumento de sobrevida nos doentes com cancro avançado do pâncreas.

Litíase biliar complicada

Os dados estatísticos sobre a prevalência da litíase biliar em Portugal são esparsos.

Segundo os dados da *World Gastroenterology Association*, na Europa, cerca de 10% dos adultos apresentam litíase biliar (sintomática ou não). A prevalência nas mulheres é o dobro da dos homens e cresce com a idade em ambos os sexos; por volta dos 65 anos cerca de 30% das mulheres têm litíase vesicular e por volta dos 80 anos a percentagem sobe para 60%, sendo nesta idade a prevalência igual nos homens e nas mulheres.

A taxa de complicações desta patologia de elevada prevalência corresponde a 0,2-0,8%/ ano.



3. Caracterização da Realidade Gastroenterológica Nacional

3.1. A situação da especialidade em Portugal

De acordo com a informação da Ordem dos Médicos, existiam em Portugal 423 especialistas inscritos no Colégio da Especialidade, em Outubro de 2006.

Nas publicações do INE, há referência a 418 especialistas em 2005, 73 dos quais com mais de 65 anos de idade.

Médicos especialistas, segundo o escalão etário e o sexo – 2005

Especialidade	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
Gastroenterologia	418	288	130	-	-	-	317	194	123	28	24	4	73	70	3

Fonte: INE

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

Especialidade	Portugal										
	Total	H	M	Continente						R. A. Açores	R. A. Madeira
				Total	Norte	Centro	Lisboa	Alentejo	Algarve		
Gastroenterologia	418	288	130	407	106	85	194	6	16	5	6

Fonte: INE

Pessoal médico (Gastroenterologia) ao serviço nos Hospitais Públicos/Privados – 2004

				PORTUGAL		Continente		R.A. Açores		R. A. Madeira
Total				375		362		6		7
Oficial				300		288		6		6
	Público			280		268		6		6
	Não público			20		20				
		Militar		16		16				
		Paramilitar (GNR e PSP)		3		3				
		Prisional		1		1				
Particular				75		74				

Fonte: INE

De acordo com os dados disponíveis em 2005, Portugal dispunha de 276 especialistas no quadro hospitalar público, assim distribuídos:

Região de Saúde	Nº Médicos (2005)
Norte	66
Centro	58
Lisboa e Vale do Tejo	126
Alentejo	5
Algarve	10
R. A. Açores	5
R. A. Madeira	6
Total	276

Fonte: DGS/Divisão de Estatística

Estes especialistas encontram-se distribuídos pelos hospitais constantes dos quadros seguintes, que mostram também a produção dos hospitais do sector público, donde podemos concluir:

- Distribuição um pouco desigual dos especialistas, existindo oito hospitais com apenas um especialista.
- Embora a taxa de ocupação média seja boa, verifica-se uma grande heterogeneidade entre os hospitais, havendo um número razoável de estabelecimentos com taxas de ocupação baixas.
- A actividade de consulta externa é muito heterogénea de hospital para hospital.



Quadro I
Gastroenterologia – Recursos e Produção 2005 (Continente)

REGIÃO DE SAÚDE / HOSPITAL	Lotação	Nº Médicos	D. Saídos	D. Média	% Ocupação	Consultas
NORTE						
HOSPITAL DE SÃO MARCOS – BRAGA	12	4	185	9,0	38,0	2.832
HOSPITAL DE SÃO JOSÉ – FAFE						117
HOSPITAL DA SENHORA DA OLIVEIRA, S. A. – GUIMARÃES	6	4	270	5,1	62,8	2.596
HOSPITAL DISTRITAL DE BRAGANÇA, S. A.						1.040
HOSPITAL DISTRITAL DE MIRANDELA		3				2.555
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, S. A. (HOSPITAL DE PEDRO HISPANO)	*	3				1.161
HOSPITAL PADRE AMÉRICO – VALE DE SOUSA, S. A.	8	5	324	6,2	69,1	3.848
HOSPITAL GERAL DE SANTO ANTÓNIO, S. A. – PORTO	12	11	474	7,1	76,6	12.272
INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DO PORTO, S. A.		5				4.698
HOSPITAL DE SÃO JOÃO – PORTO	20	13	470	11,4	73,5	11.180
HOSPITAL CENTRAL ESPECIALIZADO DE CRIANÇAS MARIA PIA – PORTO		1				1.993
CENTRO HOSPITALAR DA PÓVOA DE VARZIM – VILA DO CONDE						804
HOSPITAL CONDE DE S. BENTO – SANTO TIRSO						
CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA	4	8	148	7,4	74,6	11.314
CENTRO HOSPITALAR DO ALTO MINHO, S. A.		4				1.513
HOSPITAL DISTRITAL DE CHAVES	6	1	194	7,7	68,6	1.098
CENTRO HOSPITALAR DE VILA REAL – PESO DA RÉGUA, S. A.		4				5.518
SUB-TOTAL	68	66	2.065	7,9	66,0	64.539
CENTRO						
HOSPITAL DE JOSÉ LUCIANO DE CASTRO – ANADIA		1				
HOSPITAL INFANTE D. PEDRO, S. A. – AVEIRO	2	3	25	6,1	20,8	3.818
HOSPITAL DE NOSSA SENHORA DA AJUDA – ESPINHO						
HOSPITAL DE SÃO SEBASTIÃO, S. A. – SANTA MARIA DA FEIRA		3				3.097
HOSPITAL DE S. MIGUEL – OLIVEIRA DE AZEMÉIS						565
HOSPITAL DE AMATO LUSITANO – CASTELO BRANCO	16	5	437	8,1	60,2	2.526
CENTRO HOSPITALAR DA COVA DA BEIRA, S. A.	12	5	777	6,5	114,9	4.377
HOSPITAL DO ARCEBISPO JOÃO CRISÓSTOMO – CANTANHEDE						
INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE COIMBRA, SA		4				3.438
CENTRO HOSPITALAR DE COIMBRA	14	5	606	9,4	111,4	5.020
HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA	46	17	1.303	11,6	90,3	6.765
HOSPITAL DISTRITAL DA FIGUEIRA DA FOZ, S. A.		1				1.201
HOSPITAL DE SOUSA MARTINS – GUARDA	4	1	71	12,8	62,1	508
HOSPITAL DE NOSSA SENHORA DA ASSUNÇÃO – SEIA						275
CENTRO HOSPITALAR DAS CALDAS DA RAINHA	4	4	154	8,8	93,2	2.709
HOSPITAL DE SANTO ANDRÉ, S. A. – LEIRIA	15	4	634	6,2	72,0	3.296
HOSPITAL DISTRITAL DE POMBAL						
HOSPITAL DISTRITAL DE LAMEGO		1				548
HOSPITAL DE CÂNDIDO DE FIGUEIREDO – TONDELA						
HOSPITAL DE S. TEOTÓNIO, S. A. – VISEU	8	4	423	5,2	75,5	3.909
SUB-TOTAL	121	58	4.430	8,6	86,0	42.052

(Continuação da página anterior)

REGIÃO DE SAÚDE / HOSPITAL	Lotação	Nº Médicos	D. Saídos	D. Média	% Ocupação	Consultas
LISBOA E V. TEJO						
CENTRO HOSPITALAR DE CASCAIS	7	3	253	7,8	76,8	3.102
HOSPITAL DE SANTA MARIA – LISBOA	30	25	1.273	7,8	90,4	14.692
HOSPITAL DE S. FRANCISCO XAVIER, S. A. – LISBOA		8				539
HOSPITAL DE CURRY CABRAL – LISBOA		3				
HOSPITAL DE PULIDO VALENTE, S. A. – LISBOA	*	14				7.372
HOSPITAL DE EGAS MONIZ, S. A. – LISBOA	10	7	345	8,1	76,1	6.122
CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA (ZONA CENTRO)	20	22	460	11,5	72,2	12.644
INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE LISBOA, S. A.	11	12	304	11,9	90,3	9.380
HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA – LISBOA						4.337
HOSPITAL DE SANTA CRUZ, S. A. – LISBOA						448
HOSPITAL DE REYNALDO DOS SANTOS – VILA FRANCA DE XIRA		1				1.364
HOSPITAL DO PROFESSOR DOUTOR FERNANDO FONSECA – AMADORA	20	8	696	9,6	91,8	8.647
HOSPITAL DISTRITAL DE SANTARÉM, S. A.	1	2	24	5,9	38,6	1.553
CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO TEJO, S. A.		4				4.764
HOSPITAL DE GARCIA DE ORTA, S. A. – ALMADA	12	8	399	9,3	85,1	4.436
HOSPITAL NOSSA SENHORA DO ROSÁRIO, S. A. – BARREIRO	6	2	156	11,7	83,2	1.820
HOSPITAL DISTRITAL DO MONTEJO						
HOSPITAL DO LITORAL ALENTEJANO – SANTIAGO DO CACÉM		1				411
HOSPITAL DE SÃO BERNARDO, S. A. – SETÚBAL	12	6	431	8,9	87,5	7.052
SUB-TOTAL	129	126	4.341	9,2	84,4	88.683
ALENTEJO						
CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO ALENTEJO, S.A.						183
HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO – Évora		4				3.061
HOSPITAL DOUTOR JOSÉ MARIA GRANDE – PORTALEGRE		1				508
SUB-TOTAL	0	5	0			3.752
ALGARVE						
HOSPITAL DISTRITAL DE FARO	14	7	537	8,0	84,0	3.947
CENTRO HOSPITALAR DO BARLAVENTO ALGARVIO, S. A. – PORTIMÃO	9	3	345	8,8	92,3	3.358
SUB-TOTAL	23	10	882	8,3	87,2	7.305
CONTINENTE						
TOTAL	341	265	11.718	8,7	81,5	206.331

Fonte: INE/DGS/Divisão de Estatística

* incluída na Medicina Interna

Quadro I-A

Gastroenterologia – Recursos e Produção (R. A. Madeira) – 2006

REGIÃO AUTÓNOMA / HOSPITAL	Lotação	Nº Médicos	D. Saídos	D. Média	% Ocupação	Consultas
HOSPITAL CENTRAL DO FUNCHAL	15	6	638	7	81,36	3244

Fonte: Direcção Regional de Planeamento e Saúde Pública – RAM

Quadro II

Hospitais com consultas de Gastrenterologia, Hepatologia, Proctologia, Doenças Inflamatórias Intestinais e UCIGE (Continente) – 2005

REGIÃO DE SAÚDE / HOSPITAL	Gastr.	Hepatologia	Proctologia	DII	UCIGE
NORTE					
HOSPITAL DE S. MARCOS (Braga)	x			x	
HOSPITAL SÃO JOSÉ DE FAFE	x				
HOSPITAL DA SENHORA DA OLIVEIRA – (Guimarães)	x	x		x	
HOSPITAL DISTRITAL DE BRAGANÇA	x				
HOSPITAL DISTRITAL DE MIRANDELA	x	x			
HOSPITAL DE PEDRO HISPANO (Mastosinhos)	x	x		x	
HOSPITAL DO PADRE AMÉRICO – VALE DE SOUSA	x	x		x	
HOSPITAL GERAL DE SANTO ANTÓNIO	x	x	x		
INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA	x				
HOSPITAL DE SÃO JOÃO	x	x	x	x	
HOSPITAL CENTRAL ESPECIAL DE CRIANÇAS MARIA PIA	x				
HOSPITAL DE S. PEDRO PESCADOR (Póvoa do Varzim)	x				
HOSPITAL CONDE DE SÃO BENTO (Stº Tirso)					
CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA	x	x			
HOSPITAL DE SANTA LUZIA (Viana do Castelo)	x				
HOSPITAL DISTRITAL DE CHAVES	x	x			
CENTRO HOSPITALAR VILA REAL/PESO DA RÉGUA, SA	x	x	x		
HOSPITAL JOAQUIM URBANO	x				
CENTRO					
HOSPITAL DE JOSÉ LUCIANO DE CASTRO (Anadia)					
HOSPITAL DISTRITAL DE AVEIRO	x				
HOSPITAL DE NOSSA SENHORA DA AJUDA (Espinho)					
HOSPITAL DE S. SEBASTIÃO DA FEIRA	x				
HOSPITAL DISTRITAL DE OLIVEIRA DE AZEMÉIS	x				
HOSPITAL DE AMATO LUSITANO (Castelo Branco)	x	x	x	x	
CENTRO HOSPITALAR COVA DA BEIRA	x	x	x	x	
HOSPITAL PEDIÁTRICO DE COIMBRA	x				
INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE COIMBRA	x				
CENTRO HOSPITALAR DE COIMBRA	x	x	x	x	
HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA	x		x	x	x
HOSPITAL DISTRITAL DA FIGUEIRA DA FOZ	x	x	x		
HOSPITAL DE SOUSA MARTINS (Guarda)	x				
HOSPITAL DE NOSSA SENHORA DA ASSUNÇÃO (Seia)	x				
CENTRO HOSPITALAR DAS CALDAS DA RAINHA	x	x	x	x	
HOSPITAL DE SANTO ANDRÉ (Leiria)	x	x	x		
HOSPITAL DISTRITAL DE LAMEGO	x				
HOSPITAL CÂNDIDO DE FIGUEIREDO (Tondela)					
HOSPITAL DISTRITAL S. JOÃO MADEIRA					
HOSPITAL DISTRITAL DE S. TEOTÓNIO (Viseu)	x	x		x	

(Continuação da página anterior)

REGIÃO DE SAÚDE / HOSPITAL	Gastr.	Hepatologia	Proctologia	DII	UCIGE
LISBOA E V. TEJO					
CENTRO HOSPITALAR DE CASCAIS	x	x	x		
HOSPITAL DE SANTA MARIA	x	x	x	x	x
HOSPITAL DE S. FRANCISCO XAVIER	x				
HOSPITAL DE CURRY CABRAL					
HOSPITAL DE PULIDO VALENTE	x	x	x	x	
HOSPITAL DE EGAS MONIZ	x	x	x	x	
HOSPITAL DE SANTO ANTÓNIO DOS CAPUCHOS	x	x	x		
INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA	x			x	
HOSPITAL DE SÃO JOSÉ	x	x	x		
HOSPITAL DE D. ESTEFÂNIA	x				
HOSPITAL DE SANTA CRUZ	x				
HOSPITAL DE REYNALDO DOS SANTOS (V.F. Xira)	x	x	x	x	
HOSPITAL PROF. DR. FERNANDO FONSECA (Amadora/Sintra)	x	x		x	
HOSPITAL DISTRITAL DE SANTARÉM	x		x		
HOSPITAL DE NOSSA SENHORA DA GRACA (Tomar)	x				
CENTRO HOSPITALAR MÉDIO TEJO	x	x	x	x	
CENTRO HOSPITALAR TORRES VEDRAS	x				
HOSPITAL DE GARCIA DE ORTA	x	x	x	x	
HOSPITAL DE NOSSA SENHORA DO ROSÁRIO (Barreiro)	x	x	x		
HOSPITAL DO LITORAL ALENTEJANO	x				
HOSPITAL DE S. BERNARDO (Setúbal)	x	x	x	x	
ALENTEJO					
CENTRO HOSPITALAR BAIXO ALENTEJO	x				
HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO (Évora)	x				
HOSPITAL DE SANTA LUZIA DE ELVAS					
HOSPITAL DR. JOSÉ MARIA GRANDE (Portalegre)	x				
ALGARVE					
HOSPITAL DISTRITAL DE FARO	x	x		x	
HOSPITAL DISTRITAL DE LAGOS					
HOSPITAL DO BARLAVENTO ALGARVIO	x	x			
Nº de Hospitais	58	30	22	21	

Fonte: Grupo de Trabalho

Quadro II-A

Hospitais com consultas de Gastreenterologia, Hepatologia, Proctologia – (R. A. Madeira) – 2006

REGIÃO AUTÓNOMA / HOSPITAL	Gastreenterologia	Hepatologia	Proctologia
HOSPITAL CENTRAL DO FUNCHAL	x	x	x

Fonte: Direcção Regional de Planeamento e Saúde Pública – RAM

Quadro III

Exames de Gastroenterologia realizados nos Hospitais – 2004 (Continente)

REGIÃO DE SAÚDE / HOSPITAL	Endoscopias	Outras técnicas	Total exames gastro
NORTE			
HOSPITAL DE S. MARCOS (Braga)	3.744	219	3.963
HOSPITAL SÃO JOSÉ DE FAFE			0
HOSPITAL DA SENHORA DA OLIVEIRA – (Guimarães)	3.852	2.196	6.048
HOSPITAL DISTRITAL DE BRAGANÇA	2.874	229	3.103
HOSPITAL DISTRITAL DE MIRANDELA	2.628	1.105	3.733
HOSPITAL DE PEDRO HISPANO (Mastosinhos)	5.612	1.265	6.877
HOSPITAL DO PADRE AMÉRICO – VALE DE SOUSA	3.181	564	3.745
HOSPITAL GERAL DE SANTO ANTÓNIO	15.443		15.443
INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA			0
HOSPITAL DE SÃO JOÃO	11.779	3.688	15.467
HOSPITAL CENTRAL ESPECIAL DE CRIANÇAS MARIA PIA	279	81	360
HOSPITAL DE S. PEDRO PESCADOR (Póvoa do Varzim)			0
HOSPITAL CONDE DE SÃO BENTO (Stº Tirso)			0
CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA	5.089	3.765	8.854
HOSPITAL DE SANTA LUZIA (Viana do Castelo)	3.806	2.265	6.071
HOSPITAL DISTRITAL DE CHAVES	1.184	392	1.576
CENTRO HOSPITALAR VILA REAL/PESO DA RÉGUA, SA	2.024	5.024	7.048
JOAQUIM URBANO	129	19	148
SUB-TOTAL	61.624	20.812	82.436
CENTRO			
HOSPITAL DE JOSÉ LUCIANO DE CASTRO (Anadia)			0
HOSPITAL DISTRITAL DE AVEIRO	2.971	24	2.995
HOSPITAL DE NOSSA SENHORA DA AJUDA (Espinho)			0
HOSPITAL DE S. SEBASTIÃO DA FEIRA			0
HOSPITAL DISTRITAL DE OLIVEIRA DE AZEMÉIS			0
HOSPITAL DE AMATO LUSITANO (Castelo Branco)	3.824	2.070	5.894
CENTRO HOSPITALAR COVA DA BEIRA	3.070	2.439	5.509
HOSPITAL PEDIÁTRICO DE COIMBRA			0
INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE COIMBRA			0
CENTRO HOSPITALAR DE COIMBRA	3.732	2.313	6.045
HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA			0
HOSPITAL DISTRITAL DA FIGUEIRA DA FOZ	903	1.066	1.969
HOSPITAL DE SOUSA MARTINS (Guarda)	1.387	453	1.840
HOSPITAL DE NOSSA SENHORA DA ASSUNÇÃO (Seia)			0
CENTRO HOSPITALAR DAS CALDAS DA RAINHA	4.147	167	4.314
HOSPITAL DE SANTO ANDRÉ (Leiria)	4.870	1.336	6.206
HOSPITAL DISTRITAL DE LAMEGO	922		922
HOSPITAL CÂNDIDO DE FIGUEIREDO (Tondela)			0
HOSPITAL DISTRITAL S. JOÃO MADEIRA	542	4	546
HOSPITAL DISTRITAL DE S. TEOTÓNIO (Viseu)	2.027	4.595	6.622
SUB-TOTAL	28.395	14.467	42.862

(Continuação da página anterior)

REGIÃO DE SAÚDE / HOSPITAL	Endoscopias	Outras técnicas	Total exames gastro
LISBOA E V. TEJO			
CENTRO HOSPITALAR DE CASCAIS	2.607	899	3.506
HOSPITAL DE SANTA MARIA	12.659	5.190	17.849
HOSPITAL DE S. FRANCISCO XAVIER	5.420	1.351	6.771
HOSPITAL DE CURRY CABRAL	997		997
HOSPITAL DE PULIDO VALENTE	9.758	9.061	18.819
HOSPITAL DE EGAS MONIZ			0
HOSPITAL DE SANTO ANTÓNIO DOS CAPUCHOS	9.796	2.628	12.424
INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA			0
HOSPITAL DE SÃO JOSÉ	1.199	673	1.872
HOSPITAL DE D. ESTEFÂNIA	628	287	915
HOSPITAL DE SANTA CRUZ	2.001		2.001
HOSPITAL DE REYNALDO DOS SANTOS (V.F. Xira)	1.430	959	2.389
HOSPITAL PROF. DR. FERNANDO FONSECA (Amadora/Sintra)			0
HOSPITAL DISTRITAL DE SANTARÉM	2.152	949	3.101
HOSPITAL DE NOSSA SENHORA DA GRACA (Tomar)			0
CENTRO HOSPITALAR MÉDIO TEJO	4.950	3.232	8.182
CENTRO HOSPITALAR TORRES VEDRAS	149		149
HOSPITAL DE GARCIA DE ORTA	6.176	1.151	7.327
HOSPITAL DE NOSSA SENHORA DO ROSÁRIO (Barreiro)	2.739	1.689	4.428
HOSPITAL DO CONDE DO BRACIAL (Sant. Cacém)			0
HOSPITAL DE S. BERNARDO (Setúbal)	6.132	3.290	9.422
SUB-TOTAL	68.793	31.359	100.152
ALENTEJO			
CENTRO HOSPITALAR BAIXO ALENTEJO	3.035	1.414	4.449
HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO (Évora)	6.158	1.898	8.056
HOSPITAL DE SANTA LUZIA DE ELVAS	1.188		1.188
HOSPITAL DR. JOSÉ MARIA GRANDE (Portalegre)	1.221 267	1.488	
SUB-TOTAL	11.602	3.579	15.181
ALGARVE			
HOSPITAL DISTRITAL DE FARO	7.155	49	7.204
HOSPITAL DISTRITAL DE LAGOS			0
HOSPITAL DO BARLAVENTO ALGARVIO	2.858		2.858
SUB-TOTAL	10.013	49	10.062
CONTINENTE			
TOTAL	180.427	70.266	250.693

Fonte: IGIF 2004

Nota: Não inclui os dados dos HUC; H Egas Moniz; IPO's; Stª Marta e Amadora Sintra, por não disponibilizarem informação.

Quadro III-A

Exames complementares de diagnóstico e terapêutica (R. A. Madeira) – 2006

REGIÃO AUTÓNOMA / HOSPITAL	Biopsia Hepática e Jejunal	CPRE	CPT	Endoscopias	Outras Técnicas Avançadas
HOSPITAL CENTRAL DO FUNCHAL	118	112	1	2569	46

Fonte: Direcção Regional de Planeamento e Saúde Pública – RAM

Quadro IV

Exames de Gastroenterologia realizados em regime de convenção e/ou de reembolso – 2005

Exames realizados	ARS NORTE – 2004					
	Braga	Bragança	Porto	Viana	C. V.Real	TOTAL
Anuscopia	7		14	4	5	30
Biopsia Endoscópica	10.398	36	18.384	10.235	168	39.221
CPRE						
Colheita de Material para citologia esfoliativa			5			5
Colonoscopia Esquerda	2.061	62	1.933	251	354	4.661
Colonoscopia Total	10.577	378	10.719	3.764	2.114	27.552
Endoscopia Alta (Esofagogastroduodenoscopia)	30.818	1023	37.139	9.605	4.741	83.326
Enteroscopia	4		8			12
Esofagoscopia	1					1
Extracção do corpo estranho por via endo.						
Fibrosigmoidoscopia	1.199	13	2.260	176	77	3.725
Polipectomia da Rectosigm. c/Tubo Rígido)	4		41	6		51
Polipectomia do Tubo Digestivo a adiccio	1.694	2	378	205	4	2.283
Rectosigmoidoscopia (Tubo Rígido)	253		211	35	1	500
Tratamento varizes via endoscópica (esclerose)						
Total	57.016	1.514	71.092	24.281	7.464	161.367

Exames realizados	ARS CENTRO						
	Aveiro	C. Branco	Coimbra	Guarda	Leiria	Viseu	TOTAL
Anuscopia	2	95	3		359		459
Biopsia Endoscópica	1.007		964	473	1.420	554	4.418
CPRE							
Colheita de Material para citologia esfoliativa		1					1
Colonoscopia Esquerda	772	64	111	11	78	80	1.116
Colonoscopia Total	8.060	1.837	5.199	1.110	6.052	4.975	27.233
Endoscopia Alta (Esofagogastroduodenoscopia)	17.754	4.155	9.857	5.139	9.644	10.195	56.744
Enteroscopia	6	0	0	1			7
Esofagoscopia	3		1		1		5
Extracção do corpo estranho por via endo.	2						2
Fibrosigmoidoscopia	918	74	173	389	661	42	2.257
Polipectomia da Rectosigm. c/Tubo Rígido)				1	1		2
Polipectomia do Tubo Digestivo a adiccio	195	33	128		112	17	485
Rectosigmoidoscopia (Tubo Rígido)	61	12	27	10	87	12	209
Tratamento varizes via endoscópica (esclerose)							
Total	28.780	6.271	16.463	7.134	18.415	15.875	92.938

(Continuação da página anterior)

Exames realizados	ARS LISBOA E VALE DO TEJO			TOTAL
	Lisboa	Santarem	Setúbal	
Anuscopia	296	18	25	339
Biopsia Endoscópica	9705	1330	2986	14021
CPRE	1			1
Colheita de Material para citologia esfoliativa			27	27
Colonoscopia Esquerda	484	407	21	912
Colonoscopia Total	5933	3816	713	10462
Endoscopia Alta (Esofagogastroduodenoscopia)	23866	7199	9065	40130
Enteroscopia	1		0	1
Esofagoscopia	1	1	0	2
Extracção do corpo estranho por via endo.				0
Fibrosigmoidoscopia	1152	221	96	1469
Polipectomia da Rectosigm. c/Tubo Rígido)			0	0
Polipectomia do Tubo Digestivo a adiccio	226	8	38	272
Rectosigmoidoscopia (Tubo Rígido)	637	79	41	757
Tratamento varizes via endoscópica (esclerose)	35			35
Total	42337	13079	13012	68428

Exames realizados	ALENTEJO*	ALGARVE*	Total ARS's
	TOTAL	TOTAL	
Anuscopia	259	1	1.088
Biopsia Endoscópica	524	177	58.361
CPRE			1
Colheita de Material para citologia esfoliativa			33
Colonoscopia Esquerda		68	6.757
Colonoscopia Total	1.605	29	66.881
Endoscopia Alta (Esofagogastroduodenoscopia)	3.710	3244	187.154
Enteroscopia			20
Esofagoscopia	1		9
Extracção do corpo estranho por via endo.			2
Fibrosigmoidoscopia	178	41	7.670
Polipectomia da Rectosigm. c/Tubo Rígido)	28		81
Polipectomia do Tubo Digestivo a adiccio	108	1	3.149
Rectosigmoidoscopia (Tubo Rígido)	291	7	1.764
Tratamento varizes via endoscópica (esclerose)			35
Total	6704	3568	333.005

* Informação não disponível por subregiões.
Fonte: ARS's, 2004

Quadro V

Estabelecimentos onde se realizam técnicas avançadas (Continente)

REGIÃO DE SAÚDE / HOSPITAL	CPRE	Ecoendosc.	Cápsula Endoscópica	Manometria e Phimetria	Impedanciometria	Enteroscopia c/ duplo balão	Tratamento endoscópico DRGE	Lasioterapia	Fototerapia	Colocação próteses tubo dig.	Téc. Procol. Diagnost. (defecografia, manom. Anal	Hemod. Hepat.	Biopsia transjug.	Elastog. Hepat.	Litolit. Ext.corp.	Gastrost. Perct.	Balão Intragástr.
NORTE																	
HOSPITAL DE S. MARCOS (Braga)	x		x							x			x			x	
HOSPITAL SÃO JOSÉ DE FAFE																	
HOSPITAL SENHORA DA OLIVEIRA – (Guimarães)	x		x							x						x	x
HOSPITAL DISTRITAL DE BRAGANÇA																	
HOSPITAL DISTRITAL DE MIRANDELA										x							
HOSPITAL DE PEDRO HISPANO (Mastosinhos)	x			x						x						x	
HOSPITAL PADRE AMÉRICO – VALE DE SOUSA	x															x	
HOSPITAL GERAL DE SANTO ANTÓNIO	x	x	x	x						x	x		x			x	x
INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA			x													x	
HOSPITAL DE SÃO JOÃO	x		x							x			x			x	
HOSPITAL CRIANÇAS MARIA PIA		x		x												x	x
HOSPITAL S. PEDRO PESCADOR (Póv. Varzim)																	
HOSPITAL CONDE DE SÃO BENTO (S ^o Tirso)																	
CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA	x		x	x			x			x	x					x	x
HOSPITAL DE SANTA LUZIA (Viana do Castelo)	x									x							
HOSPITAL DISTRITAL DE CHAVES																	
CENTRO HOSPITALAR V.REAL/PESO RÉGUA	x	x	x							x						x	
JOAQUIM URBANO														x			
CENTRO																	
HOSPITAL JOSÉ LUCIANO CASTRO (Anadia)																	
HOSPITAL DISTRITAL DE AVEIRO	x															x	
HOSPITAL NOSSA SENHORA AJUDA (Espinho)																	
HOSPITAL DE S. SEBASTIÃO DA FEIRA	x																
HOSPITAL DISTRITAL OLIVEIRA DE AZEMÉIS																	
HOSPITAL AMATO LUSITANO (Castelo Branco)	x	x	x							x						x	
CENTRO HOSPITALAR COVA DA BEIRA	x																
HOSPITAL PEDIÁTRICO DE COIMBRA																	
INSTITUTO PORT. ONCOLOGIA COIMBRA		x						x		x						x	
CENTRO HOSPITALAR DE COIMBRA	x			x	x					x	x		x			x	x
HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA	x	x	x	x		x		x	x	x	x	x	x		x	x	x
HOSPITAL DISTRITAL DA FIGUEIRA DA FOZ																	
HOSPITAL DE SOUSA MARTINS (Guarda)																	
HOSPITAL N. SENHORA ASSUNÇÃO (Seia)																	
CENTRO HOSPITALAR CALDAS DA RAINHA	x									x							
HOSPITAL DE SANTO ANDRÉ (Leiria)	x																
HOSPITAL DISTRITAL DE LAMEGO																	
HOSPITAL CÂNDIDO DE FIGUEIREDO (Tondela)																	
HOSPITAL DISTRITAL S. JOÃO MADEIRA																	
HOSPITAL DISTRITAL DE S. TEOTÓNIO (Viseu)	x	x	x					x		x						x	

(Continuação da página anterior)

REGIÃO DE SAÚDE / HOSPITAL	CPRE	Ecoendosc.	Cápsula Endoscópica	Manometria e Pimetria	Impedanciometria	Enteroscopia c/ duplo balão	Tratamento endoscópico DRGE	Laserterapia	Fototerapia	Colocação próteses tubo dig.	Téc. Protocol. Diagnost. (defecografia, manom. Anal	Hemod. Hepát.	Biópsia transjug.	Elastog. Hepat.	Litotr. Ext.corp.	Gastrost. Percut.	Balão Intragástr.
LISBOA E V. TEJO																	
CENTRO HOSPITALAR DE CASCAIS																	
HOSPITAL DE SANTA MARIA	x	x	x	x			x			x		x	x	x		x	x
HOSPITAL DE S. FRANCISCO XAVIER																x	
HOSPITAL DE CURRY CABRAL																	
HOSPITAL DE PULIDO VALENTE	x	x		x			x			x						x	
HOSPITAL DE EGAS MONIZ	x		x													x	x
HOSPITAL SANTO ANTÓNIO DOS CAPUCHOS	x	x	x	x				x		x	x					x	x
INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA	x	x							x							x	
HOSPITAL DE SÃO JOSÉ																x	
HOSPITAL DE D. ESTEFÂNIA																	
HOSPITAL DE SANTA CRUZ																x	
HOSPITAL REYNALDO DOS SANTOS (V.F. Xira)																	
HOSPITAL FERN. FONSECA (Amadora/Sintra)	x			x												x	
HOSPITAL DISTRITAL DE SANTARÉM																x	
HOSPITAL N. SENHORA DA GRACA (Tomar)																	
CENTRO HOSPITALAR MÉDIO TEJO	x																
CENTRO HOSPITALAR TORRES VEDRAS																	
HOSPITAL DE GARCIA DE ORTA – Almada	x			x												x	
HOSPITAL N. SENHORA DO ROSÁRIO (Barreiro)																x	
HOSPITAL DO LITORAL ALENTEJANO				x						x						x	
HOSPITAL DE S. BERNARDO (Setúbal)	x	x		x						x	x					x	x
ALENTEJO																	
CENTRO HOSPITALAR BAIXO ALENTEJO																x	
HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO (Évora)	x																x
HOSPITAL DE SANTA LUZIA DE ELVAS																	
HOSPITAL DR. JOSÉ Mª GRANDE (Portalegre)																	
ALGARVE																	
HOSPITAL DISTRITAL DE FARO	x		x							x						x	
HOSPITAL DISTRITAL DE LAGOS																	
HOSPITAL DO BARLAVENTO ALGARVIO										x							
Nº DE HOSPITAIS	29	13	14	12	1	1	3	4	2	22	6	2	6	2	1	32	11
REGIÕES AUTÓNOMAS																	
FUNCHAL	x			x						x					x	x	x
PONTA DELGADA	x			x						x						x	x
PRIVADOS / NÃO INTEGRADOS NO SNS																	
CUF	x																
CUF DESCOBERTAS	x																
HOSPOR (Setúbal)																	x
HOSPITAL MILITAR	x															x	
HOSPITAL FORÇA AÉREA				x												x	
CLÍNICA REBOLEIRA	x																
CASA SAÚDE BOAVISTA	x																
CENTRO MÉDICO DIAGNÓSTICO (Porto)															x		
CEDE				x	x	x											
H. TRINDADE				x													x
Man-PH	x		x			x					x						
TOTAL PRIVADOS + R. AUTÓNOMAS	9	0	3	3	1	1	0	0	0	2	1	0	0	0	2	4	4

Fonte: Grupo de Trabalho

3.2. Formação de especialistas

Evolução das entradas no internato complementar de Gastrenterologia 1994-2004

Anos	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total
Nº entradas	10	10	12	7	5	9	8	10	10	10	11	11	113

Fonte: DMRS

Internato Complementar de Gastrenterologia – Saídas esperadas e saídas reais 2001-2004

	2001	2002	2003	2004	Total
Saídas esperadas	12	7	5	9	33
Saídas reais	11	8	5	8	32

Fonte: DMRS

Previsão de aposentações do pessoal médico especialista 2004-2015

2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
5	5	3	2	6	7	4	11	3	12	9	6	73

Fonte: DMRS

N.º de saídas de médicos por aposentação e n.º de novos especialistas Previsão 2004-2007

Especialidade	2004			2005			2006			2007		
	Saída	Entrada	Saldo	Saída	Entrada	Saldo	Saída	Entrada	Saldo	Saída	Entrada	Saldo
Gastrenterologia	5	8	3	5	3	2	3	10	7	2	10	8

Fonte: DMRS





Necessidades de Saúde e Modelo Organizativo

4. Necessidades de Saúde em Gastreenterologia

Partindo do estudo de uma população base de 200.000 habitantes, estima-se que as necessidades anuais em cuidados especializados de Gastreenterologia serão as seguintes:

- Internamentos: estima-se que as necessidades em internamento variem entre 1,2 a 2,0 por 1000 habitantes.
- Consultas externas: prevê-se uma necessidade de consultas de Gastreenterologia de 30-40/1000 habitantes
- Endoscopias:
 - Endoscopia digestiva alta: necessidades previstas de 12-18/1000 habitantes;
 - Endoscopia digestiva baixa: de 18-25/1000 habitantes;
 - CPRE: entre 0,5 a 0,7/1000 habitantes.
 - Eco-endoscopia: entre 0,5 a 0,7/1000 habitantes.
 - Polipectomias: entre 2 a 2,5/1000 habitantes.
 - Endoscopias de urgência: entre 2 a 3/1000 habitantes.

Estes cálculos são estimados a partir de realidades actuais, podendo sofrer alterações futuras, nomeadamente no que diz respeito à colonoscopia e à endoscopia terapêutica, para as quais se prevêem acréscimos.

Outras técnicas emergentes, como por exemplo a vídeo-cápsula endoscópica, a enteroscopia e os estudos funcionais digestivos, terão de ser contempladas em função da população abrangida.



5. Modelo Organizativo

5.1. Princípios organizativos

Na orgânica hospitalar portuguesa existem basicamente 3 níveis de diferenciação.

No nosso entendimento, a Gastreenterologia deve existir unicamente nos dois níveis mais diferenciados, nomeadamente nos Hospitais com urgência médico-cirúrgica e urgência polivalente.

O número de gastreenterologistas dum Serviço tem de ser adequado à população que serve e ao seu grau de diferenciação, **devendo ser de 3 o número mínimo de especialistas**.

Se equacionarmos o rácio de 1 gastreenterologista para 30/40 mil habitantes, a rede hospitalar necessitaria entre 250 e 330 especialistas, conforme quadro seguinte:

Nº Médicos necessários/Médicos existentes

Região	População	Nº Médicos necessários		Médicos existentes
		Rácio 1/40.000	Rácio1/30.000	
CONTINENTE				
Norte	3.235.582	81	108	66
Centro	2.398.572	60	80	58
LV Tejo	3.378.979	84	113	126
Alentejo	461.883	12	15	5
Algarve	395.218	10	13	10
Total	9.870.234	247	329	265
REGIÕES AUTÓNOMAS				
Açores	241.763	6	8	6
Madeira	245.011	6	8	6
Total	486.774	12	16	12

Fonte: INE/DGS (Divisão de Estatística)

Verifica-se assim uma carência de especialistas na zona Norte do país e no Alentejo, médicos em excesso na Região de Lisboa e Vale do Tejo e um número equilibrado de especialistas na Região Centro e no Algarve.

Como princípios organizativos considera-se o seguinte desempenho:

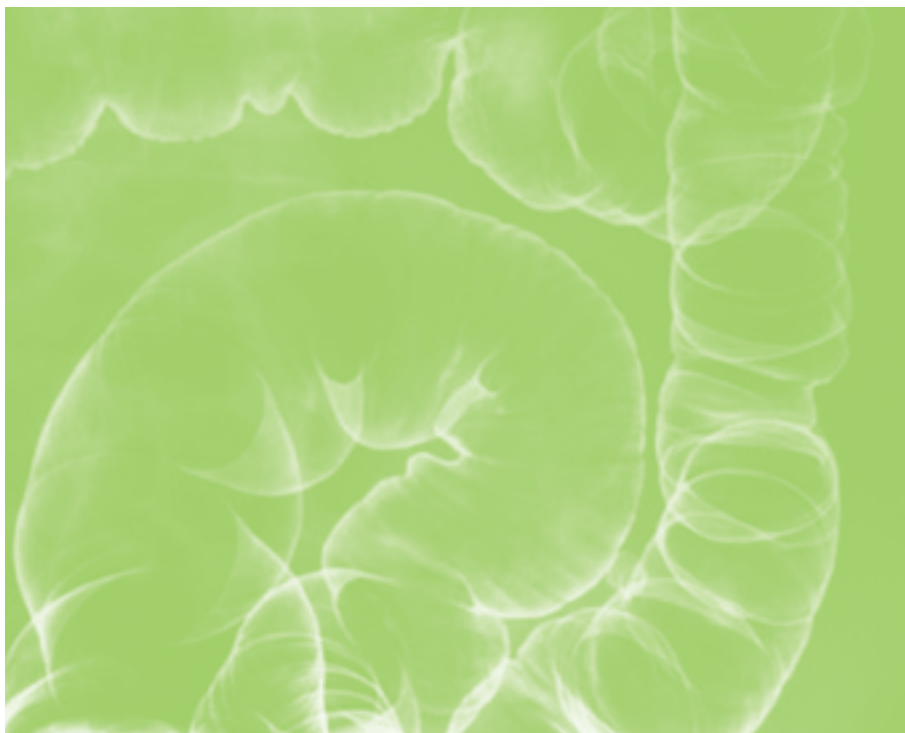
- Exames de endoscopia alta 10 a 15 exames por período de 4h.
- Colonoscopias (com ou sem terapêutica)* 6 exames por período de 4 horas.
- Fibrossigmoidoscopias 10 a 15 por período de 4 horas.
- CPRE (Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica) 4 a 5 exames por período de 4 horas.
- Internamento 4 horas médico por dia, por cada 10 camas.
- Consultas 24 consultas /4+4h por gabinete médico.
- A prática da ecografia abdominal deve ser implementada nos serviços de gastroenterologia.

* Em cerca de 1/3 fazem-se polipectomias.

5.1.1. Formação

Nos hospitais com internos em formação, o número de exames deve ser adaptado ao treino destes profissionais.

O modelo organizativo acima mencionado poderá ter que ser ajustado em função das necessidades de formação/actualização dos especialistas.



5.2. Modelo Organizativo de um Hospital de nível B

Um Hospital que sirva uma população de cerca de 200.000 habitantes e integre a Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência, deve dispor de um Serviço/Unidade de Gastrenterologia. Este Serviço/Unidade deve assegurar, para além do internamento, a consulta externa, a unidade de técnicas e o apoio à urgência.

Deverá dispor ou ter acesso fácil a serviços complementares, a saber:

- Radiologia equipada com Ecografia e TAC espiral (e acesso à RM);
- Anatomia Patológica, com pessoal treinado na patologia gastro-intestinal e hepática;
- Acesso a Laboratório de testes serológicos e determinações genómicas virais;
- Bioquímica, que inclua marcadores oncológicos, e das doenças metabólicas do fígado;
- Hospital de dia.

5.2.1. Quadro médico do serviço/unidade de Gastrenterologia

Para assegurar estas actividades necessita do seguinte quadro médico:

- Deverá ter-se como valor indicador, a adaptar em função das circunstâncias locais e nomeadamente da distância em relação a outros Hospitais, o número de um gastrenterologista por 30.000 a 40.000 habitantes.

Nota 1: O quadro deverá ter em consideração o tipo de apoio às urgências gastrenterológicas e a realização de determinadas técnicas como a CPRE.

Nota 2: Neste nível de cuidados, a CPRE deve estar instalada apenas em Hospitais com a realização de um número mínimo de 200 exames/ano, o que corresponde a uma população de atracção directa ou adjacente de cerca 300.000 a 400.000 habitantes.

Tendo em consideração as necessidades gastrenterológicas acima expressas, para uma população de 200.000 habitantes e os princípios organizativos atrás enunciados, e partindo do princípio que o hospital satisfaria plenamente essas necessidades, seria necessário o seguinte número de médicos:

Necessidades de Recursos Humanos

EXAMES/ ATIVIDADES	Nº Exames/ /atividades/ano	Semana	
		Nº exames/ /atividade	Nº Períodos de 4 horas
EDA	2.400-3.600	48-72	5-7
EDB	3.600-5.000	72-100	12-20
Polipectomia*	400-600		
CPRE**	100-140	2-3	1
Endoscopia urgência	400-600	8-12	1,5
Outros exames (biópsias; PEG; dilatações e próteses e mucosectomia)			1
Proctologia			1
Internamento	240-400		5
Consultas (incluindo internas)	6.000-8.000	120	10
Hospital de Dia			1
Reuniões/Formação		1-2 reuniões	3
Total		40,5 a 50,5	40 a 50 períodos 4 horas semana/10 (períodos por gabinete por semana) = = 4 a 5 médicos em horário de 40 horas/semana

* Já incluídas nos exames anteriores

** Uma unidade de endoscopia deverá fazer, no mínimo, 200 exames / ano.

Pressupostos:

- Período de trabalho (PT): 4 horas (ex: das 9-13 horas ou das 14 às 18 horas)
- Nº de EDA por PT: 10-12
- Nº de colonoscopias por PT: 6
- Nº de sigmoidoscopias por PT: 10
- Nº de CPRE por PT: 4
- Nº de terapêuticas proctológicas por PT: 10 a 12
- Nº de consultas por PT (Gastroenterologia geral): 12 (3 primeiras + 9 segundas)
- Nº de consultas por PT (Hepatologia): idem
- Nº de dias úteis: 250 (não incluídos os dias de férias e comissões gratuitas de serviço)

O Serviço/Unidade deve dispor de:

5.2.2. Internamento:

- 6 a 10 camas, com possibilidade de 1 quarto de isolamento
- Possibilidade de monitorização de 2 doentes

- Bombas/seringas de perfusão para 2 doentes
- Carro de reanimação equipado e revisto periodicamente
- Acesso a mala de reanimação para acompanhamento de doentes.

5.2.3. Consulta externa

- Consulta de Gastrenterologia geral
- Consulta de Hepatologia
- Consulta de Proctologia com terapêutica proctológica
- Consulta de Doença Inflamatória Intestinal.

Para assegurar estas actividades será necessário:

- 1 Gabinete de consulta (podendo, se necessário, partilhar um outro gabinete com outras especialidades médicas)
- Possibilidade de utilização de gabinete de apoio de enfermagem para ensino.
- Triagem de consultas feita por um médico do Serviço de Gastrenterologia.

5.2.4. Unidade de Técnicas de Gastrenterologia

Uma Unidade de Técnicas de Gastrenterologia tem actualmente uma complexidade próxima de um Bloco Operatório, já que nela se executam um número crescente de exames, que têm, cada vez mais, uma componente terapêutica que implica material e acessórios adequados, pessoal médico, de enfermagem e auxiliar em número e diferenciação adequado às mesmas.

A sedação/sedação profunda com apoio de anestesista, que deve ser coordenada com o Serviço de Anestesiologia, deve ser implementada nas unidades de técnicas de gastrenterologia.

5.2.4.1. Actividades da Unidade

a) Diagnósticas

- Endoscopia Alta
- Endoscopia Baixa
- Biopsia hepática
- Endoscopia de Urgência – apoio às urgências gastroenterológicas, incluindo endoscopia de urgência, no período das 8 h às 20h. Fora destes períodos os doentes devem ser canalizados para os hospitais de referência, salvo condicionais de natureza geográfica, que serão devidamente justificados.
- Cápsula endoscópica – desde que faça pelo menos 60 exames/ano.

b) Terapêutica endoscópica

- Polypectomia
- Hemostáse
- Argon
- Dilatações e próteses do tubo digestivo
- PEG (Gastrostomia endoscópica percutânea)
- CPRE (Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica) – alguns

5.2.4.2. Composição da unidade de técnicas:

- 3 salas de exames. Duas com um mínimo de 16 m² com equipamento suspenso no tecto, e equipadas com rampa de oxigénio e vácuo e outra para exames terapêuticos com uma área de 18 a 20 m².
- 1 sala de desinfecção entre salas de exames, e partilhável, sempre que possível, com a pneumologia, a urologia e eventualmente com a ORL, asseguradas que estejam as regras de controlo da infecção.
- 1 recobro, com 4 macas e 4 cadeirões vigiado por enfermeira, equipado com rampa de oxigénio e vácuo, que deve apoiar, sempre que possível, várias especialidades com o correspondente apoio de enfermagem das 09.00 às 20.00 horas, com monitorização cardíaca arterial e oximetria. A desinfecção dos endoscópios deve ser feita por máquinas automáticas.
- 1 sala de sujos com saída directa para o exterior e circuito de lixos com contentores
- 1 sala para armazém
- 1 secretariado
- 1 sala para pausa/relatórios
- 1 gabinete para o Director do Serviço/Unidade de Gastrenterologia.
- 1 sala de espera ampla
- 1 vestiário
- 1 copa
- Wc para doentes, de preferência com banho
- Wc para profissionais

5.2.4.3. Equipamento da Unidade de Técnicas:

- 6 video gastroscópios (um dos quais terapêutico)
- 6 video colonoscópios
- 3 video duodenoscópios (nos Serviços que fazem CPRE)
- 3 ou 4 máquinas de desinfecção (ou 2 máquinas se cada uma lavar dois aparelhos)
- monitores multiparâmetros

- acessórios para biopsias, citologia, polipectomia, esclerose e laqueação de lesões sangrantes, fonte de argon, proctologia terapêutica, dilatação e colocação de próteses
- rampas de oxigénio e aspiração
- carro de reanimação equipado e controlado periodicamente
- acesso a sala com intensificador de imagem
- equipamento para registo de imagem
- equipamento para realização de relatórios informatizado

5.2.4.4. Pessoal da Unidade de Técnicas:

- 1 Gastrenterologista por 30.000 – 40.000 habitantes, em horário de 40h.
- Todos os exames endoscópicos, incluindo os efectuados em situações de urgência, devem ser apoiados por enfermeiros com treino próprio de endoscopia, treino em suporte básico de vida e não devem ter rotatividade com outros Serviços. O Recobro deve apoiar, sempre que possível, várias especialidades com o correspondente apoio de enfermagem das 09.00 às 20.00 horas.
- Recomenda-se 1 enfermeiro por cada sala de exames, 1 enfermeiro para o recobro, 2 enfermeiros nas salas de terapêutica endoscópica/endoterapia e 2 enfermeiros na sala da CPRE. Nas situações de sedo-analgesia, recomenda-se a presença de um enfermeiro com experiência de Anestesia.
- 3/4 auxiliares de acção médica permanentes (com treino específico na Unidade)
- 3 secretárias (para um horário das 8h às 20h), duas de manhã e uma à tarde (permanentes da Unidade) para atendimento dos doentes, marcação de exames, confirmação dos doentes nos dias de exames, confirmação de marcações nos dias antes a fim de evitar faltas, registos, arquivo, correspondência, etc. (a partilhar com outras especialidades).

5.2.5. Hospital de Dia – possibilidade de utilizar uma/duas camas e um cadeirão no hospital de dia polivalente.

5.2.6. Apoio da Gastrenterologia à Urgência – o Serviço/Unidade de Gastrenterologia deve apoiar o serviço de urgência, pelo menos, no período das 8 às 20 horas, durante o normal funcionamento do Hospital. Alguns hospitais de nível B poderão dar apoio à urgência das 08 h às 20 horas todos os dias da semana (ao próprio hospital ou a vários hospitais próximos) quando razões de natureza geo-demográfica o justifiquem.

5.2.7 Apoio nutricional aos doentes internados no hospital – a desnutrição é uma situação extremamente prevalente nos doentes internados e que se agrava durante o internamento, condicionando um aumento significativo das morbilidade e mortalidade, bem

como da demora média e dos custos por doente tratado. Com vista a alterar este cenário, foram criados, em vários Hospitais, Grupos de Nutrição multidisciplinares, constituídos por médicos, enfermeiros, farmacêuticos e nutricionistas. É da sua responsabilidade o seguimento de todos os doentes desnutridos ou em risco de desnutrição a nível hospitalar, com vista a, respectivamente, corrigir ou prevenir a primeira situação.

A necessidade de suporte nutricional não se esgota no internamento, obrigando a organizar uma estrutura de seguimento dos doentes em Ambulatório, por forma a fornecer dietas orais modificadas e dietas entéricas em ambulatório e a vigiar complicações relacionadas com a dieta e com as vias de alimentação entérica (sondas naso-gástricas e naso-jejunais, gastrostomias endoscópicas e cirúrgicas e jejunostomias) e assim melhorar a qualidade de vida destes doentes e diminuir a necessidade do seu internamento.

Os laços entre a Gastreenterologia e a Nutrição têm-se tornado cada vez mais fortes, fruto sobretudo do papel crescente das técnicas endoscópicas no campo dos acessos de alimentação entérica (colocação de sondas naso-gástricas e naso-jejunais e realização de gastrostomias endoscópicas), que substituem, sempre que possível, a criação de acessos por via cirúrgica e a alimentação parentérica.

Em paralelo à actividade desempenhada nos Grupos de Nutrição, os gastreenterologistas integram grupos multidisciplinares destinados ao tratamento da obesidade, compostos igualmente por Cirurgiões, Nutricionistas e Psicólogos. Tendo em vista a importância da obesidade na nossa Sociedade, é indispensável apoiar grupos de tratamento desta patologia, planeando a actividade dos Serviços de forma a disponibilizar profissionais para estes grupos.



5.3. Modelo Organizativo do Serviço de Gastrenterologia de um Hospital de nível A

Os hospitais com urgência polivalente terão uma área de influência superior a 300.000 habitantes e receberão doentes referenciados, quer por motivos patológicos quer para a realização de técnicas mais diferenciadas. Terão todas as valências do hospital com urgência médico-cirúrgica, mais as seguintes:

- Laboratório de Biologia Molecular
- Laboratório de Imunologia
- Laboratório de Histopatologia Hepática
- Outras consultas especializadas da área da Gastrenterologia

5.3.1. Técnicas gastrenterológicas

- CPRE;
- Litotricia extra-corporal: um hospital em Lisboa e outro no Porto, com condições para execução de litotricia biliar;
- Ecoendoscopia;
- Estudos funcionais do tubo digestivo (2 no Norte; 1 no Centro; 2 em Lisboa e Vale do Tejo e 1 no Algarve);
- Colocação de próteses;
- Cápsula endoscópica;
- Enteroscopia (2 no Norte; 1 no Centro; 2 em Lisboa e Vale do Tejo e 1 no Algarve);
- Elastografia hepática (2 no Norte, 1 no Centro e 2 em Lisboa e Vale do Tejo);
- Hemodinâmica hepática (1 no Norte, 1 no Centro e 1 em Lisboa e Vale do Tejo);
- Biópsias transjugulares (1 no Norte, 1 no Centro e 1 em Lisboa e Vale do Tejo);
- Acesso a Cuidados Intermédios com cuidados gastrenterológicos (só em 2 hospitais no país).
- Estes hospitais devem assegurar as técnicas indispensáveis à sua população de atracção directa e ainda aos doentes referenciados de 2ª e 3ª linha.

5.3.2. Hospital de Dia

Preferencialmente integrado no hospital de dia polivalente do Hospital, a gastrenterologia deve assegurar cuidados de hospital de dia particularmente nos seguintes casos: paracentese, administração de ferro, terapêutica biológica; biopsia hepática.

5.3.3. Transplante Hepático

O país dispõe, actualmente, de 3 centros de transplante hepático, que serão por agora suficientes para as necessidades (ver Rede de Transplantes).

5.3.4. Apoio da Gastreenterologia ao serviço de urgência externa

Estes hospitais devem assegurar a urgência externa diariamente, pelo menos, das 8 às 20 horas. Nos centros urbanos do Porto, Coimbra, Lisboa e Faro, um hospital deve assegurar a urgência externa durante 24 horas.

5.3.5. Cuidados Intermédios

Em alguns hospitais poderá justificar-se a existência de cuidados intermédios em gastreenterologia.

5.3.6. Internamento

As camas previstas para estes hospitais devem ser dimensionadas tendo em conta a população de referência directa, com os ajustamentos para a área de referência de 2ª e 3ª linha.

5.3.7. Recursos humanos

Os hospitais de nível A devem dispor de recursos de acordo com a área de atracção e de referência e ainda das técnicas mais diferenciadas que realiza. O número de médicos andarà entre os 8 e os 12, devendo ser ajustado para os hospitais mais diferenciados, até ao máximo de 16.

De acordo com o nº 3 do art. 11º do D. Lei nº 312/84, de 26 de Setembro, os hospitais com ensino pré-graduado devem ter ajustamentos nos recursos humanos.

5.4. Gastreenterologia pediátrica

As situações clínicas do foro da gastreenterologia pediátrica, estão contempladas em documento próprio – Rede de Referência Hospitalar de Pediatria.

5.5. Gastreenterologia em hospitais especializados/monotemáticos

Alguns Hospitais especializados, nomeadamente os Hospitais Pediátricos, devido à sua especificidade, poderão ter quadros próprios de gastreenterologia, no âmbito da Pediatria.

Os Hospitais oncológicos deverão dispor de unidade de Gastreenterologia com potencialidades e funcionalidades específicas de endoscopia diagnóstica e terapêutica.

Nos IPO's deve ainda ser considerada a Fototerapia.

5.6. O que devem fazer os hospitais gerais sem urgência médico-cirúrgica

Estes Hospitais deverão estabelecer formas de articulação com hospitais gerais dispendo de Gastreenterologia, de modo a assegurar cuidados de qualidade, particularmente consulta externa.



6. Avaliação da qualidade

A qualidade de cuidados de saúde pode definir-se como o grau de coincidência dos resultados obtidos no tratamento de indivíduos ou de populações com os “standards” nacionais ou regionais e de acordo com o conhecimento médico actual.

Esta avaliação deve incidir nos indicadores constantes da página seguinte.

Auditorias externas

Para além desta avaliação anual, devem ainda realizar-se auditorias externas com periodicidade regular, tanto quanto possível coordenadas com as auditorias das idoneidades dos serviços para formação de internos.

Estas auditorias serão da responsabilidade da Direcção-Geral da Saúde (DGS) em articulação com a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), a Ordem dos Médicos (OM) e a Ordem dos Enfermeiros (OE).

7. Formação contínua

A formação contínua deve ser assegurada por todos os hospitais e para todos os estratos profissionais, de uma forma regular e sistemática.

8. Ensino e Investigação

A prática de ensino deve ser constante em todos os hospitais, adequando-se à instituição onde se trabalha. São particularmente importantes nos hospitais distritais o ensino pós-graduado de internos do internato complementar, o ensino de enfermeiros e outros profissionais de saúde e as acções de formação junto dos médicos de família.

Os hospitais que tenham articulação com Escolas, devem naturalmente apoiar o ensino pré-graduado.

Os hospitais onde se faz investigação têm maiores índices de eficiência no tratamento dos doentes, associados a menores custos, segundo estudos realizados nos EUA. Em Portugal não dispomos destes dados. Contudo, é fácil aceitar que um estudo sobre as indicações para endoscopia venha a resultar numa diminuição do número de exames efectuados, de acordo com estudos publicados. A investigação clínica está ao alcance de todos os hospitais.

INDICADORES DE QUALIDADE

(a enviar às ARS's e DGS durante os meses de Janeiro/Fevereiro, referentes ao ano anterior)

Indicadores de estrutura

- Nº de médicos/nº de habitantes da área de atracção do hospital
- Nº total de videogastroscópios e total com menos de 5 anos
- Nº total de videocolonoscopios e total com menos de 5 anos

Indicadores de processo

- a) Tempo de espera para consultas pedidas pelo médico de família em 31 de Dezembro.
Dependente da indicação, deve haver triagem por um médico do Serviço.
- b)
$$\frac{\text{Doentes com suspeita de doença maligna atendidos em menos de 2 semanas}}{\text{Total de pedidos de consultas com suspeita de doença maligna no ano}}$$
- c) Lista de espera para exames/terapêutica em 31 de Dezembro:
- Endoscopia alta
 - Colonoscopia
- d)
$$\frac{\text{Pedidos de exames dentro do hospital atendidos nas 48 horas}}{\text{Nº total de pedidos de exames dentro do hospital}}$$
- e) Auditoria de problemas com equipamento e desinfeção:
- $$\frac{\text{Nº de exames bacteriológicos realizados no ano}}{\text{Total exames realizados no ano}}$$
- f) Taxa de ocupação
- g) Demora média ajustada para o *casemix* do Hospital
- h)
$$\frac{\text{Nº total de colonoscopias com visualização do cego}}{\text{Nº total de colonoscopias programadas para serem totais}}$$
- i)
$$\frac{\text{Nº total de polipectomias}}{\text{Nº total de colonoscopias}}$$
- j)
$$\frac{\text{Total de exames efectivamente realizados}}{\text{Total de exames previstos por marcação no ano}}$$

Indicadores de resultados

- a)
$$\frac{\text{Nº de internamentos por complicações de procedimentos endoscópicos}}{\text{Total de doentes submetidos a procedimentos endoscópicos}}$$
- b) "Feed-back" do doente
- $$\frac{\text{Nº de reclamações}}{\text{Nº consultas + exames + doentes internados + doentes em hospital de dia}}$$
- c)
$$\frac{\text{Doentes de exames satisfeitos + muito satisfeitos}}{\text{Total de doentes que fizeram exames e responderam ao questionário}}$$

9. Recomendações Finais

- Os hospitais deverão proporcionar condições ótimas de acesso e praticar cuidados gastroenterológicos de qualidade. Devem ter como norma o princípio de "cuidados centrados no doente".
- Estimular o desenvolvimento da Qualidade em Gastroenterologia em todas as suas vertentes e, nomeadamente, no que diz respeito à prática duma medicina baseada na evidência.
- Meios de diagnóstico e consulta devem estar disponíveis nos hospitais do nível B.
- Os meios de diagnóstico e terapêutica mais diferenciados devem estar disponíveis apenas nos centros de nível A, sendo ajustáveis no tempo em função da sua generalização.
- A centralização de alguns serviços mais complexos como, por exemplo, transplante hepático, doenças hepato-bilio-pancreáticas complicadas e endoterapia avançada, é desejável, mas os hospitais de nível B disporão de meios humanos e materiais que lhes permitam acorrer a situações de urgência e manter o treino dos seus profissionais.
- Deve procurar-se a integração entre os cuidados secundários e primários, particularmente no que diz respeito às doenças crónicas.
- A prática da Gastroenterologia, distribuída por diversas áreas de conhecimento, algumas complexas como, por exemplo, doenças metabólicas do fígado, transplante hepático, pancreatite complicada, doença inflamatória intestinal, alimentação parentérica, e técnicas endoscópicas sofisticadas como, por exemplo, CPRE e ecoendoscopia, aconselha uma organização do trabalho em equipas multidisciplinares.
- As doenças gastroenterológicas interessam a várias especialidades médicas, pelo que a cooperação entre gastroenterologistas, cirurgiões, imagiologistas e patologistas, deve ser estimulada. Esta cooperação é particularmente importante na área do cancro digestivo, pelo que a criação de grupos de decisão terapêutica deve ser estimulada, devendo o gastroenterologista integrar esses grupos.
- Criação de condições facilitadas para doentes com cancro digestivo, de modo que o diagnóstico e tratamento seja realizado no menor espaço de tempo, idealmente em seis semanas.

- Procurar criar condições para responder às necessidades resultantes do acesso ao rastreio do cancro cólo-rectal.
- Os doentes com hemorragia digestiva devem ser tratados em centros equipados com todas as condições para proceder a um diagnóstico rápido e a uma terapêutica adequada. Estes doentes, sempre que necessário, devem ser referenciados a unidades que disponham de endoscopia 24 horas e endoscopistas e enfermeiros treinados em endoterapia.
- Deve ser reconhecida e institucionalizada a especialização da enfermagem em endoscopia digestiva.
- O hospital de dia de Gastreenterologia deverá ser considerado uma unidade de prestação de cuidados em gastreenterologia, a par dos restantes 3 sectores – internamento, unidade de técnicas e consulta.
- Instituir normas de funcionamento das unidades de técnicas de gastreenterologia em termos de recursos humanos, equipamento, desinfeção, recobro e anestesia.
- Incentivar a transferência tecnológica através de estágios de especialistas portugueses em reputados centros estrangeiros.
- O desenvolvimento da Gastreenterologia aconselha o treino em duas áreas específicas: Hepatologia e Endoterapia.
- Recomenda-se a cooperação entre gastreenterologistas de adultos e pediátricos com troca de experiências e partilha de equipamentos. Já existe a sub-especialidade de gastreenterologia pediátrica na Ordem dos Médicos.
- Devem se proporcionados meios para o desenvolvimento da investigação, principalmente de âmbito clínico. Devem ser criadas condições para a participação em estudos multicêntricos internacionais.
- Assegurar o consentimento informado em todos os procedimentos invasivos.

Nota Final

Tendo em conta a rápida evolução dos procedimentos, das técnicas e das tecnologias, há necessidade de rever este documento no prazo máximo de cinco anos.

10. Referências

- Le Livre Blanc de l'Hépatogastroentérologie: Les maladies de l'appareil digestif et du Foie. Les Enjeux. Coordonné par Jacques Fomuet et Daniel Dhumeant. Masson, SNFGE, Rennes 2001
- Gastroenterology Services in the UK. The burden of disease and the organization and delivery of services for gastrointestinal disorders: a review of the evidence. March 2006. University of Wales Swansea.
- Care of Patients with Gastrointestinal Disorders in The United Kingdom. A Strategy for the future. British Society of Gastroenterology, March 2006.
- Provision of Endoscopy Related Services in District General Hospitals. BSG Working Party Report 2001.
- M.I. Cremers, A Situação dos Serviços de Gastreenterologia dos Hospitais Distritais, A realidade actual. GE. J. Port Gastreenter 2004; 11:68-75.
- Gastreenterologia Portuguesa. Realidade hospitalar e recursos humanos. Ordem dos Médicos – Colégio de Gastreenterologia, 2000.
- Non variceal upper gastrointestinal haemorrhage: Guidelines British Society of Gastroenterology. Endoscopy Committee Gut 2002; 51 suppl IV.

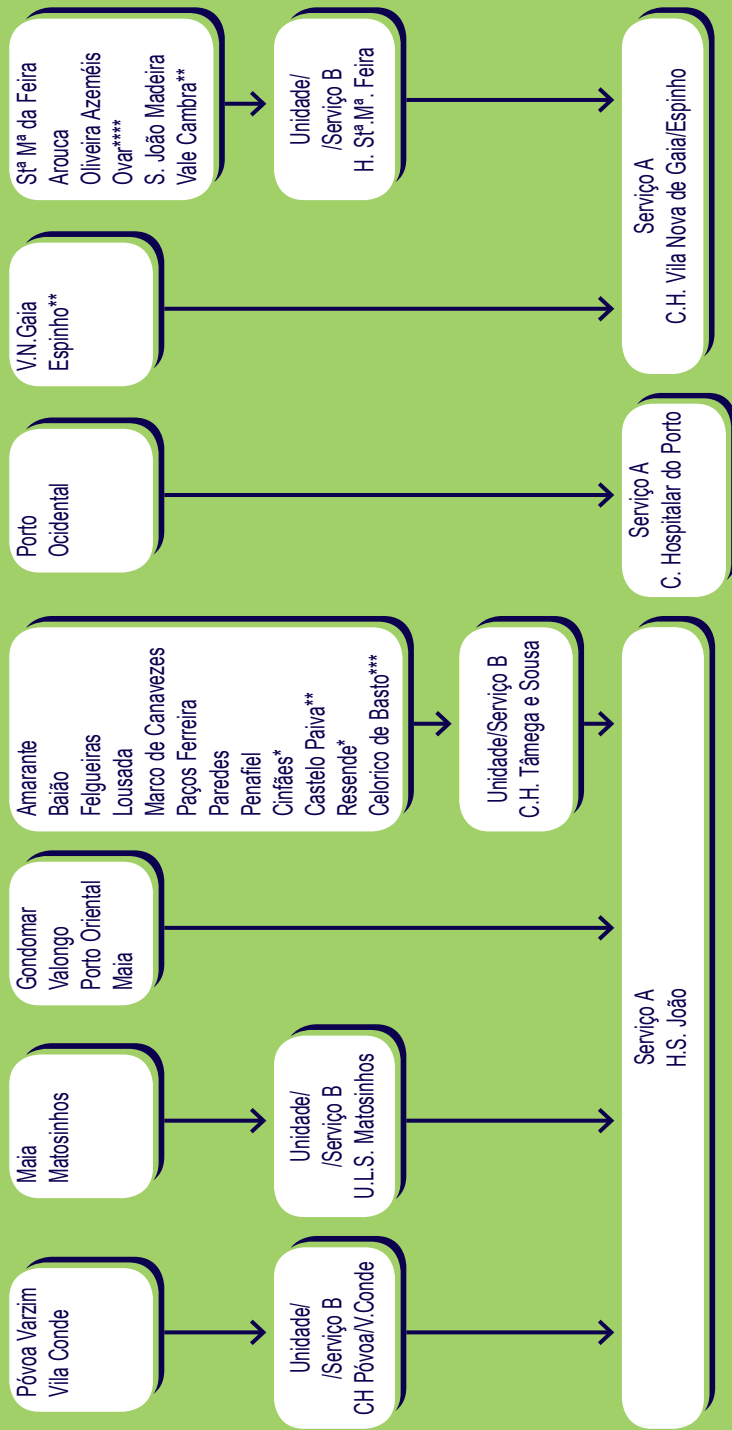




Arquitectura da Rede

REDE DE REFERENCIAÇÃO HOSPITALAR DE GASTROENTEROLOGIA

Região de Saúde do Norte – Distrito do Porto (Concelhos)

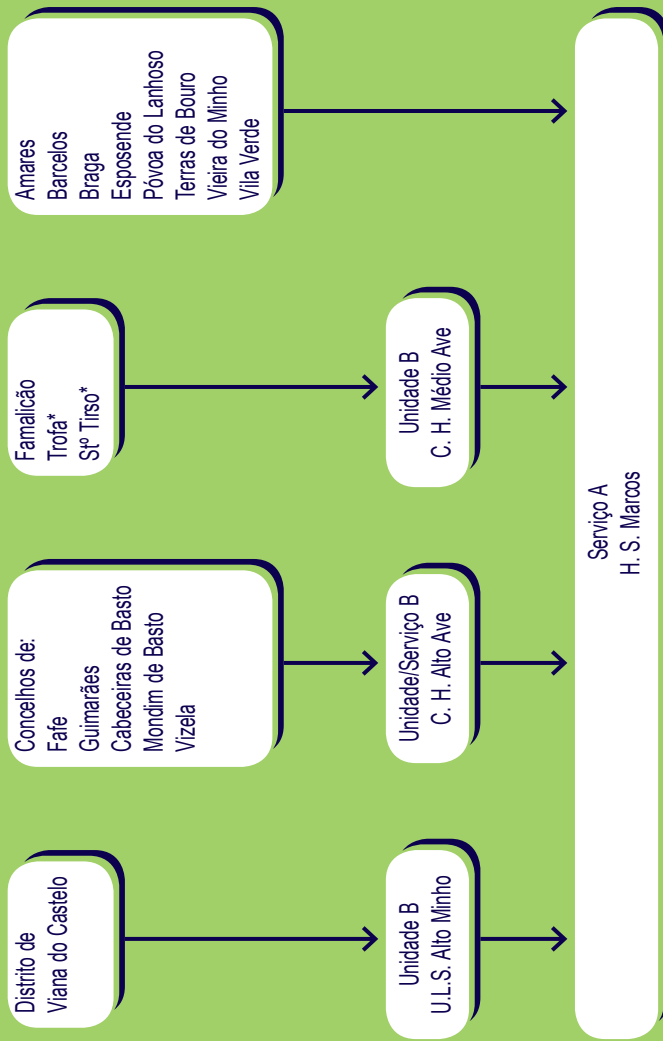


*Distrito de Viseu – **Distrito de Aveiro – ***Distrito de Braga – ****ARS Centro



REDE DE REFERENCIAÇÃO HOSPITALAR DE GASTROENTEROLOGIA

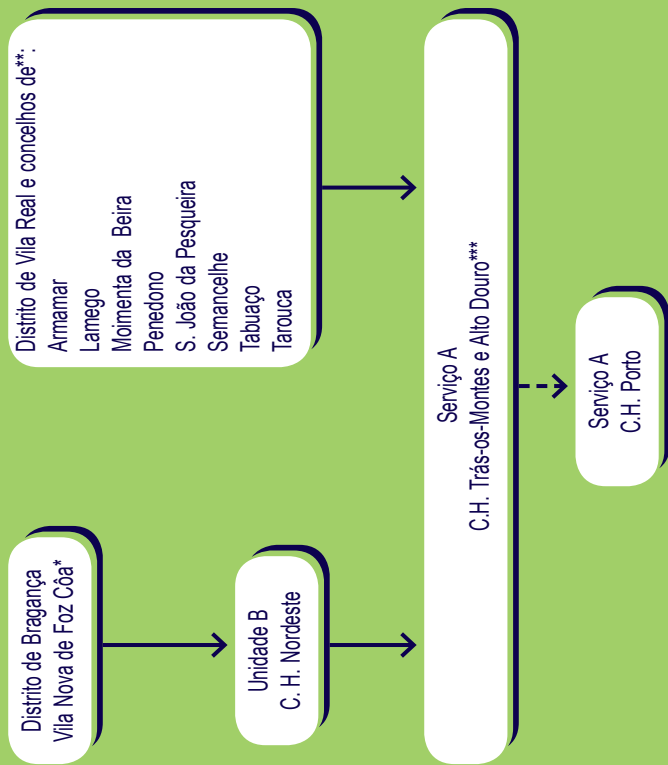
Região de Saúde do Norte – Distritos de Braga e Viana do Castelo (Concelhos)



*Distrito do Porto

REDE DE REFERENCIAÇÃO HOSPITALAR DE GASTROENTEROLOGIA

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



*Distrito da Guarda

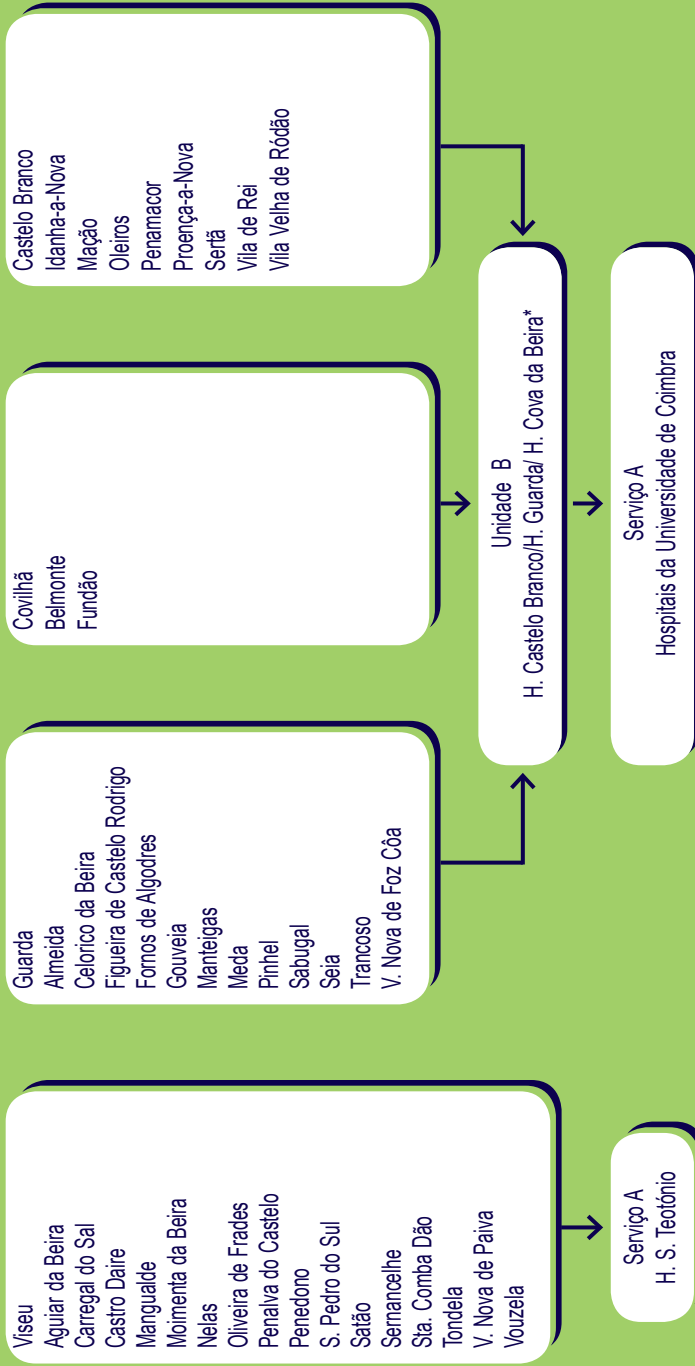
**Distrito de Viseu

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



REDE DE REFERENCIAÇÃO HOSPITALAR DE GASTROENTEROLOGIA

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

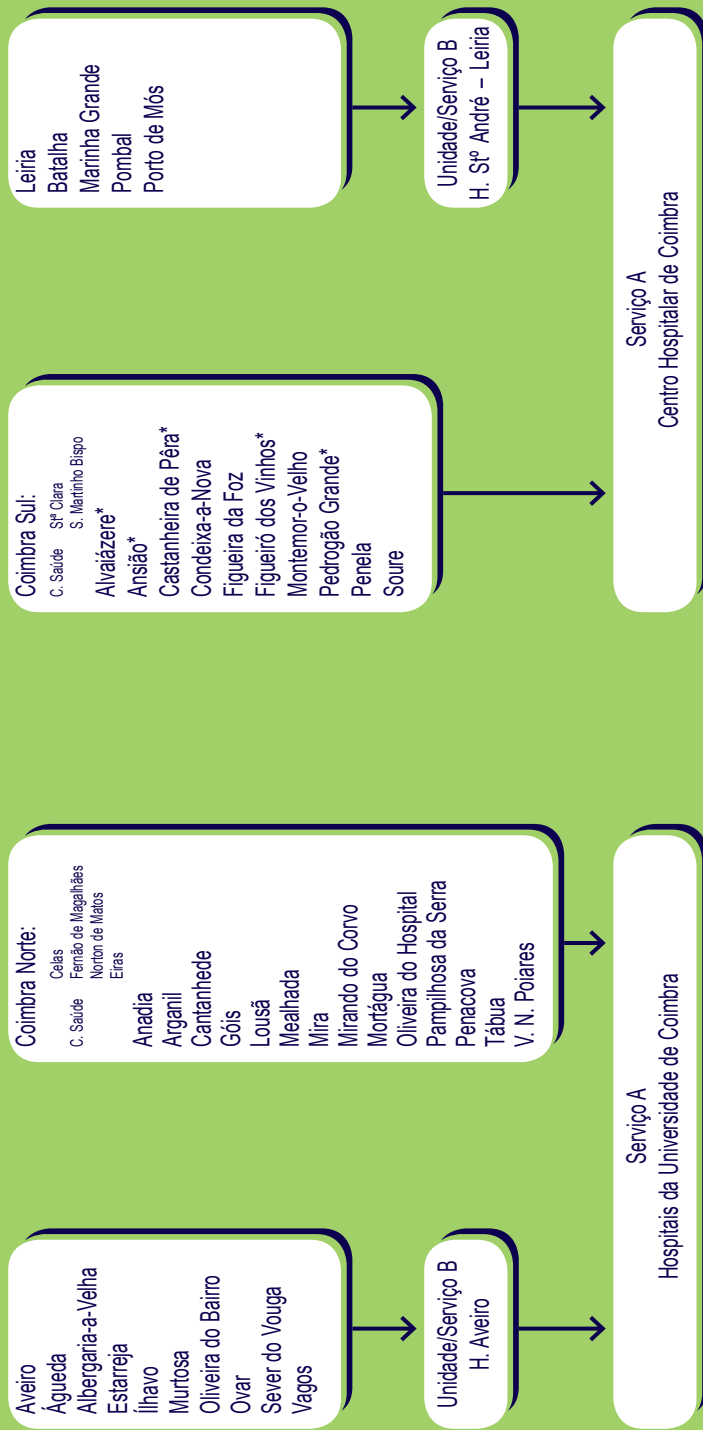


*A localizar-se apenas num dos 3 hospitais da Beira Interior a definir pela ARS Centro



REDE DE REFERENCIAÇÃO HOSPITALAR DE GASTROENTEROLOGIA

Região de Saúde do Centro – Distritos de Aveiro, Coimbra (C.S) e Leiria (Concelhos)

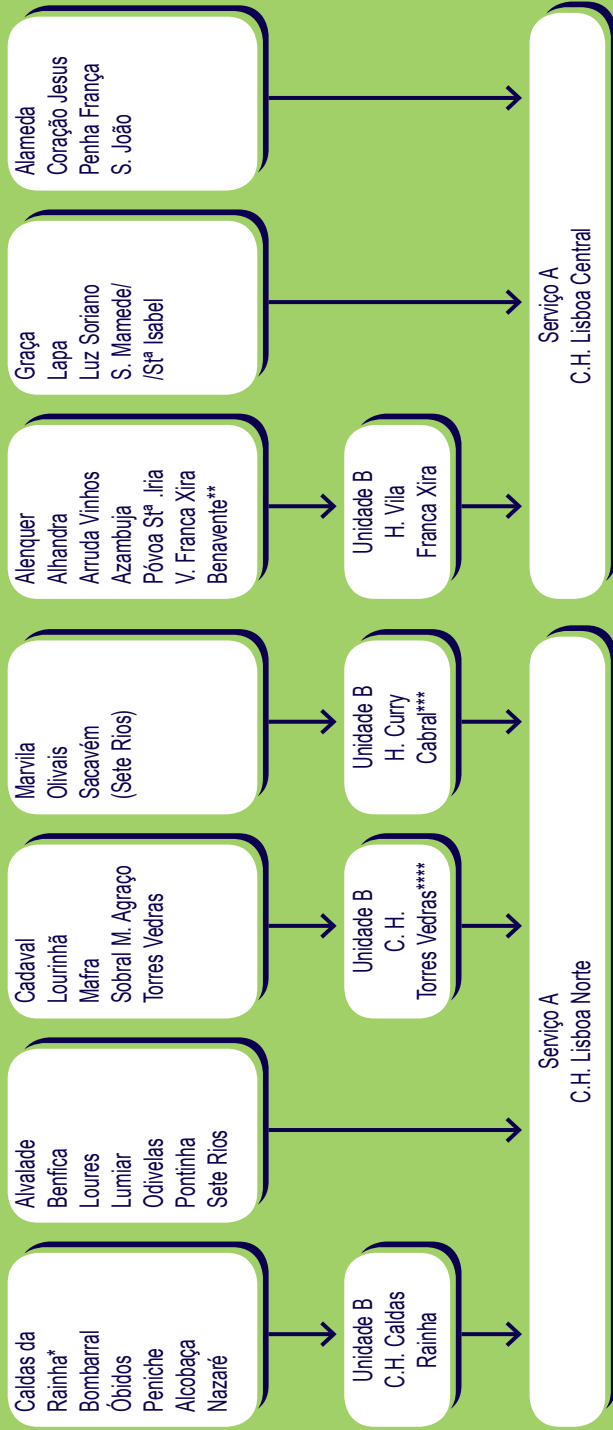


*Distrito de Leiria



REDE DE REFERENCIAÇÃO HOSPITALAR DE GASTROENTEROLOGIA

Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo – Distrito de Lisboa (Centros de Saúde)



*Distrito de Leiria

**Distrito de Santarém

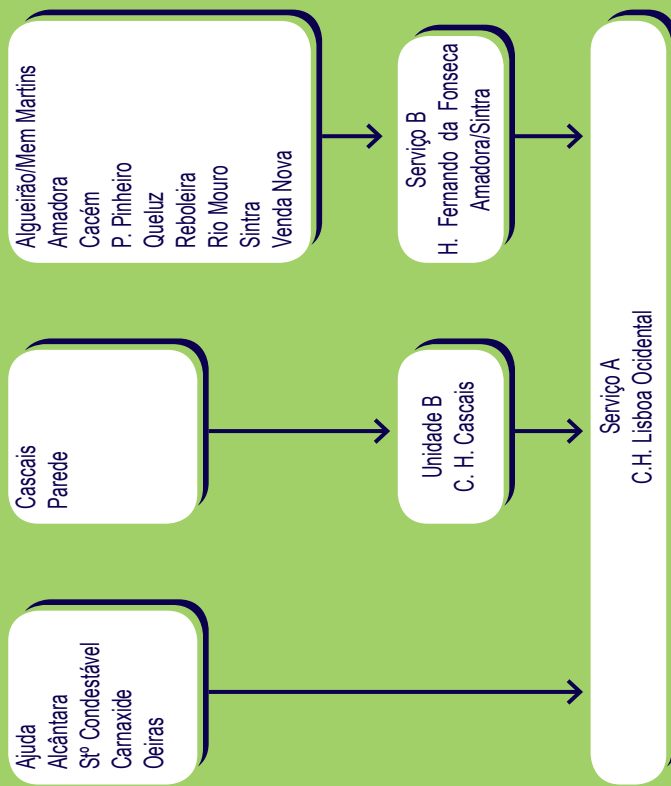
***Enquanto não entrar em funcionamento o novo H de Todos-os-Santos e o H. Loures

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



REDE DE REFERENCIAÇÃO HOSPITALAR DE GASTROENTEROLOGIA

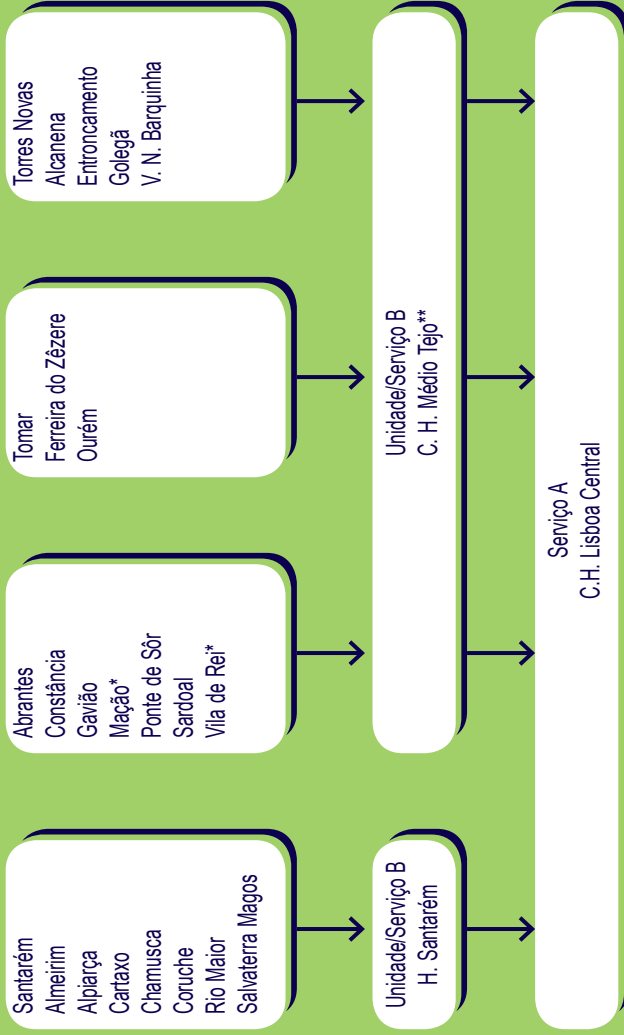
Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo – Distrito de Lisboa (Centros de Saúde) – Cont.





REDE DE REFERENCIAÇÃO HOSPITALAR DE GASTROENTEROLOGIA

Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo – Distrito de Santarém (Concelhos)

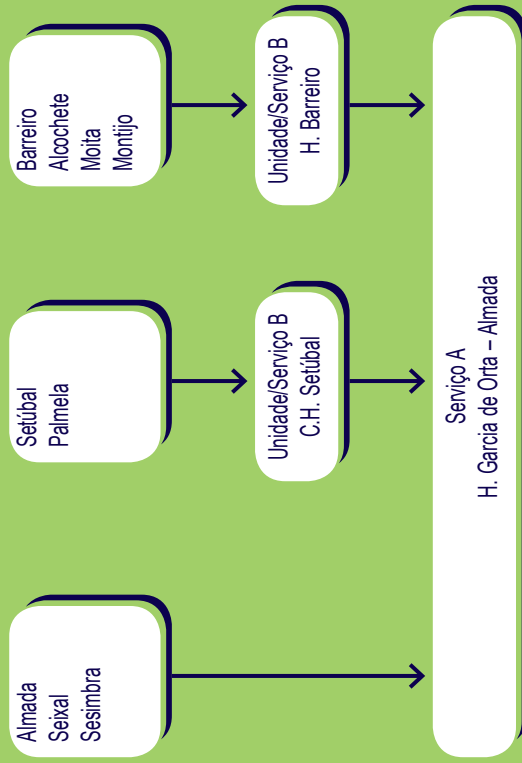


*ARS Centro

**Unidade/Serviço apenas num dos hospitais a definir pela ARS LVT



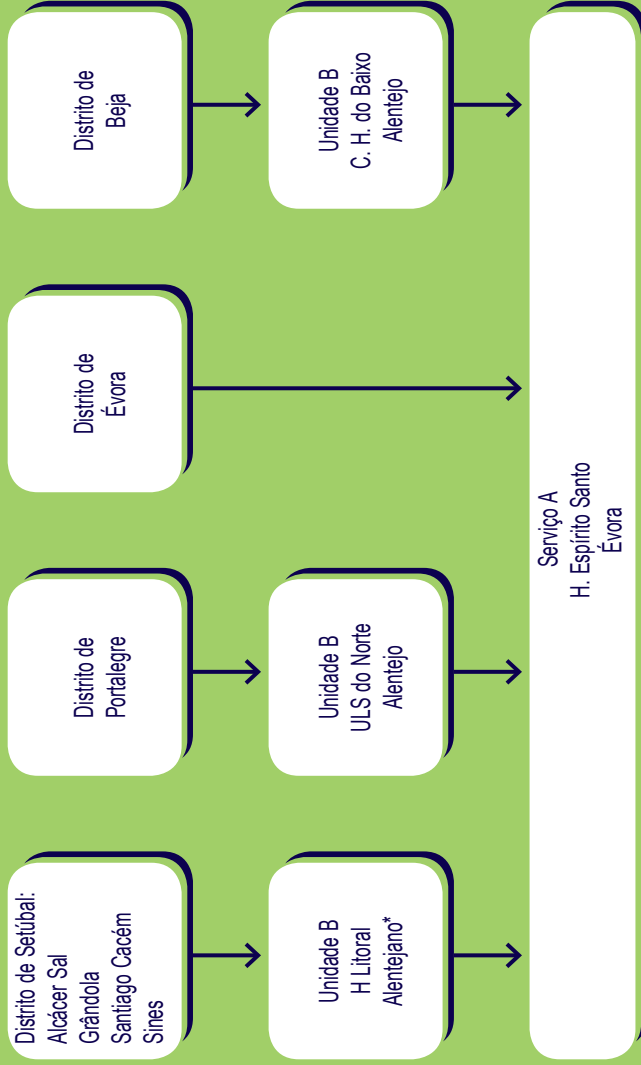
REDE DE REFERENCIAÇÃO HOSPITALAR DE GASTROENTEROLOGIA
Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo – Distrito de Setúbal (Concelhos)





REDE DE REFERENCIAÇÃO HOSPITALAR DE GASTROENTEROLOGIA

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

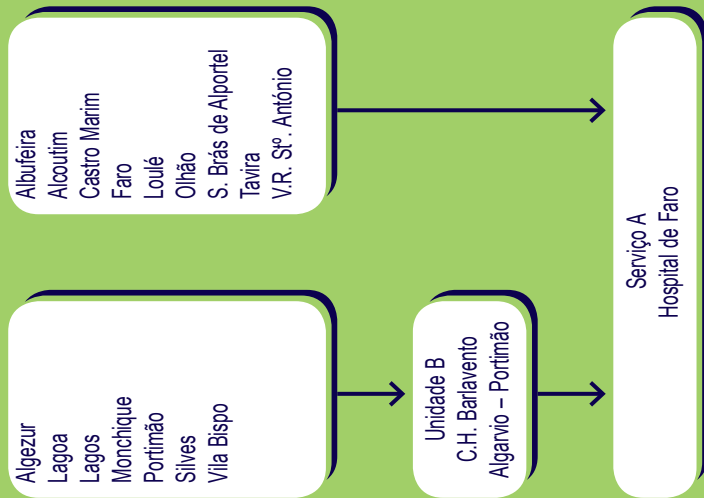


*Considerando-se como Hospital com Urgência Médico-Cirúrgica



REDE DE REFERENCIAÇÃO HOSPITALAR DE GASTROENTEROLOGIA

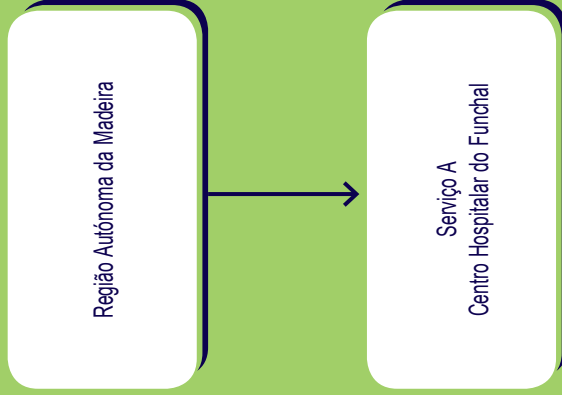
Região de Saúde do Algarve – Distrito de Faro (Concelhos)





REDE DE REFERENCIAÇÃO HOSPITALAR DE GASTROENTEROLOGIA

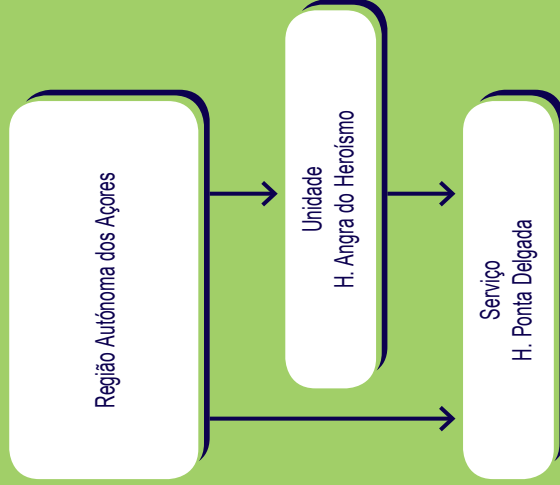
Região Autónoma da Madeira



Nota: Esta Arquitectura tem a concordância da Direcção Regional de Planeamento e Saúde Pública da R.A.M.



REDE DE REFERENCIAÇÃO HOSPITALAR DE GASTROENTEROLOGIA
Região Autónoma dos Açores



Nota: Foi ouvida a Direcção Regional da Saúde dos Açores

Gastrenterologia

