

SNS

CARDIOLOGIA



REDE DE REFERENCIAÇÃO HOSPITALAR DE CARDIOLOGIA 2023

Autores

As propostas de atualização das Redes de Referenciação Hospitalar de Cardiologia, Cardiologia Pediátrica e Cirurgia Cardíaca, foram elaboradas com base no trabalho do seguinte grupo:

- Dr. Rui Cruz Ferreira, Coordenador;
- Prof. Doutor Filipe Macedo, Coordenador do Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares (PNDCCV), da Direção-Geral da Saúde;
- Prof. Doutor António José Calhabrêis Fiarresga;
- Dr. Rui André Simões Nunes Rodrigues;
- Prof. Doutora Maria João Batista;
- Prof. Doutora Fátima Pinto;
- Prof. Doutor Miguel Sousa Uva;
- Dr. Paulo Pinho;

O apoio técnico à elaboração do presente documento foi assegurado pelos seguintes elementos:

- Dr.^a Ana Isabel Guerreiro, em representação da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS, IP);
- Dr.^a Susana Eusebio, ACSS, IP;
- Eng.^o Rui César das Neves (PNDCCV).

Índice

| | |
|--|-----------|
| I - Conceito de Rede de Referenciação | 6 |
| II - Impacto Epidemiológico das Doenças Cardiológicas em Portugal | 7 |
| III - A Especialidade de Cardiologia | 12 |
| Caracterização da Realidade da Cardiologia em Portugal Continental | 13 |
| A - Caracterização dos Centros/Serviços de Cardiologia | 13 |
| Características dos Centros de Cardiologia | 13 |
| Tipologia B2 - Centros Locais | 13 |
| Tipologia B1 - Centros Regionais | 14 |
| Tipologia A - Centros de Referência de Intervenção Estrutural | 14 |
| B - Características da Rede | 16 |
| Recursos Humanos | 16 |
| Por Região | 22 |
| Por Tipo de Hospital | 24 |
| Equipamentos | 29 |
| Por Região | 29 |
| Por Instituição | 30 |
| Por Centro de Referência | 30 |
| Entrada em Funcionamento novos centros 2023 | 31 |
| C - Desempenho da Rede | 32 |
| Consultas Externas | 32 |
| Total de Consultas | 27 |
| Totais Nacionais (Consultas da Especialidade de Cardiologia) | 42 |
| Consultas referenciadas via ALERT (CTH-Consulta a Tempo e horas) | 44 |
| Por Tipo de Hospital | 45 |
| Indicadores de Desempenho: Atividade indexada por ETC médicos | 54 |
| Indicadores de Desempenho: Atividade CTH indexada por ETC médicos | 57 |
| Internamentos | 60 |
| Por Tipo de Hospital | 60 |
| Totais Nacionais – Internamentos de Cardiologia | 67 |
| Indicadores de Desempenho: N° doentes saídos indexada por ETC médicos | 67 |
| IV – Interacção com os Cuidados Primários | 68 |

| | |
|--|------------|
| V – Enfarte Agudo do Miocárdio – Via Verde Coronária | 69 |
| Áreas Geográficas de Referenciação – Enfarte Agudo do Miocárdio | 74 |
| Registo Nacional do Enfarte do Miocárdio | 82 |
| | |
| VI – Insuficiência Cardíaca | 83 |
| Organização e Definição de Níveis de Cuidados | 84 |
| Nível 1 | 84 |
| Nível 2 | 85 |
| Nível 3 | 86 |
| | |
| VII - Intervenção Estrutural – Centros de Referência | 89 |
| Condições de funcionamento dos Centros de Referência | 90 |
| Evolução da atividade | 91 |
| | |
| VIII - Arritmologia / Electrofisiologia | 93 |
| Centros de Eletrofisiologia (Terapêuticas de Ablação) | 94 |
| | |
| IX - Hipertensão Arterial Pulmonar | 98 |
| | |
| X - Reabilitação Cardíaca | 99 |
| | |
| Arquitetura da Rede de Referenciação Hospitalar de Cardiologia – Situação Atual | 100 |
| | |
| ANEXO I - Registo Nacional do Enfarte Agudo do Miocárdio | 112 |
| Introdução | 113 |
| Fundamentação | 113 |
| 1. Benefícios dos Registos Clínicos | 113 |
| 1.1 Para o regulador e autoridades de Saúde Pública | 113 |
| 1.2 Para os clínicos e investigadores | 114 |
| 1.3 Para os doentes | 114 |
| 2. Experiência nacional | 114 |
| Elaboração | 114 |
| 1. Definição | 114 |
| 2. Objetivos | 114 |
| 2.1 Objetivos gerais | 115 |
| 2.2 Objetivos específicos | 115 |
| 3. Seleção de dados | 115 |
| 4. Colheita de dados | 116 |

| | |
|--|------------|
| 5. Armazenamento e propriedade dos dados | 116 |
| 6. Integração do registo com outros sistemas de informação de âmbito nacional | 116 |
| 7. Acesso aos dados | 117 |
| 8. Publicação periódica de resultados | 117 |
| 9. Integração com Sociedades Científicas e a Academia | 117 |
| 10. Questões legais e Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados | 117 |
| Implementação | 117 |
| 1. Grupo de trabalho | 117 |
| 2. Metodologia | 118 |
| 3. Cronograma | 118 |
| Conclusão | 118 |
| Bibliografia | 118 |
| ANEXO II - Planeamento Integrado de Alta Hospitalar: Impacto nos eventos clínicos | 120 |
| Resumo | 121 |
| Palavras-chave | 121 |
| Introdução | 121 |
| Objetivos | 122 |
| Métodos | 122 |
| Projeto PIAH | 122 |
| Análise de dados | 124 |
| Resultados | 124 |
| Discussão | 125 |
| Conclusões | 126 |
| Bibliografia | 126 |

I - Conceito de Rede de Referenciação

As Redes de Referenciação (RR) são sistemas organizativos através dos quais se pretende regular as relações de complementaridade e de apoio técnico entre todas as instituições de saúde, 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 interinstitucional.

Uma Rede de Referenciação (RR) 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 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 RR deve-se:

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

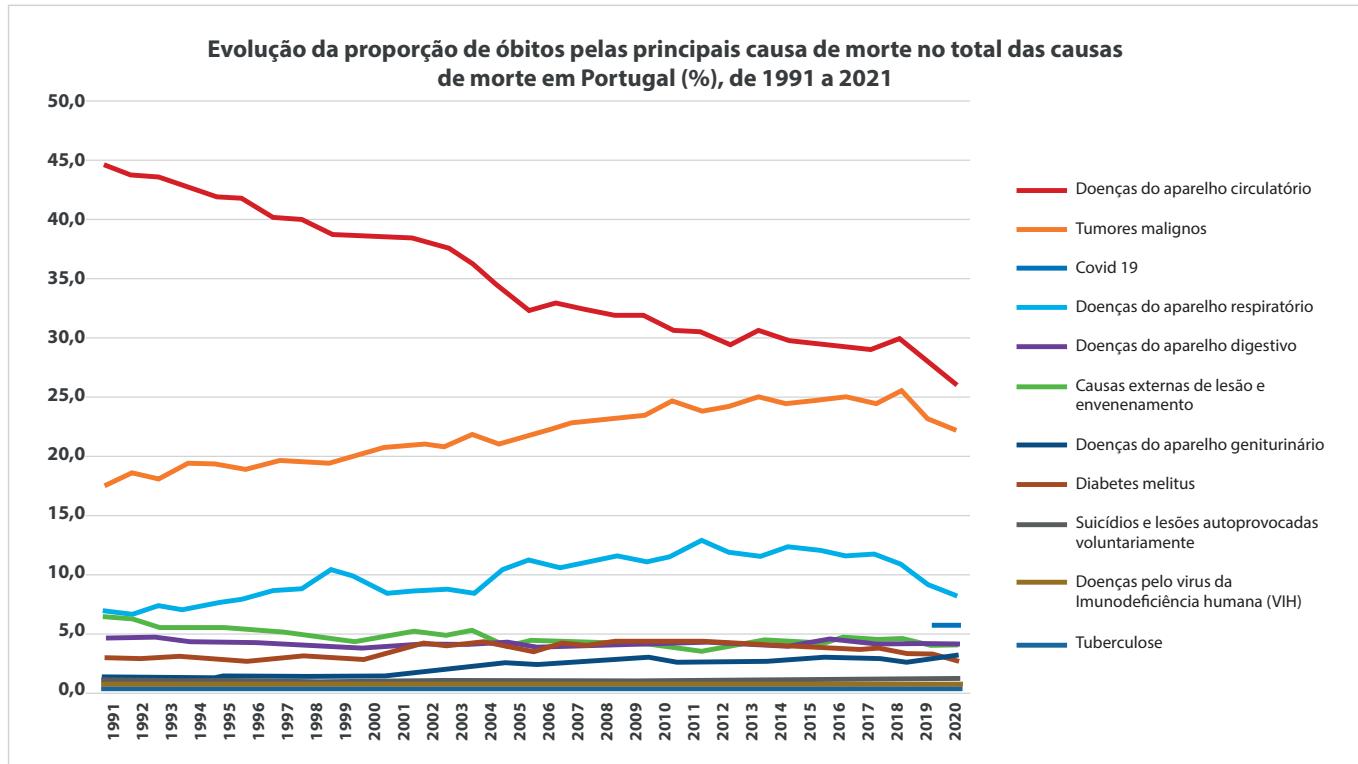
II - Impacto Epidemiológico das Doenças Cardiológicas em Portugal

As doenças do aparelho circulatório constituem a primeira causa de morte em Portugal, como em muitos outros países do mundo desenvolvido. Em 2021 foram responsáveis por 35 133 óbitos, correspondentes a 27,9% de todas as causas.

Mortalidade por causa de óbito (capítulo CID-10). 2020. Portugal

| Capítulo | [30/12/2019 a 03/01/2021] | | Linha de base | vs. linha de base ¹ | |
|--|---------------------------|------------|---------------|--------------------------------|---------------|
| | óbitos totais | % do total | | Var. absoluta | Var. relativa |
| IX: Diseases of the circulatory system | 35 133 | 27,9% | 30 738 | +4 395 | +14,3% |
| II: Neoplasms | 29 492 | 23,4% | 29 870 | -378 | -1,3% |
| X: Diseases of the respiratory system | 11 444 | 9,1% | 10 994 | +450 | +4,1% |
| XVIII: Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified | 7 423 | 5,9% | — | — | — |
| XXII: Codes for special purposes | 7 364 | 5,9% | — | — | — |
| V: Mental and behavioural disorders | 6 516 | 5,2% | 5 714 | +802 | +14,0% |
| IV: Endocrine, nutritional and metabolic diseases | 5 619 | 4,5% | 5 045 | +574 | +11,4% |
| XX: External causes of morbidity and mortality | 5 290 | 4,2% | 5 535 | -245 | -4,4% |
| XI: Diseases of the digestive system | 5 252 | 4,2% | 4 896 | +356 | +7,3% |
| VI: Diseases of the nervous system | 4 623 | 3,7% | 4 313 | +310 | +7,2% |
| XIV: Diseases of the genitourinary system | 3 840 | 3,1% | 3 319 | +521 | +15,7% |
| I: Certain infectious and parasitic diseases | 1 909 | 1,5% | 1 934 | -25 | -1,3% |
| Outro (< 1%) | 1 865 | 1,5% | — | — | — |
| Desconhecido | 2 | 0,0% | — | — | — |

¹ Diferenças entre os totais anuais observados e os definidos pelas linhas de base. Não são equivalentes à definição de «excesso de mortalidade». **Fonte:** SICO, maio, 2022



Fonte: Elaborado pela DSIA/DGS, 2023

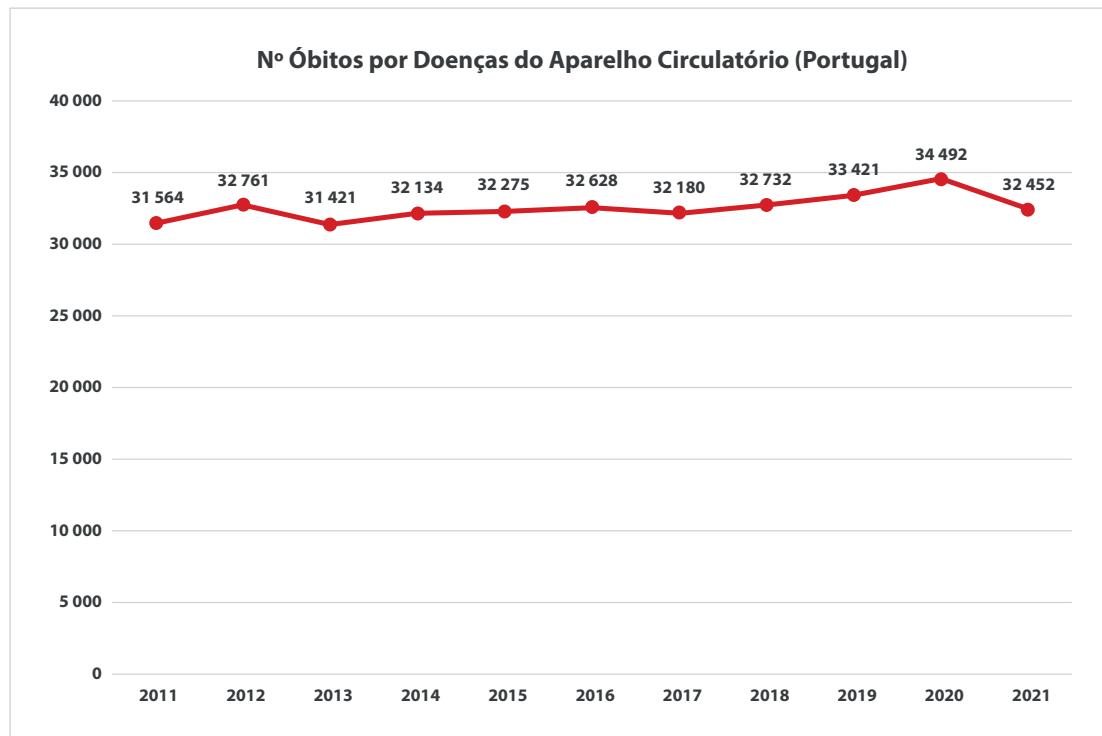
Nº Óbitos por Ano (Portugal/Continente)

| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|----------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Doenças do Aparelho Circulatório | 31.564 | 32.761 | 31.421 | 32.134 | 32.275 | 32.628 | 32.180 | 32.732 | 33.421 | 34.492 | 32.452 |
| Doenças Cerebrovasculares | 12.690 | 13.020 | 11.752 | 11.296 | 11.271 | 11.213 | 10.799 | 10.728 | 10.507 | 11.011 | 10.747 |
| Doença Isquémica Cardíaca | 6.582 | 6.605 | 6.526 | 6.966 | 6.853 | 6.887 | 6.861 | 6.816 | 6.665 | 6.445 | 6.299 |
| Enfarte Agudo do Miocárdio | 4.366 | 4.348 | 4.292 | 4.314 | 4.036 | 4.082 | 4.251 | 4.334 | 3.991 | 3.861 | 3.757 |

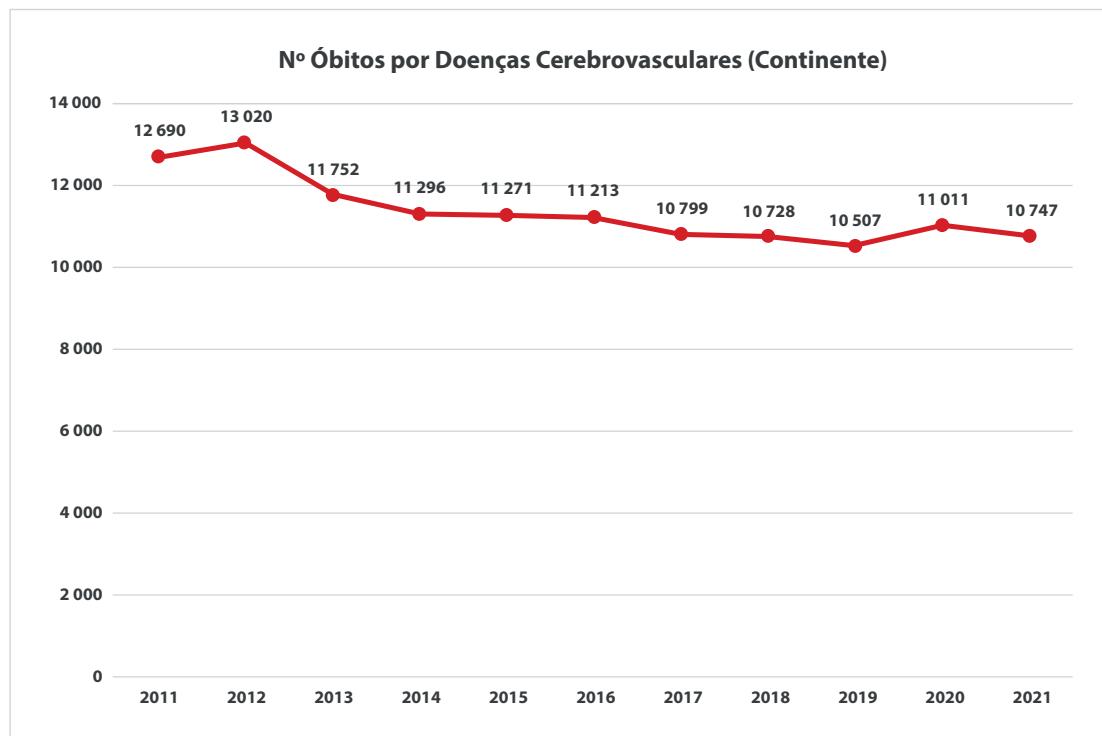
Fonte: Elaborado pela DSIA/DGS, 2023

Dentro das doenças do aparelho circulatório, existe um claro predomínio das doenças cerebrovasculares sendo o acidente vascular cerebral isquémico a maior causa de morte.

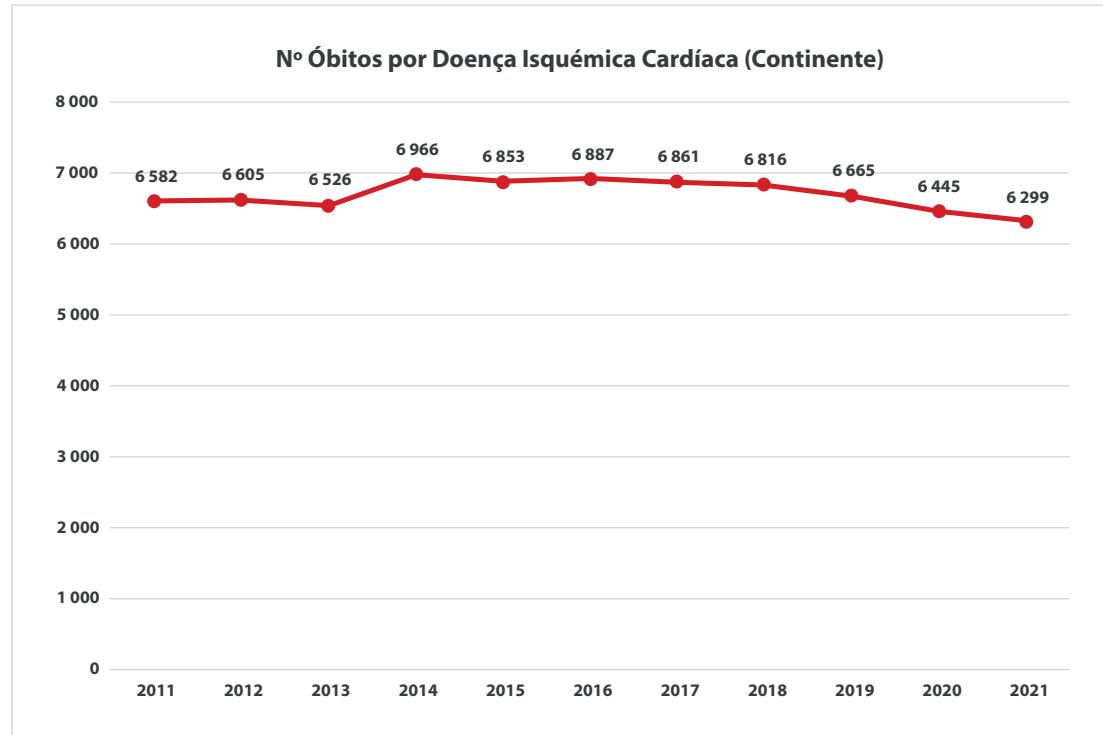
Deve ser salientado o impacto global da redução do nº de óbitos por enfarte agudo miocárdio, verificado na última década.



Fonte: Elaborado pela DSIA/DGS, 2023



Fonte: Elaborado pela DSIA/DGS, 2023



Fonte: Elaborado pela DSIA/DGS, 2023

A introdução da classificação CID-10 veio introduzir um conjunto de modificações, merecedora de uma análise mais aprofundada, que urge concretizar. O novo agrupamento em Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH) e a introdução do conceito de graus de gravidade clínica em cada um deles, modificou de forma significativa todas as avaliações da produção hospitalar, que começam a ter impacto nas análises longitudinais, embora sejam escassos os dados atualmente disponíveis. Um dimensão relevante é também a avaliação quer das causas de morte prematura (ocorrendo antes dos 70 anos), quer dos "QALY" ("Quality-Adjusted Life Year") como elementos quantificadores da carga de doença ("Disease Burden") alvo de vários estudos epidemiológicos que em larga medida foram recentemente subalternizados, face à premência da pandemia COVID-19, e cuja análise

transcede o âmbito deste projeto.

Esta escassez de dados analisáveis é particularmente relevante quando se considera a insuficiência cardíaca como manifestação clínica final de numerosas patologias e que constitui alvo de terapêuticas e intervenções fortemente consumidoras de recursos.

O envelhecimento da população é uma tendência omnipresente em todas as análises e que terá um impacto fortíssimo nas necessidades de cuidados de saúde nos próximos anos. A sua relevância é claramente evidenciável quando se analisam as idades médias dos óbitos de diferentes causas (tabela anexa).

| Média de Idade (anos) | | | | | |
|-------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Doença | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| Doenças do Aparelho Circulatório | 81,8 | 82,1 | 82,2 | 82,3 | 82,7 |
| Insuficiência Cardíaca | 86,5 | 86,4 | 86,6 | 86,8 | 87,0 |
| Doenças das Coronárias | 78,5 | 78,7 | 78,9 | 78,4 | 79,0 |
| Outras Doenças Cardíacas isquémicas | 79,6 | 79,7 | 80,2 | 79,7 | 80,4 |
| Síndromes Coronárias Agudas | 77,4 | 77,8 | 77,6 | 77,1 | 77,6 |

Fonte: Elaborado pela DSIA/DGS

III - A Especialidade de Cardiologia

A cardiologia é uma especialidade médica com patologia clínica específica, diversificada, com crescente índole invasiva e a exigir um corpo de conhecimento também específico. De entre as suas características clínicas ressalta a estreita ligação com a urgência médica.

A cardiologia apoia-se em várias técnicas de diagnóstico que requerem formação específica, com conhecimento amplo das indicações de utilização, execução e interpretação dos resultados. Comporta duas áreas de subespecialização reconhecidas pela Ordem dos Médicos: a Cardiologia de Intervenção e a Eletrofisiologia Invasiva. Qualquer uma delas tem associadas necessidades de equipamento pesado e consumo de dispositivos de elevado custo, merecendo um tratamento diferenciado. Possui ainda relação íntima com a cirurgia cardíaca, quer na sua forma eletiva, quer em urgência.

Nos últimos decénios, a par de grandes progressos no diagnóstico das doenças cardíacas (sobretudo com a introdução da ecocardiografia e a expansão das técnicas angiográficas), assistiu-se à introdução na terapêutica dum vasto conjunto de fármacos que revolucionaram o tratamento destes doentes, com uma significativa redução da morbilidade e mortalidade. As técnicas invasivas, baseadas no cateterismo cardíaco têm vindo a sofrer uma notável expansão, mediante o desenvolvimento de novos dispositivos e da engenharia de materiais, permitindo novos procedimentos para além da convencional angioplastia coronária.

A denominada intervenção estrutural, compreendendo um conjunto de técnicas como a

implantação de próteses valvulares percutâneas, a correção de regurgitações valvulares ou encerramento percutâneo de shunts, tem vindo a ganhar um peso crescente implicando a ampliação dos recursos disponíveis (salas de hemodinâmica, equipamentos de angio-TAC multicortes, ecocardiografia avançada) e um muito elevado investimento financeiro, condicionado pelo elevado preço dos dispositivos empregues.

Estes avanços motivaram um crescimento exponencial das necessidades de realização de exames de imagiologia de que é paradigma o crescimento da realização de Ressonância Magnética Cardíaca.

O nosso país tem acompanhado de perto esta evolução tecnológica, mediante um considerável esforço de investimento, estando hoje acessíveis à generalidade da população as mais sofisticadas técnicas. Contudo as exigências não param de crescer e deve haver forçosamente uma racionalidade expressa na estratégia de investimento em recursos humanos e tecnológicos.

Caracterização da Realidade da Cardiologia em Portugal Continental

A — Caracterização dos Centros/Serviços de Cardiologia

Características dos Centros de Cardiologia

TIPOLOGIA B2 - CENTROS LOCAIS:

São tipicamente centros periféricos com áreas de influência de âmbito distrital, de base populacional correspondendo a 150-300 mil habitantes.

Devem dispor de todas as técnicas diagnósticas de cardiologia não invasiva e apoiar o tratamento de proximidade dos doentes, enviados pelos médicos assistentes, que necessitem dos seus cuidados, assim como funcionar como consultoria para os hospitais de menor dimensão, da sua área de influência e que não tenham cardiologista.

Devem ter consulta externa e internamento para o que é necessário um quadro mínimo de quatro médicos cardiológistas.

A unidade deve ter acesso local a Electrocardiografia, Ecocardiografia, prova de esforço, Holter e colocação de pacemakers provisórios.

Deverão estar equipadas para realização de exames não invasivos:

- a) Ecocardiografia transtorácica/transesofágica;
- b) Provas de esforço;
- c) Monitorização ambulatória: registo Holter, MAPA.

Habitualmente não dispõem de laboratório de hemodinâmica, relacionando-se estreitamente com centros de referência, embora alguns casos disponham de equipamento radiológico de intensificadores de imagem, permitindo a realização de técnicas como *Pacing*.

Na maior parte das situações dispõem de cuidados

intensivos com carácter polivalente, com camas dedicadas a situações cardiológicas.

Exemplos de centros classificados atualmente com tipologia B2:

- Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E.
- Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, E.P.E.
- Hospital Santa Maria Maior, E.P.E.
- Instituto Português Oncologia do Porto, E.P.E.
- Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.
- Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E.
- Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.
- Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, E.P.E.
- Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.
- Hospital Dr. Francisco Zagalo
- Instituto Português Oncologia de Coimbra, E.P.E.
- Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.
- Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E.P.E.
- Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, E.P.E.
- Centro Hospitalar do Oeste, E.P.E.
- Centro Hospitalar Médio Tejo, E.P.E.
- Hospital de Loures, E.P.E.
- Hospital de Vila Franca de Xira, E.P.E.
- Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.
- Instituto Português Oncologia de Lisboa, E.P.E.
- Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E.
- Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E.P.E.

Na sua atividade deve ser dada uma particular relevância aos seguintes aspetos:

- a) Definição de circuitos e logística de referência de doentes para diagnóstico e tratamento invasivo, incluindo tratamento da fase aguda do EAM;
- b) Adequação de recursos humanos e materiais necessários;

TIPOLOGIA B1 - CENTROS REGIONAIS:

São centros regionais, cuja característica fundamental é a existência de Laboratório de Hemodinâmica, atuando como nós da rede de via verde coronária, para tratamento da fase aguda do enfarte do miocárdio.

Dispõem igualmente de capacidade de realização de técnicas não invasivas e de *Pacing* cardíaco. Deverão dispor de unidades de cuidados intensivos dedicadas a Cardiologia com cardiologistas em presença física 24/7, cuja atividade está em especialmente ligada ao apoio a montante e a jusante dos Laboratórios de Hemodinâmica e Angiografia.

Exemplos de centros classificados atualmente com tipologia B1:

- Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E.
- Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.
- Centro Hospitalar Universitário do Porto, E.P.E.
- Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, E.P.E.
- Hospital de Braga, E.P.E.
- Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E.
- Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E.
- Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E.
- Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
- Hospital Garcia de Orta, E.P.E.
- Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, E.P.E.
- Hospital Espírito Santo de Évora, E.P.E.
- Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E.

Estes centros deverão possuir capacidade formativa pelo que deverão cumprir os requisitos definidos para reconhecimento da sua idoneidade formativa, definidas pelo Colégio de Especialidade da Ordem dos Médicos (Direção do Colégio de

Cardiologia em junho de 2006) e que se resumem em seguida.

O Serviço de Cardiologia deve ter autonomia técnica e de direção e possuir um Quadro médico mínimo de 1 Chefe de Serviço e 8 a 10 Assistentes Hospitalares, inscritos no Colégio de Especialidade. O Serviço deverá ter lotação mínima de 20 camas e dispor de unidade de cuidados intensivos cardíacos com um mínimo de 6 camas (com capacidade de monitorização eletrocardiográfica e hemodinâmica). Deve estar equipado para a realização das técnicas de diagnóstico não invasivo (provas de esforço, monitorização ECG ambulatória, e ecocardiografia incluindo estudos transsesofágicos); ter equipamento para estudos cardiológicos invasivos (coronariografia, estudos hemodinâmicos e eletrofisiológicos).

Deve ter Consulta Externa própria.

Por fim, deve ter acesso a outros meios complementares de diagnóstico ou terapêuticos não específicos de Cardiologia, mas indispensáveis à mesma, tais como Patologia Clínica, Radiologia, Anatomia Patológica, Medicina Física e Reabilitação.

TIPOLOGIA A - CENTROS DE REFERÊNCIA DE INTERVENÇÃO ESTRUTURAL:

São os centros terciários, inseridos em instituições com Cirurgia Cardíaca. O Serviço de Cardiologia deve ter autonomia técnica e de direção e possuir um Quadro médico mínimo de 1 Chefe de Serviço e um mínimo de 12 Assistentes Hospitalares, inscritos no Colégio de Especialidade e Subespecialidades respetivas (Cardiologia de Intervenção e Eletrofisiologia Cardíaca).

Nestes centros deverá ser uma preocupação determinante do seu planeamento a manutenção de volumes de procedimentos adequados à

manutenção de níveis adequados de qualidade; Os Laboratórios de Hemodinâmica e Angiografia deverão ter uma configuração multifuncional facilitadora da integração da atividade de diferentes especialidades baseadas nas técnicas percutâneas e endovasculares, de forma a gerar sinergias de conhecimento e otimização de recursos humanos e materiais.

Técnicas invasivas diferenciadas que deverão ser exclusivamente efetuadas em Centros com Tipologia A:

- Intervenção coronária percutânea eletiva com probabilidade de suporte circulatório em doentes candidatos a assistência ventricular de destino ou transplante cardíaco;
- Intervenção percutânea para tratamento de cardiopatias congénitas do adulto;
- Intervenção valvular percutânea Aórtica, Mitral, Tricúspide e Pulmonar.

De acordo com a *leges artis* e com as normas da DGS em vigor, as atividades de intervenção estrutural devem estar concentradas nos Centros com Tipologia A, obrigatoriamente associados à existência de uma *heart team*, cirurgia cardíaca *on site* e condições específicas para o seu reconhecimento. Estas serão as condições ideais, para assegurar os melhores resultados clínicos e a otimização do custo-efetividade dos procedimentos, e sendo nossas propostas:

1. O desenvolvimento do potencial operativo dos 6 Centros com Tipologia A deve ser uma primeira prioridade na resposta às crescentes solicitações para a realização dos procedimentos atrás elencados, com a disponibilização de meios logísticos e recursos humanos, variáveis de Centro para Centro, de acordo com uma auscultação ou inquérito a todos eles e com tempos de execução

bem definidos;

2. Em simultâneo deve ser desenvolvida, tal como existe para a Cirurgia Cardíaca, uma Lista de Espera oficial para os diversos procedimentos, validada clinicamente em reunião de *heart team*;

3. Só deverá ser considerada a realização de procedimentos de intervenção estrutural atrás referidos em Centros tipo B1, na incapacidade de resposta dos Centros com Tipologia A demonstrada após a otimização da sua atividade, objetivamente identificada; e deverá ser realizada em parceria com um Centro de Tipologia A de forma estruturada com protocolos de colaboração que permitam a discussão multidisciplinar em *heart team*, a formação e acompanhamento das curvas de aprendizagem, a identificação e referenciação dos doentes complexos, a existência organizada de meios de suporte circulatório e cirúrgico.

Centros com Tipologia A:

- Centro Hospitalar Universitário São João, E.P.E.
- Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE – Hospital Eduardo Santos Silva
- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.
- Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE – Hospital de Santa Cruz
- Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, EPE – Hospital de Santa Marta
- Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, EPE – Hospital de Santa Maria

B — Características da Rede

Recursos Humanos

Apresentam-se listagens do número de médicos existentes e atendendo à existência de situações de horários reduzidos, a respetiva distribuição em equivalentes de tempo completo (ETC) que pressupõe como unidade 35h/semanais de atividade.

| Médicos (n) | | | |
|---|------------|------------|------------|
| ARS / Instituição Hospitalar | 2019 | 2020 | 2022 |
| ARS do Norte | 172 | 189 | 200 |
| Centro Hospitalar Universitário S. João, E.P.E. | 33 | 35 | 37 |
| Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E. | 24 | 27 | 27 |
| Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E. | 12 | 13 | 16 |
| Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E. | 18 | 21 | 24 |
| Centro Hospitalar Universitário do Porto, E.P.E. | 23 | 23 | 24 |
| Hospital de Braga, E.P.E. | 19 | 17 | 18 |
| Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E. | 4 | 4 | 4 |
| Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, E.P.E. | 7 | 9 | 11 |
| Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, E.P.E. | 13 | 16 | 17 |
| Hospital Santa Maria Maior, E.P.E. | 3 | 3 | 3 |
| Instituto Português Oncologia do Porto, E.P.E. | 3 | 3 | 3 |
| Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E. | 7 | 11 | 10 |
| Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E. | 4 | 5 | 5 |
| Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E. | 2 | 2 | 1 |
| ARS do Centro | 96 | 98 | 98 |
| Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E. | 38 | 40 | 42 |
| Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E. | 12 | 11 | 13 |
| Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E. | 12 | 13 | 15 |
| Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E. | 13 | 14 | 14 |
| Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, E.P.E. | 6 | 6 | 6 |
| Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E. | 2 | 3 | 2 |
| Hospital Dr. Francisco Zagalo | 1 | 1 | 1 |
| Instituto Português Oncologia de Coimbra, E.P.E. | 2 | 2 | 2 |
| Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E. | 6 | 5 | 2 |
| Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E.P.E. | 4 | 3 | 1 |
| ARS de Lisboa e Vale do Tejo | 173 | 185 | 199 |
| Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. | 37 | 40 | 43 |
| Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, E.P.E. | 41 | 42 | 42 |
| Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, E.P.E. | 24 | 25 | 24 |
| Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. | 15 | 16 | 17 |
| Hospital Garcia de Orta, E.P.E. | 15 | 16 | 18 |
| Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, E.P.E. | 17 | 18 | 17 |

| | | | |
|--|------------|------------|------------|
| Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, E.P.E. | 9 | 9 | 5 |
| Centro Hospitalar do Oeste, E.P.E. | 4 | 5 | 3 |
| Centro Hospitalar Médio Tejo, E.P.E. | 3 | 6 | 7 |
| Hospital de Loures, E.P.E. | 0 | 0 | 5 |
| Hospital de Vila Franca de Xira, E.P.E. | 0 | 0 | 8 |
| Hospital Distrital de Santarém, E.P.E. | 6 | 6 | 8 |
| Instituto Português Oncologia de Lisboa, E.P.E. | 2 | 2 | 2 |
| ARS do Alentejo | 15 | 15 | 15 |
| Hospital Espírito Santo de Évora, E.P.E. | 13 | 12 | 12 |
| Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E. | 2 | 2 | 2 |
| Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E.P.E. | 0 | 1 | 1 |
| ARS do Algarve | 12 | 13 | 13 |
| Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E. | 12 | 13 | 13 |
| Total | 468 | 500 | 525 |

Fonte: ACSS, 2023

| ETC Médicos | | | |
|---|--------------|--------------|--------------|
| ARS / Instituição Hospitalar | 2019 | 2020 | 2022 |
| ARS do Norte | 160,0 | 176,6 | 185,7 |
| Centro Hospitalar Universitário S. João, E.P.E. | 28,0 | 30,4 | 31,0 |
| Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E. | 22,5 | 25,5 | 25,5 |
| Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E. | 11,9 | 12,9 | 15,8 |
| Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E. | 17,1 | 20,0 | 23,0 |
| Centro Hospitalar Universitário do Porto, E.P.E. | 22,2 | 22,4 | 23,4 |
| Hospital de Braga, E.P.E. | 18,9 | 16,9 | 17,9 |
| Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E. | 3,5 | 3,5 | 3,5 |
| Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, E.P.E. | 6,5 | 8,6 | 10,0 |
| Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, E.P.E. | 12,6 | 15,6 | 16,6 |
| Hospital Santa Maria Maior, E.P.E. | 2,0 | 2,0 | 2,0 |
| Instituto Português Oncologia do Porto, E.P.E. | 2,6 | 2,6 | 2,6 |
| Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E. | 7,1 | 10,8 | 10,1 |
| Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E. | 3,2 | 3,6 | 3,6 |
| Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E. | 2,0 | 2,0 | 1,0 |
| ARS do Centro | 86,5 | 88,7 | 92,6 |
| Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E. | 35,0 | 37,0 | 39,1 |
| Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E. | 11,6 | 10,6 | 12,6 |
| Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E. | 11,9 | 12,8 | 14,8 |
| Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E. | 11,7 | 12,7 | 13,1 |
| Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, E.P.E. | 5,9 | 6,0 | 6,0 |
| Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E. | 0,9 | 1,9 | 1,3 |
| Hospital Dr. Francisco Zagalo | 1,0 | 1,0 | 1,0 |
| Instituto Português Oncologia de Coimbra, E.P.E. | 2,0 | 2,0 | 2,0 |
| Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E. | 3,2 | 2,2 | 2,0 |
| Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E.P.E. | 3,5 | 2,6 | 0,9 |

| ARS de Lisboa e Vale do Tejo | 154,1 | 167,1 | 181,8 |
|---|--------------|--------------|--------------|
| Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. | 33,4 | 36,3 | 39,9 |
| Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, E.P.E. | 35,9 | 37,8 | 39,2 |
| Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, E.P.E. | 21,2 | 23,1 | 22,5 |
| Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. | 13,7 | 14,5 | 15,7 |
| Hospital Garcia de Orta, E.P.E. | 13,4 | 14,4 | 16,4 |
| Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, E.P.E. | 14,3 | 15,3 | 15,1 |
| Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, E.P.E. | 8,6 | 8,3 | 4,5 |
| Centro Hospitalar do Oeste, E.P.E. | 3,8 | 4,8 | 2,9 |
| Centro Hospitalar Médio Tejo, E.P.E. | 2,8 | 5,6 | 6,3 |
| Hospital de Loures, E.P.E. | 0,0 | 0,0 | 3,4 |
| Hospital de Vila Franca de Xira, E.P.E. | 0,0 | 0,0 | 7,0 |
| Hospital Distrital de Santarém, E.P.E. | 5,4 | 5,4 | 7,2 |
| Instituto Português Oncologia de Lisboa, E.P.E. | 1,8 | 1,8 | 1,8 |
| ARS do Alentejo | 12,4 | 13,1 | 13,6 |
| Hospital Espírito Santo de Évora, E.P.E. | 10,7 | 10,9 | 11,4 |
| Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E. | 1,8 | 1,8 | 1,8 |
| Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E.P.E. | 0,0 | 0,5 | 0,5 |
| ARS do Algarve | 10,5 | 11,4 | 11,4 |
| Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E. | 10,5 | 11,4 | 11,4 |
| Total | 423,5 | 457,0 | 485,2 |

Fonte: ACSS, 2023

| Nº Internos | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|
| ARS / Instituição Hospitalar | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
| ARS do Norte | 48 | 45 | 51 | 54 |
| Centro Hospitalar Universitário S. João, E.P.E. | 14 | 11 | 14 | 15 |
| Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E. | 9 | 8 | 9 | 10 |
| Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E. | 4 | 4 | 5 | 5 |
| Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E. | 5 | 5 | 5 | 5 |
| Centro Hospitalar Universitário do Porto, E.P.E. | 6 | 5 | 5 | 5 |
| Hospital de Braga, E.P.E. | 6 | 7 | 7 | 9 |
| Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E. | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, E.P.E. | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, E.P.E. | 4 | 5 | 6 | 5 |
| Hospital Santa Maria Maior, E.P.E. | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Instituto Português Oncologia do Porto, E.P.E. | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E. | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E. | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E. | 0 | 0 | 0 | 0 |

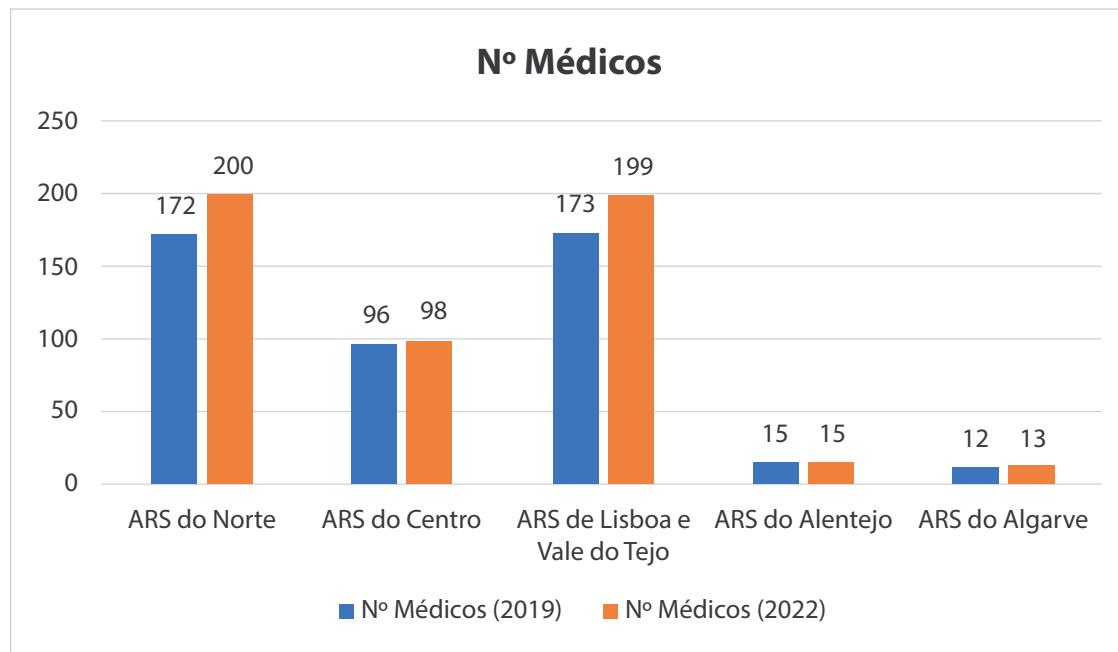
| ARS do Centro | 32 | 32 | 33 | 36 |
|---|------------|------------|------------|------------|
| Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E. | 18 | 18 | 18 | 19 |
| Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E. | 5 | 5 | 5 | 6 |
| Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E. | 5 | 5 | 5 | 5 |
| Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E. | 4 | 4 | 5 | 6 |
| Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, E.P.E. | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E. | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Hospital Dr. Francisco Zagalo | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Instituto Português Oncologia de Coimbra, E.P.E. | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E. | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E.P.E. | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ARS de Lisboa e Vale do Tejo | 65 | 67 | 75 | 79 |
| Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. | 14 | 13 | 14 | 13 |
| Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, E.P.E. | 13 | 13 | 15 | 17 |
| Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, E.P.E. | 13 | 13 | 14 | 16 |
| Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. | 5 | 5 | 6 | 6 |
| Hospital Garcia de Orta, E.P.E. | 6 | 6 | 6 | 7 |
| Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, E.P.E. | 5 | 7 | 7 | 8 |
| Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, E.P.E. | 4 | 5 | 5 | 5 |
| Hospital de Vila Franca de Xira, E.P.E. | 0 | 0 | 3 | 2 |
| Hospital Distrital de Santarém, E.P.E. | 5 | 5 | 5 | 5 |
| Instituto Português Oncologia de Lisboa, E.P.E. | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ARS do Alentejo | 5 | 5 | 5 | 6 |
| Hospital Espírito Santo de Évora, E.P.E. | 5 | 5 | 5 | 6 |
| Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E. | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E.P.E. | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ARS do Algarve | 6 | 5 | 4 | 5 |
| Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E. | 6 | 5 | 4 | 5 |
| Total | 156 | 154 | 168 | 180 |

Fonte: ACSS, 2023

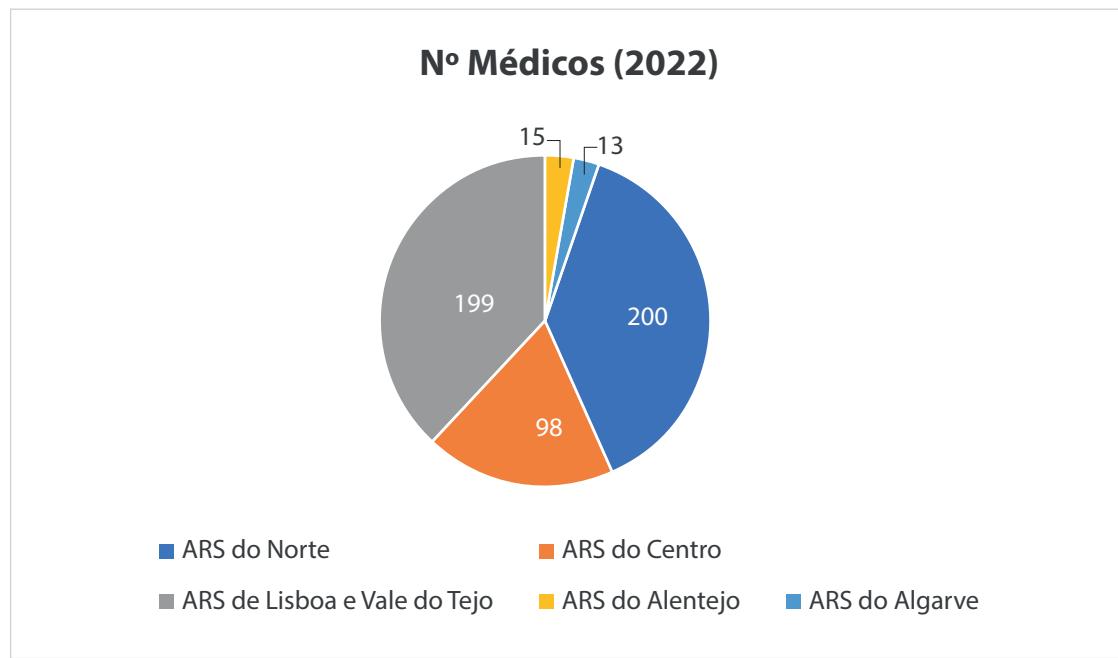
| ETC Internos | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|
| ARS / Instituição Hospitalar | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
| ARS do Norte | 48,0 | 45,0 | 51,0 | 54,0 |
| Centro Hospitalar Universitário S. João, E.P.E. | 14,0 | 11,0 | 14,0 | 15,0 |
| Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E. | 9,0 | 8,0 | 9,0 | 10,0 |
| Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E. | 4,0 | 4,0 | 5,0 | 5,0 |
| Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E. | 5,0 | 5,0 | 5,0 | 5,0 |
| Centro Hospitalar Universitário do Porto, E.P.E. | 6,0 | 5,0 | 5,0 | 5,0 |
| Hospital de Braga, E.P.E. | 6,0 | 7,0 | 7,0 | 9,0 |
| Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E. | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, E.P.E. | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, E.P.E. | 4,0 | 5,0 | 6,0 | 5,0 |
| Hospital Santa Maria Maior, E.P.E. | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Instituto Português Oncologia do Porto, E.P.E. | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E. | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E. | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E. | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| ARS do Centro | 32,0 | 32,0 | 33,0 | 36,0 |
| Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E. | 18,0 | 18,0 | 18,0 | 19,0 |
| Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E. | 5,0 | 5,0 | 5,0 | 6,0 |
| Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E. | 5,0 | 5,0 | 5,0 | 5,0 |
| Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E. | 4,0 | 4,0 | 5,0 | 6,0 |
| Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, E.P.E. | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E. | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Hospital Dr. Francisco Zagalo | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Instituto Português Oncologia de Coimbra, E.P.E. | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E. | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E.P.E. | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| ARS de Lisboa e Vale do Tejo | 65,0 | 67,0 | 75,0 | 79,0 |
| Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. | 14,0 | 13,0 | 14,0 | 13,0 |
| Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, E.P.E. | 13,0 | 13,0 | 15,0 | 17,0 |
| Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, E.P.E. | 13,0 | 13,0 | 14,0 | 16,0 |
| Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. | 5,0 | 5,0 | 6,0 | 6,0 |
| Hospital Garcia de Orta, E.P.E. | 6,0 | 6,0 | 6,0 | 7,0 |
| Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, E.P.E. | 5,0 | 7,0 | 7,0 | 8,0 |
| Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, E.P.E. | 4,0 | 5,0 | 5,0 | 5,0 |
| Centro Hospitalar do Oeste, E.P.E. | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Centro Hospitalar Médio Tejo, E.P.E. | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Hospital de Loures, E.P.E. | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Hospital de Vila Franca de Xira, E.P.E. | 0,0 | 0,0 | 3,0 | 2,0 |
| Hospital Distrital de Santarém, E.P.E. | 5,0 | 5,0 | 5,0 | 5,0 |
| Instituto Português Oncologia de Lisboa, E.P.E. | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |

| ARS do Alentejo | 5,0 | 5,0 | 5,0 | 6,0 |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Hospital Espírito Santo de Évora, E.P.E. | 5,0 | 5,0 | 5,0 | 6,0 |
| Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E. | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E.P.E. | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| ARS do Algarve | 6,0 | 5,0 | 4,0 | 5,0 |
| Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E. | 6,0 | 5,0 | 4,0 | 5,0 |
| Total | 156,0 | 154,0 | 168,0 | 180,0 |

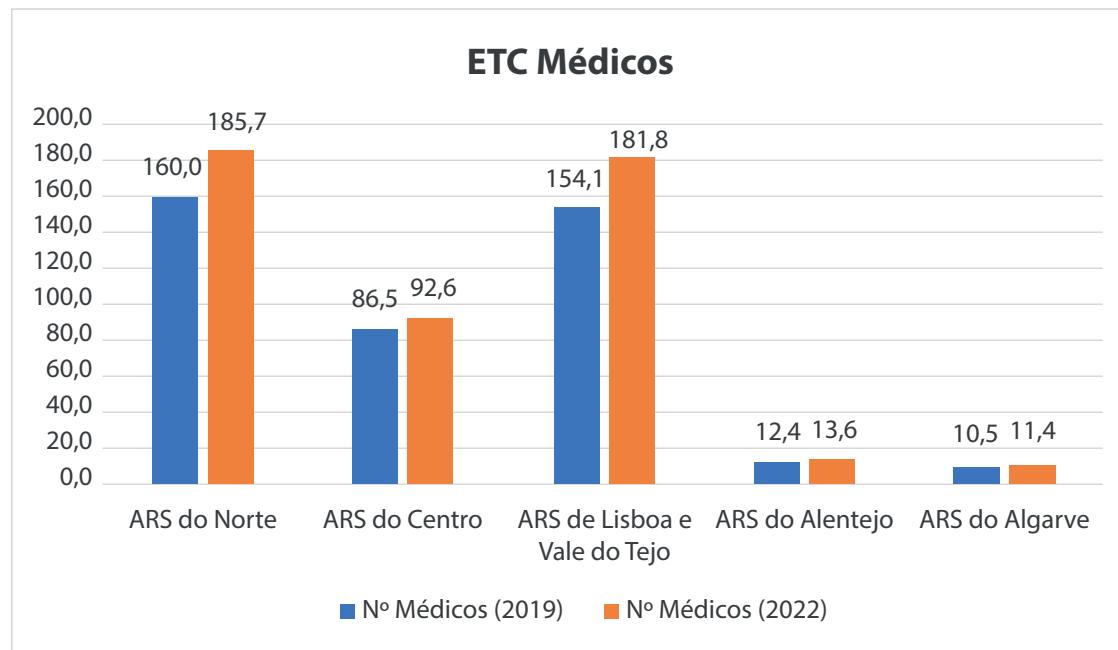
Fonte: ACSS, 2023

Por Região

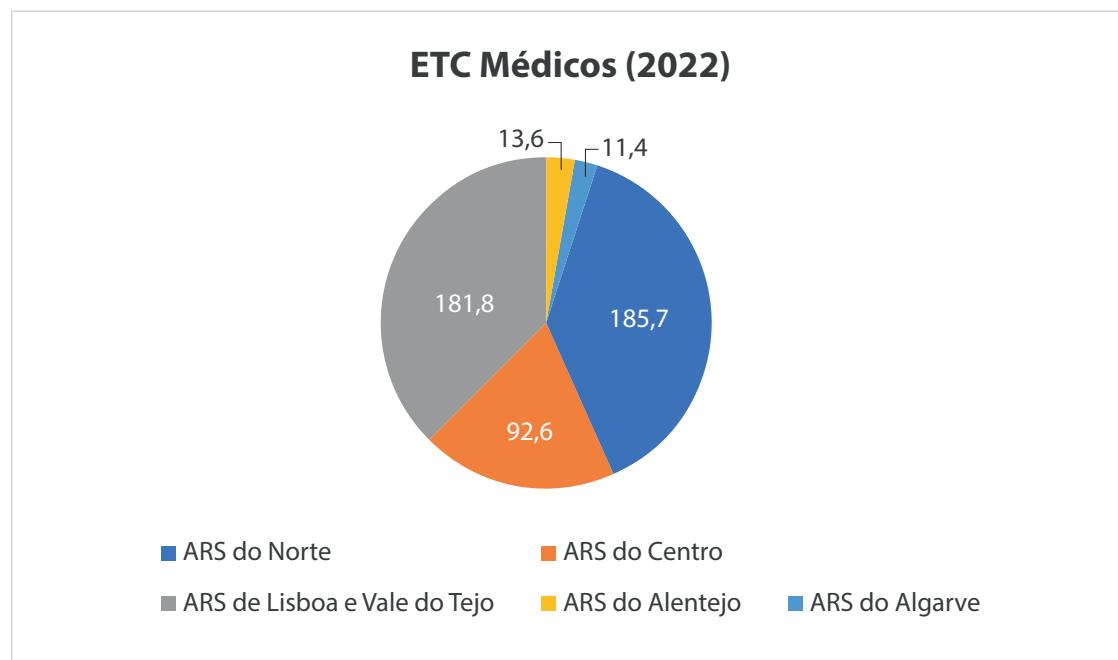
Fonte: ACSS, 2023



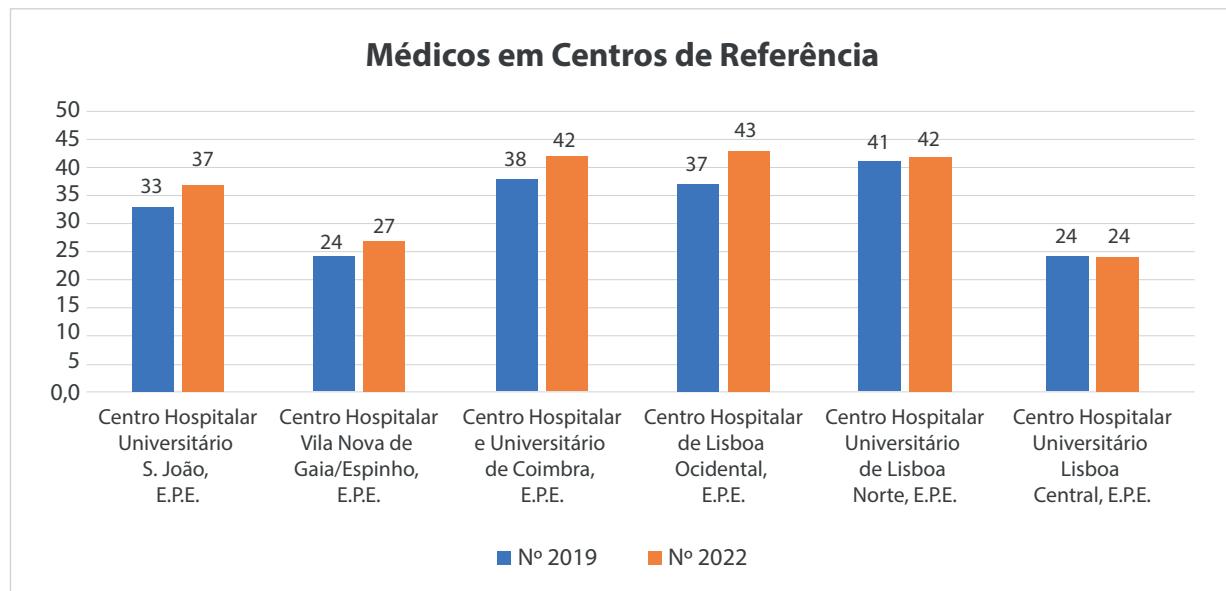
Fonte: ACSS, 2023



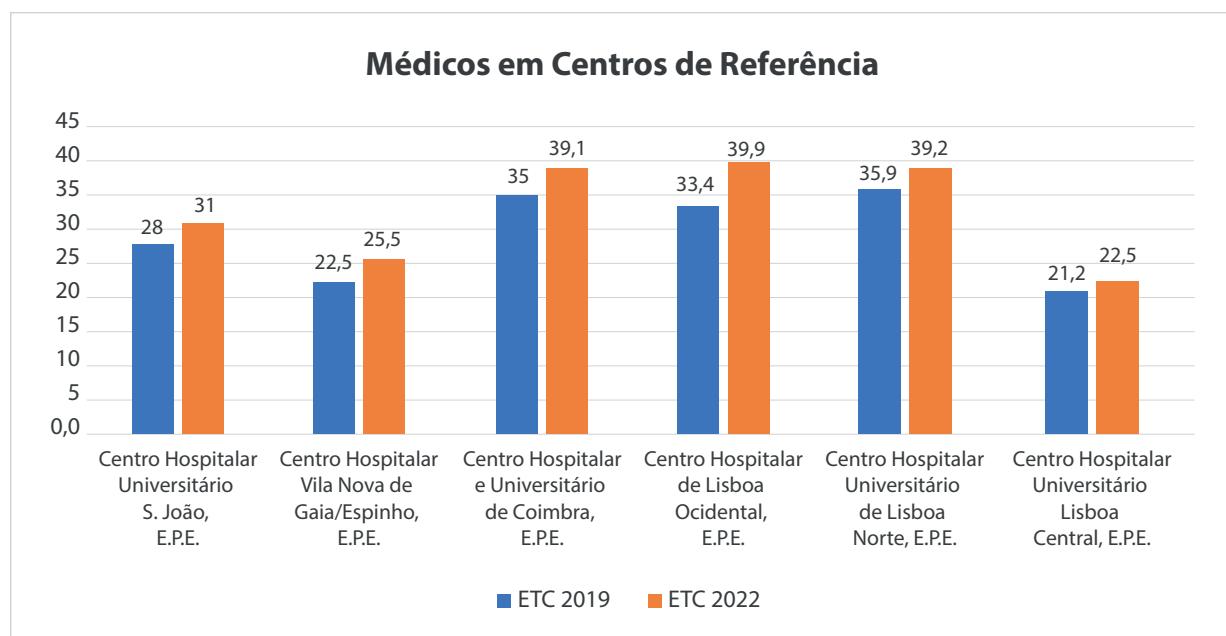
Fonte: ACSS, 2023



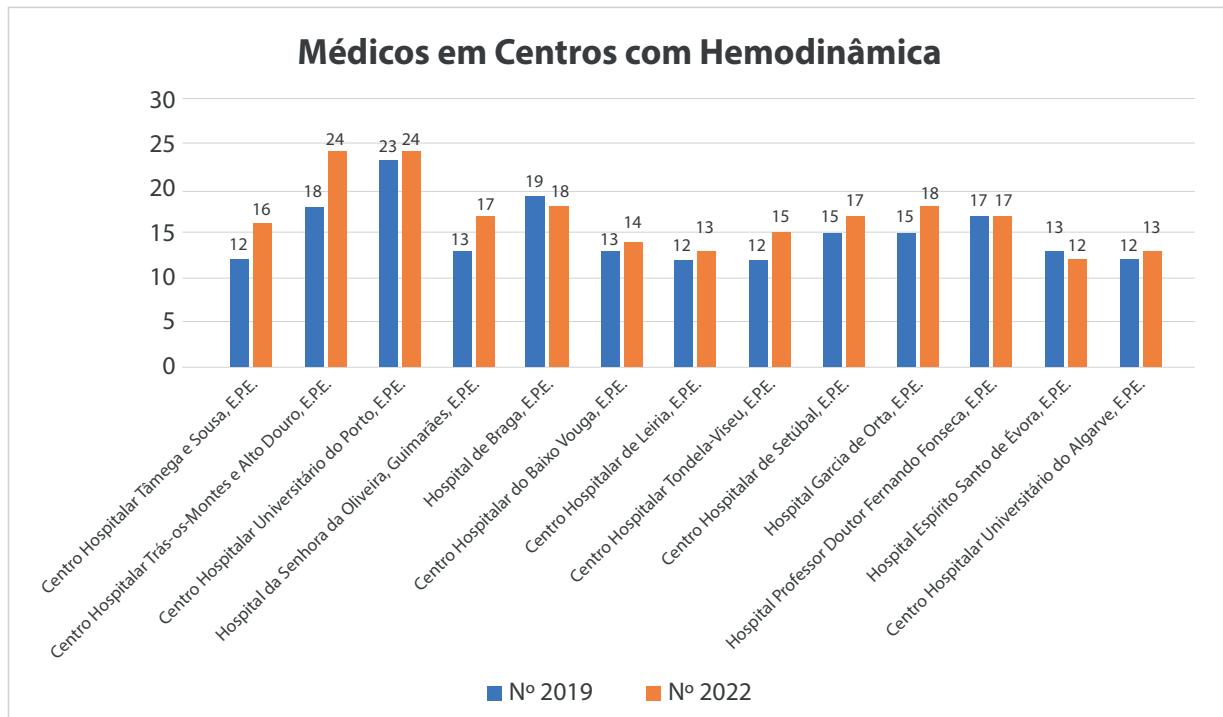
Fonte: ACSS, 2023

Por Tipo de Hospital

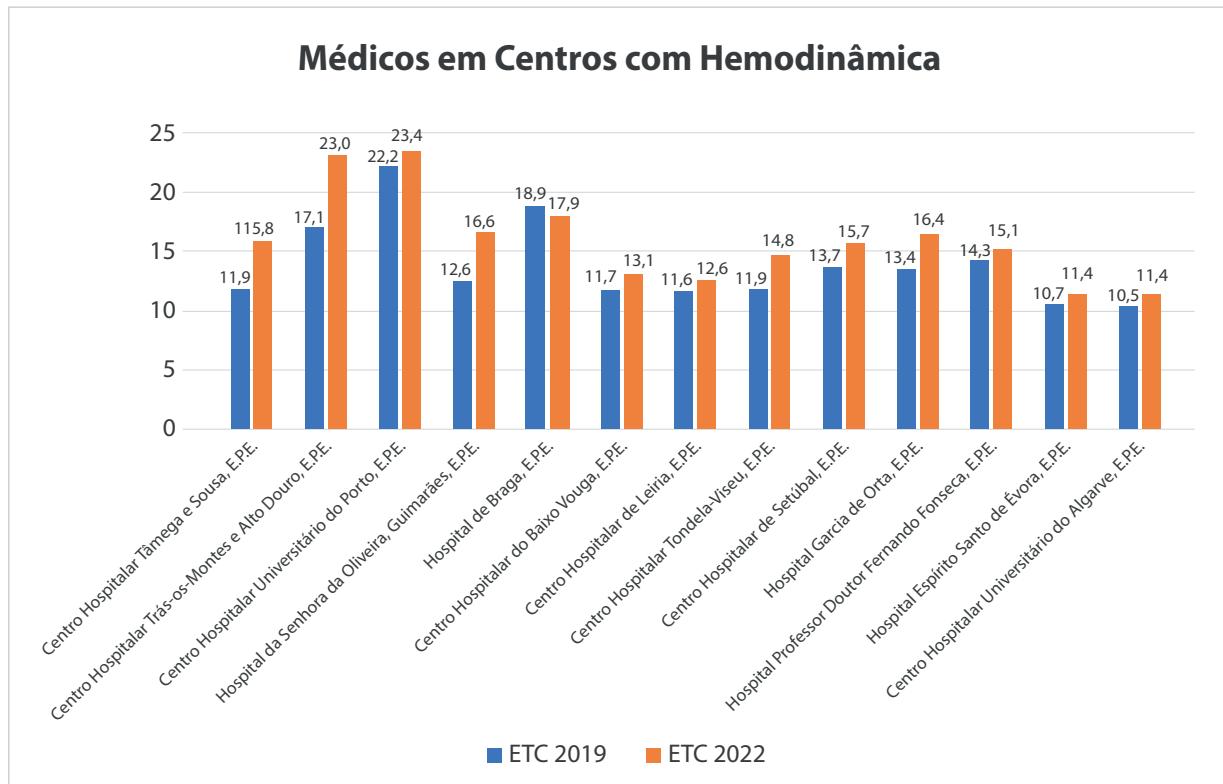
Fonte: ACSS, 2023



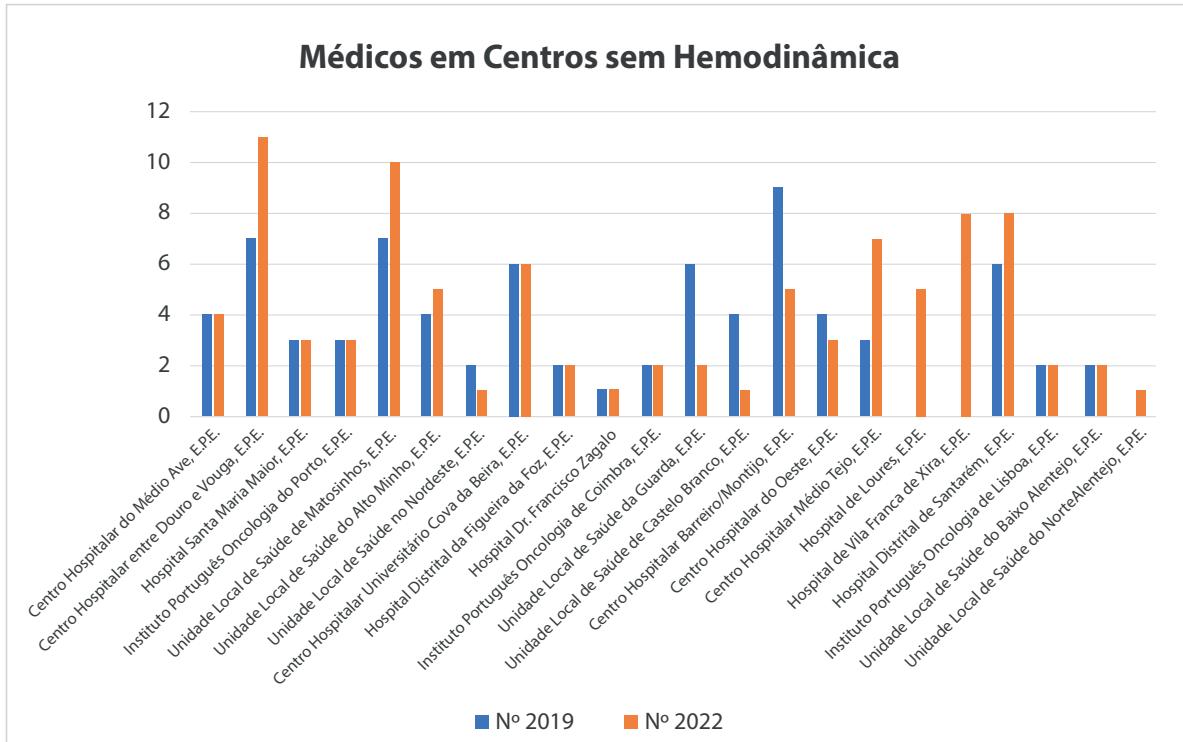
Fonte: ACSS, 2023



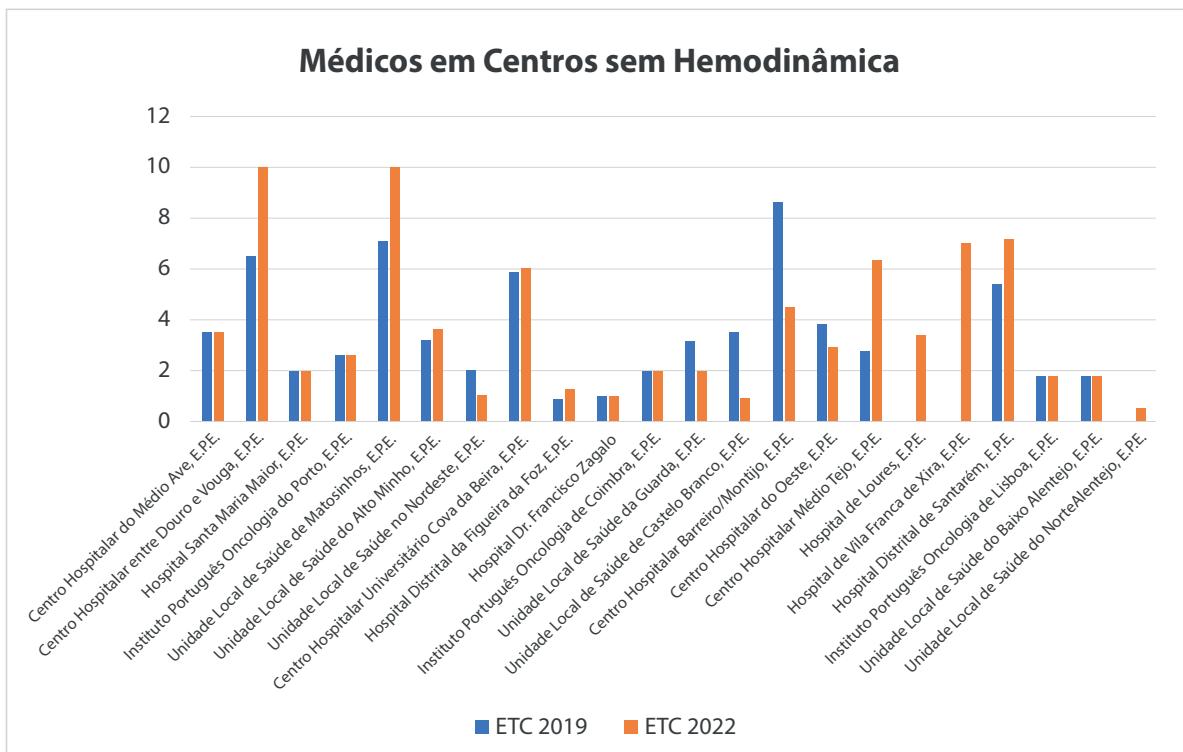
Fonte: ACSS, 2023



Fonte: ACSS, 2023



Fonte: ACSS, 2023



Fonte: ACSS, 2023

Como conclusão da análise dos dados anteriormente apresentados, pode concluir-se que globalmente não há carência de médicos da especialidade de Cardiologia. Existem exceções que requerem uma atenção particularizada: ULS Guarda, ULS Castelo Branco, ULS Nordeste, e regiões do Alentejo e Algarve.

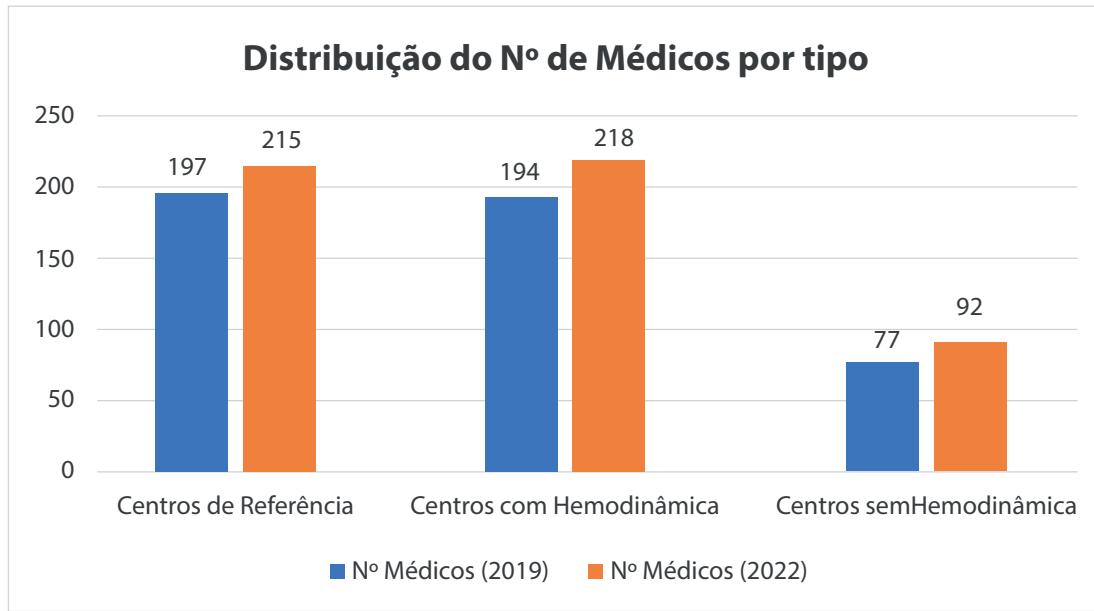
Verificou-se de uma forma global a substituição dos elementos que saíram (aposentações e outras causas) por elementos mais novos. Existe também um número de internos em formação que garante a continuidade dessa renovação para os próximos anos, desde que mantida a capacidade de captação do Serviço Nacional de Saúde.

É importante salientar que têm surgido novas necessidades decorrentes da generalização de novas técnicas, como as de imagiologia, carecendo de formações muito específicas. O novo regime de contratação, conferindo maior autonomia às diferentes instituições apresenta inegáveis vantagens neste domínio.

As grandes carências em recursos humanos em algumas regiões como a de Lisboa e Vale do Tejo, verificam-se ao nível das carreiras de enfermagem e de técnicos de saúde, de que não dispomos de elementos para quantificar, de forma sistematizada.

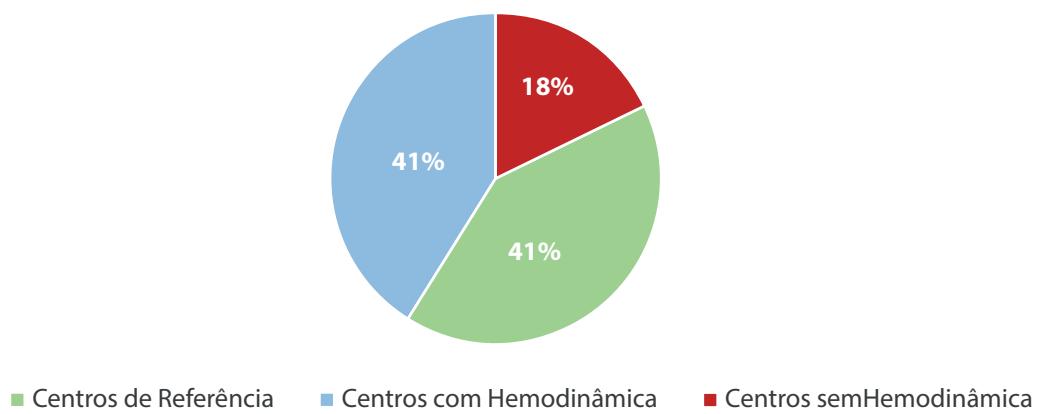
| | Distribuição do Nº de Médicos por Tipo | | |
|---------------------------------|--|-------------------|--------------|
| | Nº Medicos (2019) | Nº Medicos (2022) | % Var. |
| Centros de Referência | 197 | 215 | 9,1% |
| Centros com Hemodinâmica | 194 | 218 | 12,4% |
| Centros sem Hemodinâmica | 77 | 92 | 19,5% |
| Total | 468 | 525 | 12,2% |

Fonte: ACSS, 2023



Fonte: ACSS, 2023

Distribuição do Nº de Médicos por tipo(2022)



Fonte: ACSS, 2023

Equipamentos

Classicamente a análise dos equipamentos pesados, englobados no regime definido pela Portaria 95/95 tem sido focada nas salas de hemodinâmica/angiografia, que se apresenta na tabela abaixo.

Contudo de uma forma crescente verifica-se uma carência generalizada em equipamentos de Tomografia Computerizada multicorte (possibilitando realização de angio-TAC das

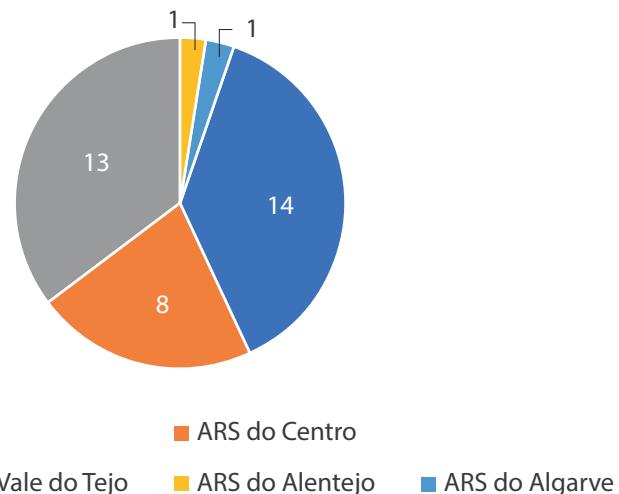
coronárias) e Ressonância Magnética Cardíaca. A participação do cardiologista diferenciado nestas técnicas imagiológicas cardíacas é essencial, e o benefício da cooperação multidisciplinar com a especialidade de Radiologia é também reconhecido. Consideramos ser relevante realizar um levantamento exaustivo dos equipamentos nestas áreas e um adequado planeamento das necessidades futuras.

Por Região

| Região | Nº Angiógrafos |
|---------------------------|----------------|
| ARS Norte | 14 |
| ARS Centro | 8 |
| ARS Lisboa e Vale do Tejo | 13 |
| ARS Alentejo | 1 |
| ARS Algarve | 1 |
| Total | 37 |

Fonte: ACSS, 2023

Nº Angiógrafos



Fonte: ACSS, 2023

Por Instituição

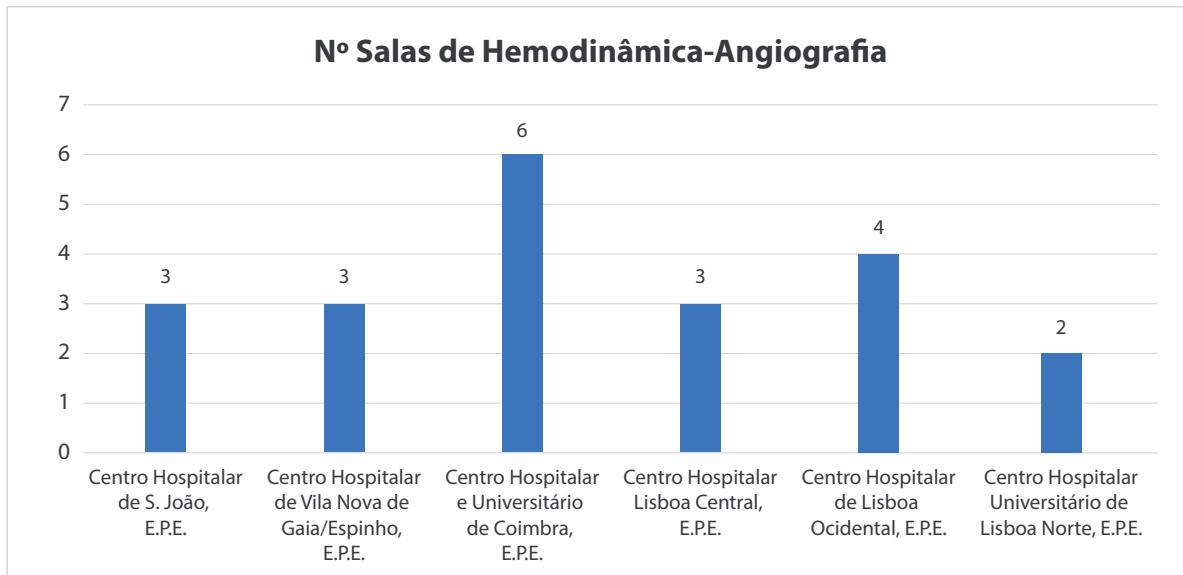
| Instituição | Nº Angiógrafos |
|--|----------------|
| Centro Hospitalar de São João, E.P.E. | 3 |
| Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E. | 3 |
| Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E. | 1 |
| Centro Hospitalar do Porto, E.P.E. | 2 |
| Hospital de Braga, E.P.E. | 1 |
| Hospital da Senhora da Oliveira - Guimarães, E.P.E. | 2 |
| Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E. | 6 |
| Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E. | 1 |
| Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E. | 1 |
| Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E. | 3 |
| Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. | 4 |
| Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, E.P.E. | 2 |
| Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. | 1 |
| Hospital Professor Dr. Fernando da Fonseca, E.P.E. | 1 |
| Hospital Espírito Santo - Évora, E.P.E. | 1 |
| Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E. | 1 |
| Total | 33 |

Fonte: ACSS, 2023

Por Centro de Referência

| Instituição | Nº Angiógrafos |
|---|----------------|
| Centro Hospitalar de São João, E.P.E. | 3 |
| Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E. | 3 |
| Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E. | 6 |
| Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E. | 3 |
| Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. | 4 |
| Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, E.P.E. | 2 |
| Total | 21 |

Fonte: ACSS, 2023



Fonte: ACSS, 2023

Entrada em Funcionamento novos centros 2023

Salientamos o início de atividade em 2023 de duas novas instalações de hemodinâmica/angiografia:

- Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, E.P.E., com ligação funcional ao Hospital de Braga;
- Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E. – Hospital de Aveiro, com ligação funcional ao CHU Coimbra.

Nestas novas instalações foi definida uma metodologia que deverá passar a constituir a norma para todos os novos projetos, incluindo obrigatoriamente:

- a) Ligação funcional a centro já em funcionamento na região, apoiando o processo de formação de operadores locais;
- b) Existência mínima de recursos humanos, com a diferenciação adequada, que permita o início do funcionamento;
- c) Protocolo de referenciamento acordado com centro de cirurgia cardíaca da região;
- d) Planeamento adequado da fase de arranque com definição do tipo de exames a executar.

Várias instituições têm manifestado a intenção de adquirir novos equipamentos para disporem de equipamentos que possibilitem a realização de Coronariografia e Cardiologia de Intervenção Coronária com carácter eletivo.

Essas instalações devem ser condicionadas aos critérios anteriormente descritos.

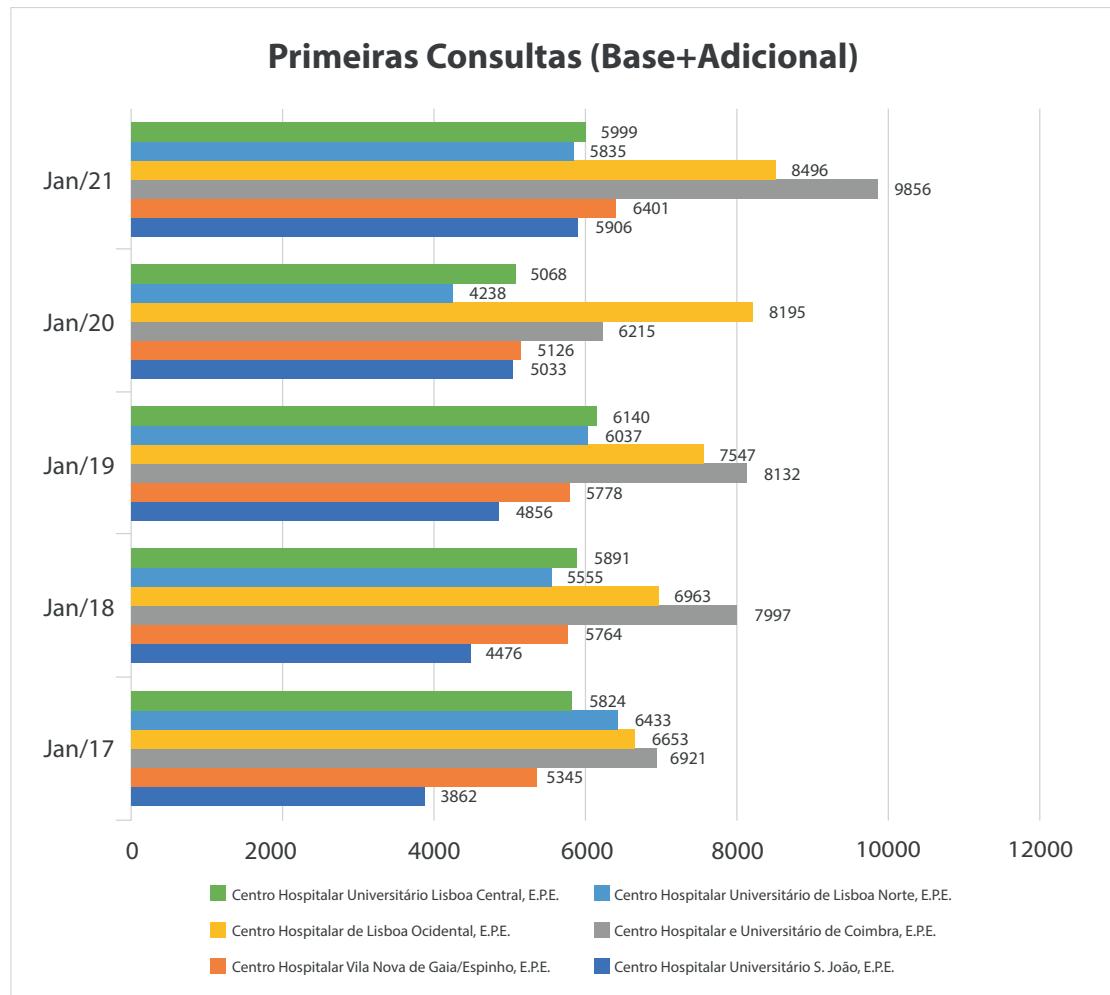
Lembramos que os custos atuais da aquisição dos equipamentos são facilmente amortizáveis face ao dos materiais de consumo clínico de rotina.

Reforçamos também a recomendação já expressa na versão aprovada em 2015, que identificava a premência da instalação de um equipamento de hemodinâmica/angiografia e recursos humanos correspondentes no **Hospital da Covilhã** (Covilhã) possibilitando a realização de angioplastia primária no enfarte agudo do miocárdio, a um conjunto de localidades que são as de mais difícil acesso a nível nacional. Consideramos a resolução desta lacuna como a situação mais grave a ser solucionada.

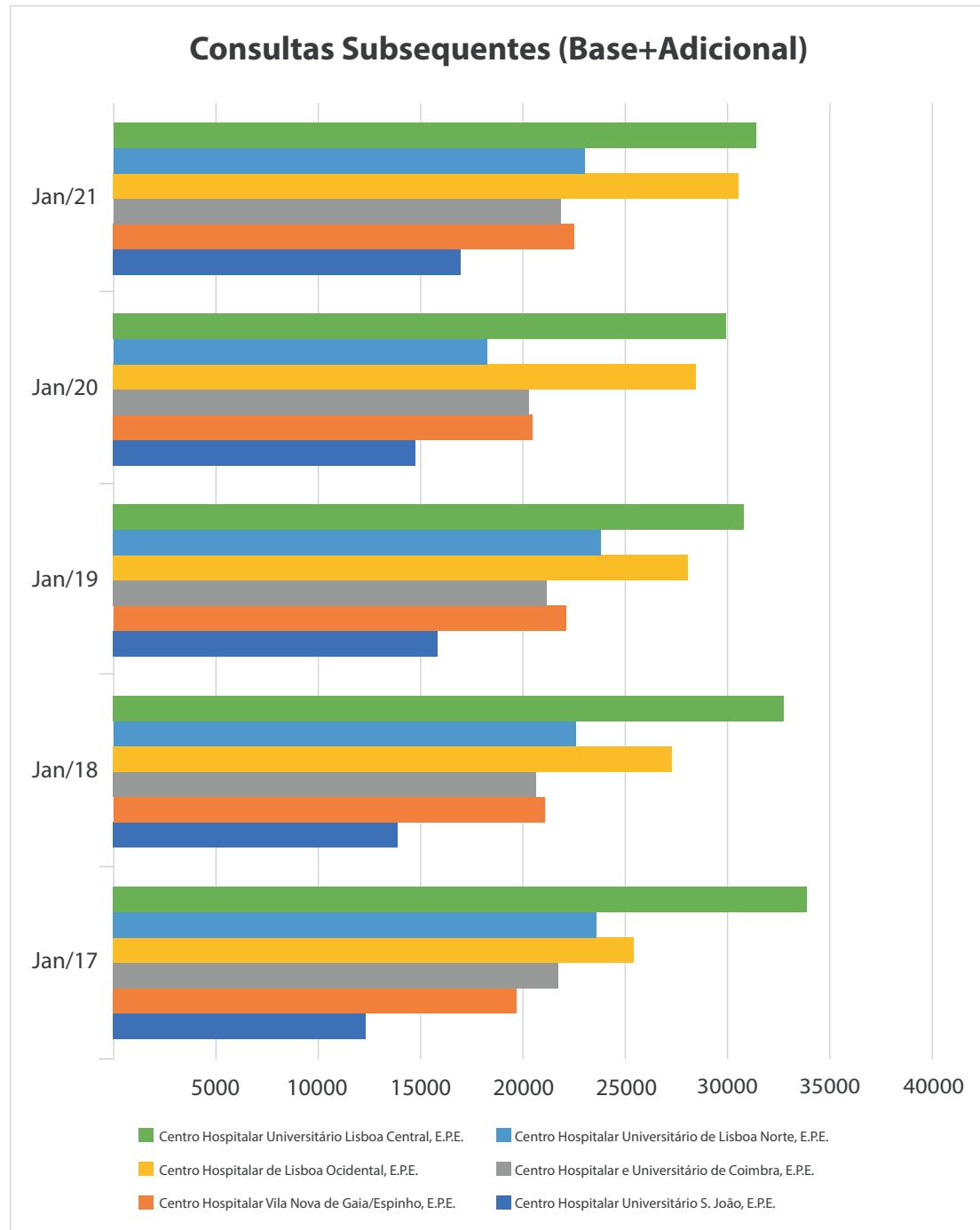
C - Desempenho da Rede**Consultas Externas****Total de Consultas | Por Tipo de Hospital | Centros de Referência**

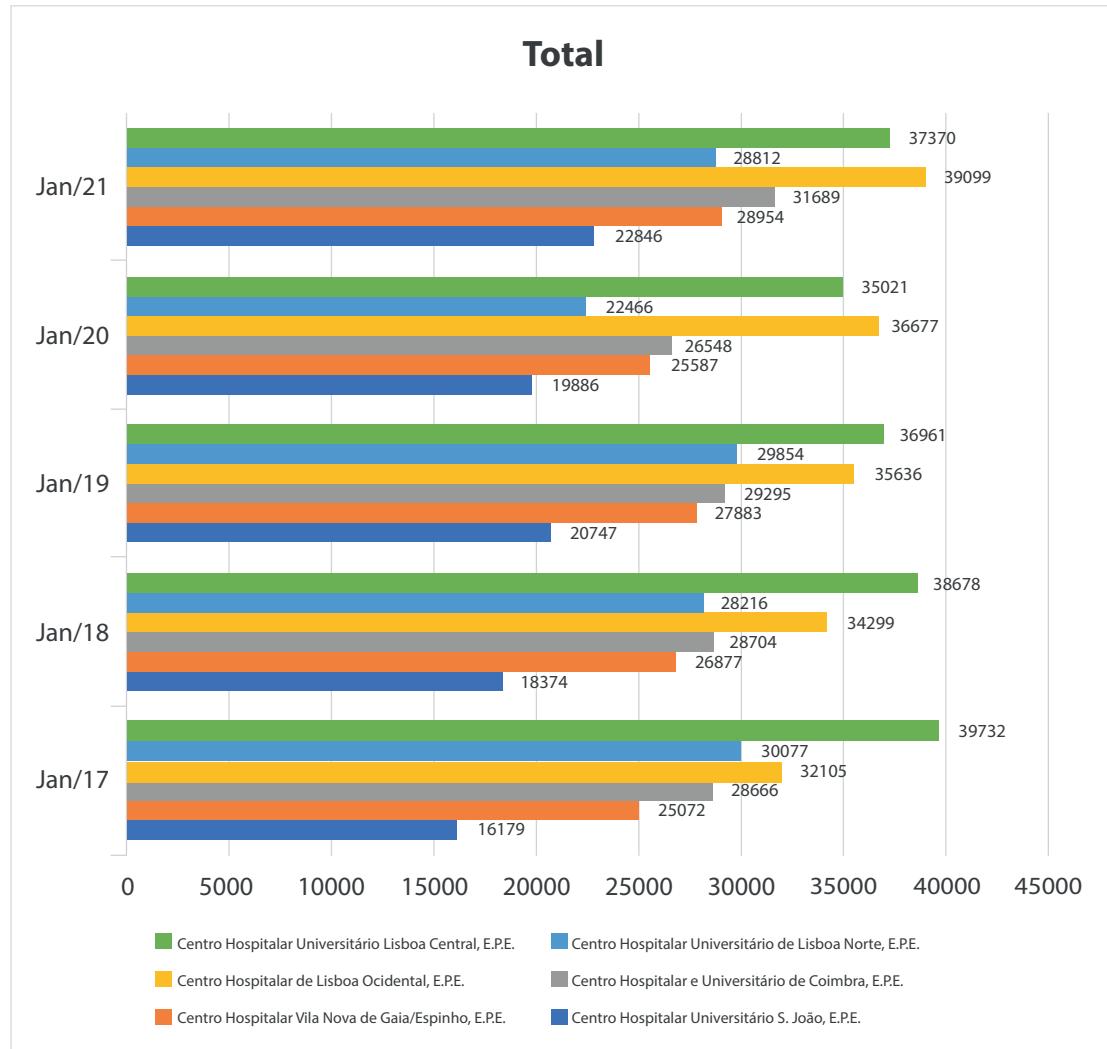
| Consultas de Cardiologia | Primeiras Consultas (Base + Adicional) | | | | | Consultas Subsequentes (Base + Adicional) | | | | | Total | | | | |
|---|--|--------|--------|--------|--------|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | dez/17 | dez/18 | dez/19 | dez/20 | dez/21 | dez/17 | dez/18 | dez/19 | dez/20 | dez/21 | dez/17 | dez/18 | dez/19 | dez/20 | dez/21 |
| Instituição Hospitalar | | | | | | | | | | | | | | | |
| Centro Hospitalar Universitário S. João, E.P.E. | 3862 | 4476 | 4856 | 5033 | 5906 | 12317 | 13898 | 15891 | 14853 | 16940 | 16179 | 18374 | 20747 | 19886 | 22846 |
| Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E. | 5345 | 5764 | 5778 | 5126 | 6401 | 19727 | 21113 | 22105 | 20471 | 22553 | 25072 | 26877 | 27883 | 25597 | 28954 |
| Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E. | 6921 | 7997 | 8132 | 6215 | 9856 | 21745 | 20707 | 21163 | 20333 | 21833 | 28666 | 28704 | 29295 | 26548 | 31689 |
| Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. | 6653 | 6963 | 7547 | 8195 | 8496 | 25452 | 27336 | 28089 | 28482 | 30603 | 32105 | 34299 | 35636 | 36677 | 39099 |
| Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, E.P.E. | 6433 | 5555 | 6037 | 4238 | 5835 | 23644 | 22661 | 23817 | 18228 | 22977 | 30077 | 28216 | 29854 | 22466 | 28812 |
| Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, E.P.E. | 5824 | 5891 | 6140 | 5068 | 5999 | 33908 | 32787 | 30821 | 29953 | 31371 | 39732 | 38678 | 36961 | 35021 | 37370 |

Fonte: ACSS, 2023



Fonte: ACSS, 2023

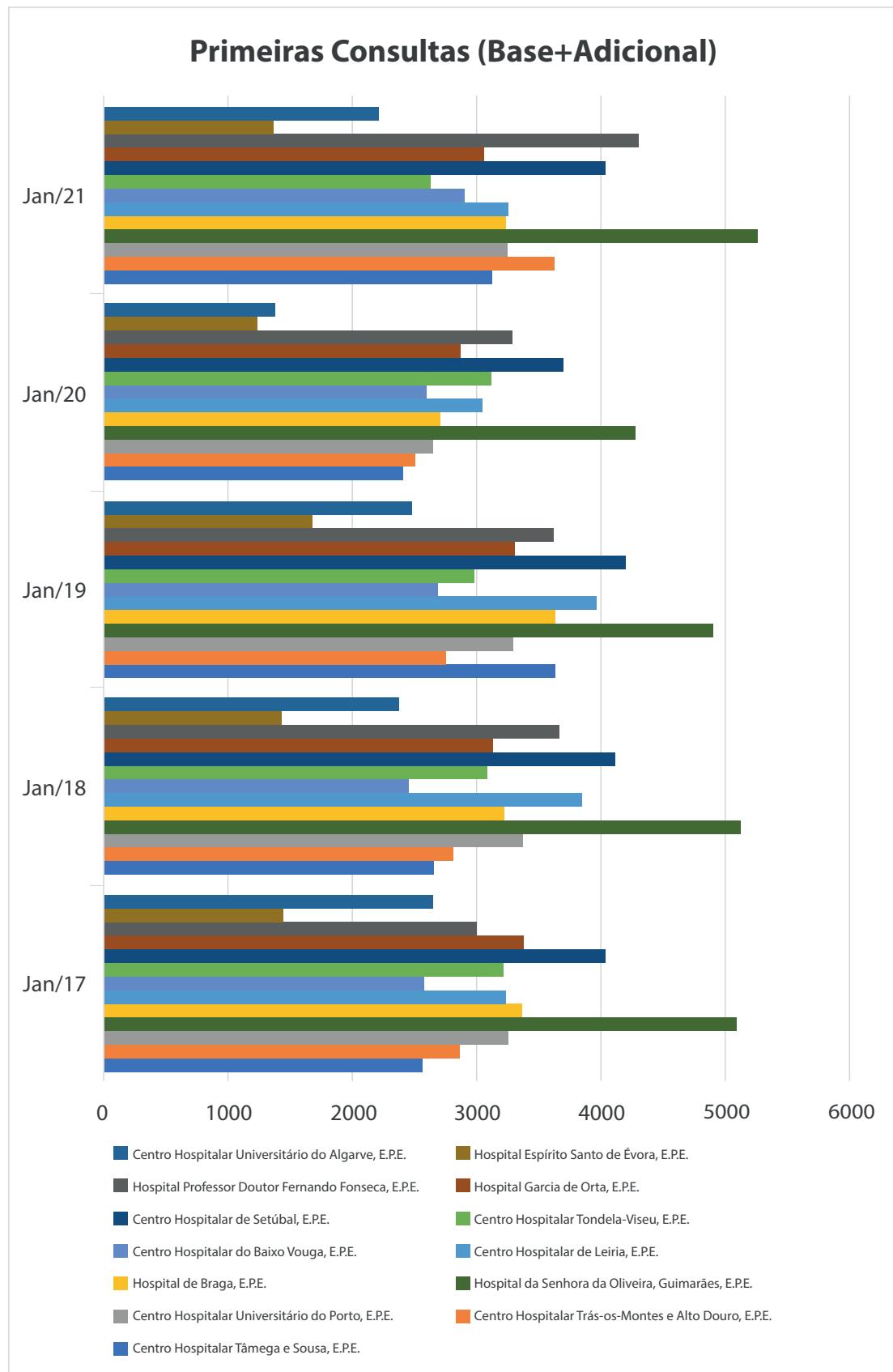




Centros com Hemodinâmica

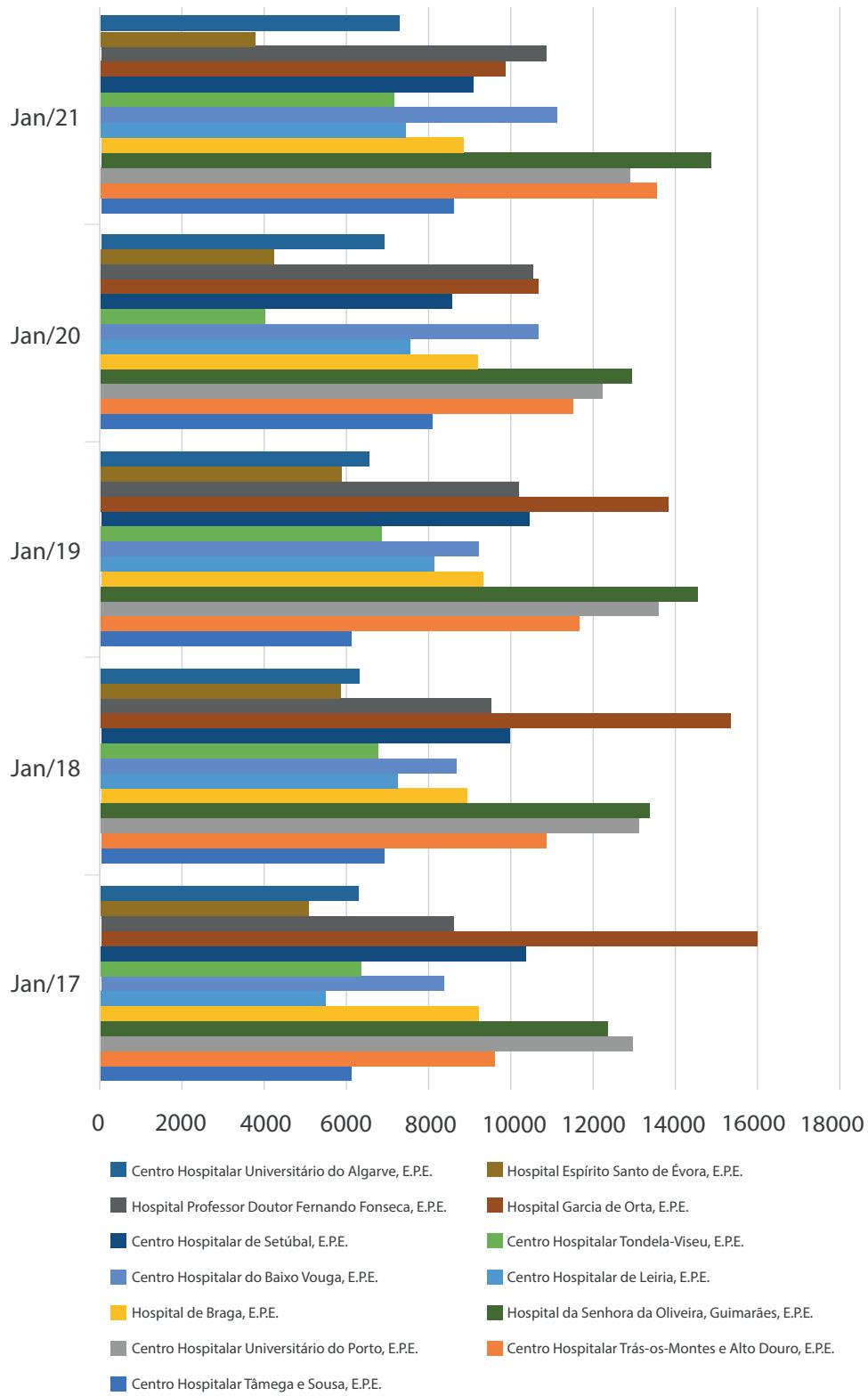
| Consultas de Cardiologia | Primeiras Consultas (Base + Adicional) | | | | | Consultas Subsequentes (Base + Adicional) | | | | | Total | | | | |
|---|--|--------|--------|--------|--------|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | dez/17 | dez/18 | dez/19 | dez/20 | dez/21 | dez/17 | dez/18 | dez/19 | dez/20 | dez/21 | dez/17 | dez/18 | dez/19 | dez/20 | dez/21 |
| Instituição Hospitalar | | | | | | | | | | | | | | | |
| Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E. | 2563 | 2654 | 3622 | 2418 | 3114 | 6165 | 6944 | 6144 | 8074 | 8624 | 8728 | 9598 | 9766 | 10492 | 11738 |
| Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E. | 2867 | 2799 | 2753 | 2508 | 3626 | 9608 | 10862 | 11680 | 11498 | 13532 | 12475 | 13661 | 14433 | 14006 | 17158 |
| Centro Hospitalar Universitário do Porto, E.P.E. | 3246 | 3369 | 3290 | 2655 | 3246 | 12968 | 13151 | 13584 | 12201 | 12900 | 16214 | 16520 | 16874 | 14856 | 16146 |
| Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, E.P.E. | 5083 | 5110 | 4895 | 4271 | 5251 | 12371 | 13352 | 14525 | 12954 | 14876 | 17454 | 18462 | 19420 | 17225 | 20127 |
| Hospital de Braga, E.P.E. | 3367 | 3220 | 3630 | 2700 | 3243 | 9245 | 8963 | 9315 | 9226 | 8852 | 12612 | 12183 | 12945 | 11926 | 12095 |
| Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E. | 3227 | 3836 | 3955 | 3044 | 3249 | 5542 | 7261 | 8159 | 7521 | 7452 | 8769 | 11097 | 12114 | 10565 | 10701 |
| Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E. | 2576 | 2459 | 2675 | 2604 | 2906 | 8405 | 8728 | 9239 | 10632 | 11121 | 10981 | 11187 | 11914 | 13236 | 14027 |
| Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E. | 3215 | 3080 | 2979 | 3119 | 2621 | 6397 | 6800 | 6900 | 4074 | 7216 | 9612 | 9880 | 9879 | 7193 | 9837 |
| Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. | 4036 | 4114 | 4196 | 3692 | 4033 | 10386 | 9983 | 10433 | 8602 | 9096 | 14422 | 14097 | 14629 | 12294 | 13129 |
| Hospital Garcia de Orta, E.P.E. | 3379 | 3133 | 3306 | 2871 | 3063 | 16013 | 15336 | 13779 | 10628 | 9861 | 19392 | 18469 | 17085 | 13499 | 12924 |
| Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, E.P.E. | 3002 | 3666 | 3611 | 3277 | 4299 | 8618 | 9536 | 10203 | 10582 | 10868 | 11620 | 13202 | 13814 | 13859 | 15167 |
| Hospital Espírito Santo de Évora, E.P.E. | 1444 | 1427 | 1673 | 1232 | 1366 | 5100 | 5910 | 5913 | 4245 | 3819 | 6544 | 7337 | 7586 | 5477 | 5185 |
| Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E. | 2635 | 2369 | 2471 | 1381 | 2208 | 6345 | 6345 | 6595 | 6947 | 7282 | 8980 | 8714 | 9066 | 8328 | 9490 |

Fonte: ACSS, 2023

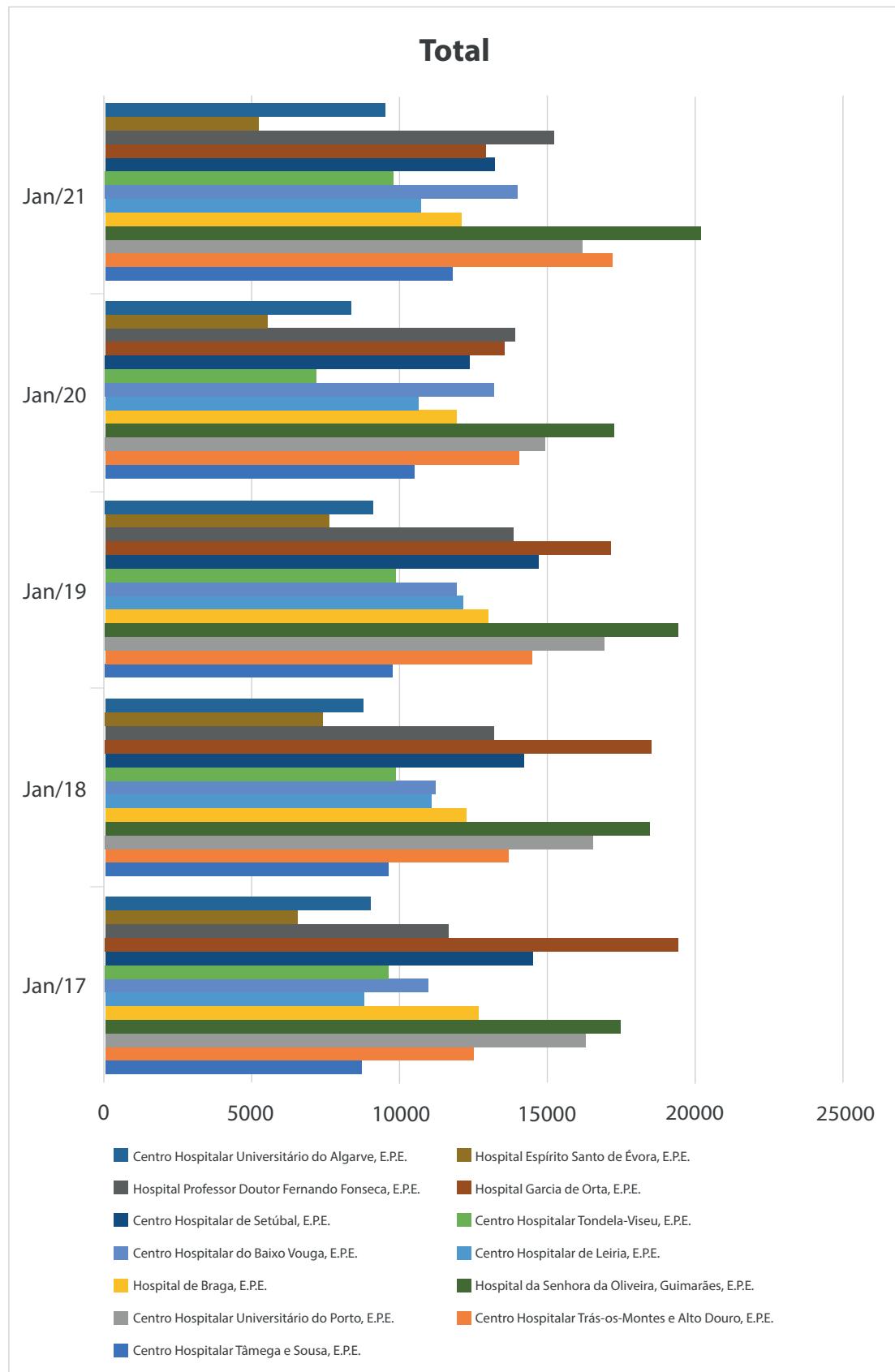


Fonte: ACSS, 2023

Consultas Subsequentes (Base+Adicional)



Fonte: ACSS, 2023



Fonte: ACSS, 2023

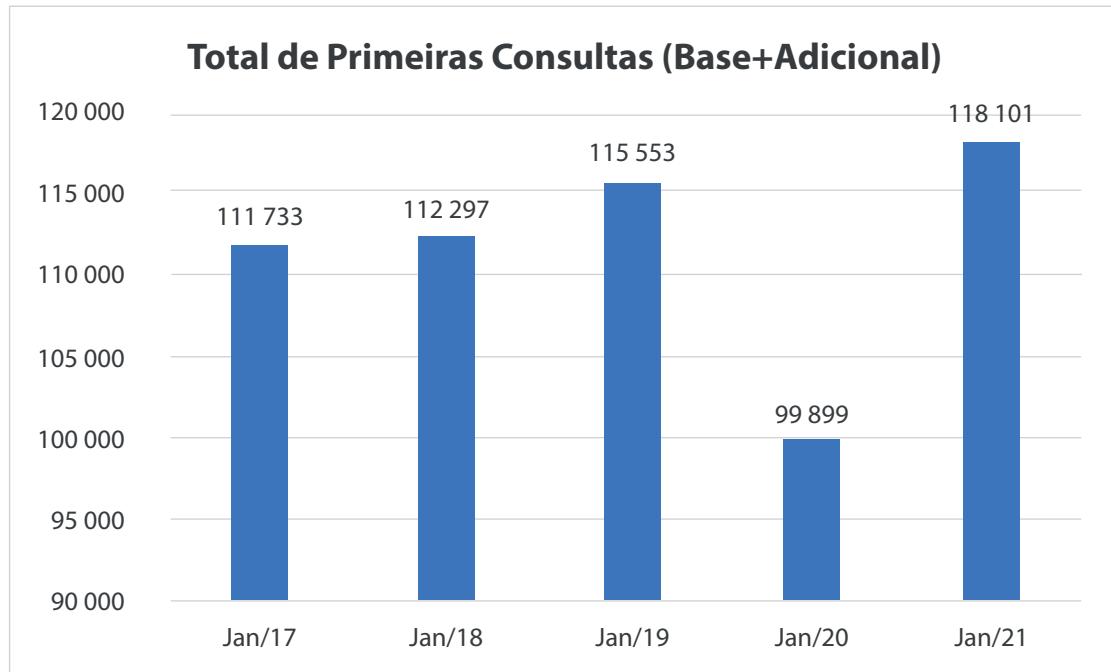
Centros sem Hemodinâmica

| Consultas de Cardiologia | Primeiras Consultas (Base + Adicional) | | | | | Consultas Subsequentes (Base + Adicional) | | | | | Total | | | | |
|---|--|--------|--------|--------|--------|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | dez/17 | dez/18 | dez/19 | dez/20 | dez/21 | dez/17 | dez/18 | dez/19 | dez/20 | dez/21 | dez/17 | dez/18 | dez/19 | dez/20 | dez/21 |
| ARS/Instituição Hospitalar | | | | | | | | | | | | | | | |
| Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E. | 1080 | 1172 | 1217 | 1053 | 814 | 5197 | 5836 | 5500 | 5048 | 4043 | 6277 | 7008 | 6717 | 6101 | 4857 |
| Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, E.P.E. | 2093 | 2621 | 1940 | 1841 | 2301 | 3843 | 4592 | 5603 | 3596 | 4592 | 5936 | 7213 | 7543 | 5437 | 6893 |
| Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, E.P.E. | 913 | 806 | 767 | 454 | 624 | 1298 | 1312 | 1229 | 1206 | 1081 | 2211 | 2118 | 1996 | 1660 | 1705 |
| Hospital Santa Maria Maior, E.P.E. | 691 | 766 | 1007 | 823 | 749 | 1608 | 2022 | 2701 | 2752 | 2531 | 2299 | 2788 | 3708 | 3575 | 3280 |
| Instituto Português Oncologia do Porto, E.P.E. | 641 | 611 | 643 | 570 | 791 | 1193 | 1133 | 958 | 597 | 689 | 1834 | 1744 | 1601 | 1167 | 1480 |
| SCMP - Hospital da Prelada | | 97 | 62 | 50 | 28 | | 121 | 114 | 112 | 170 | | 218 | 176 | 162 | 198 |
| Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E. | 1894 | 2015 | 1980 | 1609 | 2162 | 6000 | 6573 | 6701 | 6909 | 8447 | 7894 | 8588 | 8681 | 8518 | 10609 |
| Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E. | 1519 | 1605 | 1541 | 1344 | 1719 | 4603 | 5072 | 5387 | 5113 | 5557 | 6122 | 6677 | 6928 | 6457 | 7276 |
| Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E. | 1150 | 1056 | 945 | 993 | 977 | 2500 | 2300 | 2127 | 1517 | 1657 | 3650 | 3356 | 3072 | 2510 | 2634 |
| Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, E.P.E. | 2285 | 2350 | 2331 | 2113 | 2294 | 2569 | 2702 | 2922 | 3069 | 3219 | 4854 | 5052 | 5253 | 5182 | 5513 |
| Hospital Arcebispo João Crisóstomo | 77 | 111 | 152 | 82 | 164 | 248 | 483 | 387 | 357 | 337 | 325 | 594 | 539 | 439 | 501 |
| Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E. | 1071 | 841 | 730 | 784 | 917 | 1963 | 2054 | 1796 | 2403 | 1352 | 3034 | 2895 | 2526 | 3187 | 2269 |
| Hospital Dr. Francisco Zagalo | 1264 | 1120 | 1181 | 560 | 684 | 943 | 1005 | 1139 | 618 | 784 | 2207 | 2125 | 2320 | 1178 | 1468 |
| Instituto Português Oncologia de Coimbra, E.P.E. | 1927 | 1789 | 1586 | 1133 | 1069 | 1098 | 983 | 913 | 937 | 912 | 3025 | 2772 | 2499 | 2070 | 1981 |

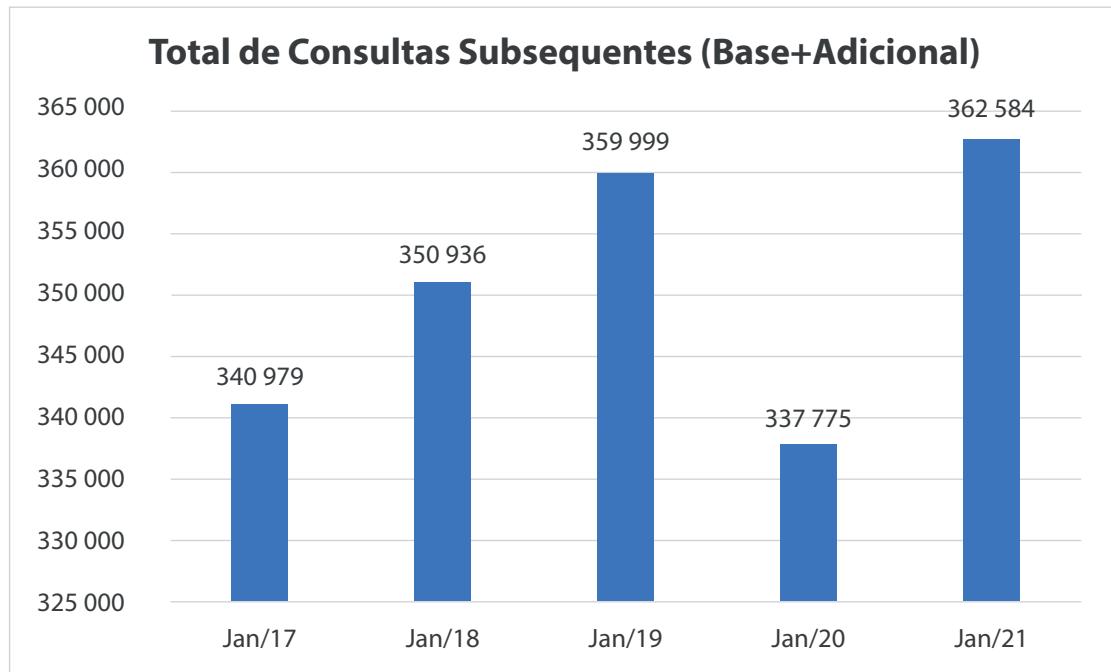
Fonte: ACSS, 2023

| Consultas de Cardiologia | Primeiras Consultas (Base + Adicional) | | | | | Consultas Subsequentes (Base + Adicional) | | | | | Total | | | | |
|--|--|--------|--------|--------|--------|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | dez/17 | dez/18 | dez/19 | dez/20 | dez/21 | dez/17 | dez/18 | dez/19 | dez/20 | dez/21 | dez/17 | dez/18 | dez/19 | dez/20 | dez/21 |
| ARS/Instituição Hospitalar | | | | | | | | | | | | | | | |
| Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E. | 840 | 728 | 914 | 882 | 654 | 1667 | 1032 | 1228 | 1384 | 1631 | 2507 | 1760 | 2142 | 2266 | 2285 |
| Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E.P.E. | 1283 | 1137 | 1172 | 1120 | 1337 | 2781 | 2726 | 2882 | 2383 | 2753 | 4064 | 3863 | 4054 | 3503 | 4090 |
| Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, E.P.E. | 1337 | 1152 | 1272 | 1720 | 1223 | 6773 | 6744 | 6962 | 8140 | 7118 | 8110 | 7896 | 8234 | 9860 | 8341 |
| Centro Hospitalar do Oeste, E.P.E. | 2165 | 2137 | 2022 | 1659 | 1965 | 5865 | 6674 | 6825 | 6888 | 6323 | 8030 | 8811 | 8847 | 8547 | 8288 |
| Centro Hospitalar Médio Tejo, E.P.E. | 2429 | 2383 | 2139 | 2639 | 3139 | 3757 | 3913 | 3633 | 4011 | 4054 | 6186 | 6296 | 5772 | 6650 | 7193 |
| Hospital de Cascais, PPP | 1180 | 878 | 1129 | 884 | 1153 | 3170 | 2768 | 3530 | 4056 | 4857 | 4350 | 3646 | 4659 | 4940 | 6010 |
| Hospital de Loures, E.P.E. | 2246 | 2251 | 2182 | 1469 | 1725 | 3424 | 3114 | 3436 | 2412 | 2262 | 5670 | 5365 | 5618 | 3881 | 3987 |
| Hospital de Vila Franca de Xira, E.P.E. | 1774 | 1739 | 1832 | 1213 | 1373 | 3539 | 3718 | 4110 | 3893 | 3813 | 5313 | 5457 | 5942 | 5106 | 5186 |
| Hospital Distrital de Santarém, E.P.E. | 1856 | 1649 | 1524 | 1808 | 1426 | 7590 | 6899 | 6085 | 6337 | 6724 | 9446 | 8548 | 7609 | 8145 | 8150 |
| Instituto Português Oncologia de Lisboa, E.P.E. | 1480 | 958 | 1220 | 759 | 942 | 1068 | 573 | 699 | 436 | 438 | 2548 | 1531 | 1919 | 1195 | 1380 |
| Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E. | 825 | 594 | 517 | 736 | 994 | 2854 | 2807 | 2855 | 2425 | 2570 | 3679 | 3401 | 3372 | 3161 | 3564 |
| Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, E.P.E. | 806 | 791 | 708 | 804 | 819 | 8138 | 8179 | 7530 | 8527 | 8413 | 8944 | 8970 | 8238 | 9331 | 9232 |
| Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E.P.E. | 1229 | 1058 | 1294 | 1150 | 1340 | 3334 | 3928 | 4392 | 3145 | 4481 | 4563 | 4986 | 5686 | 4295 | 5821 |

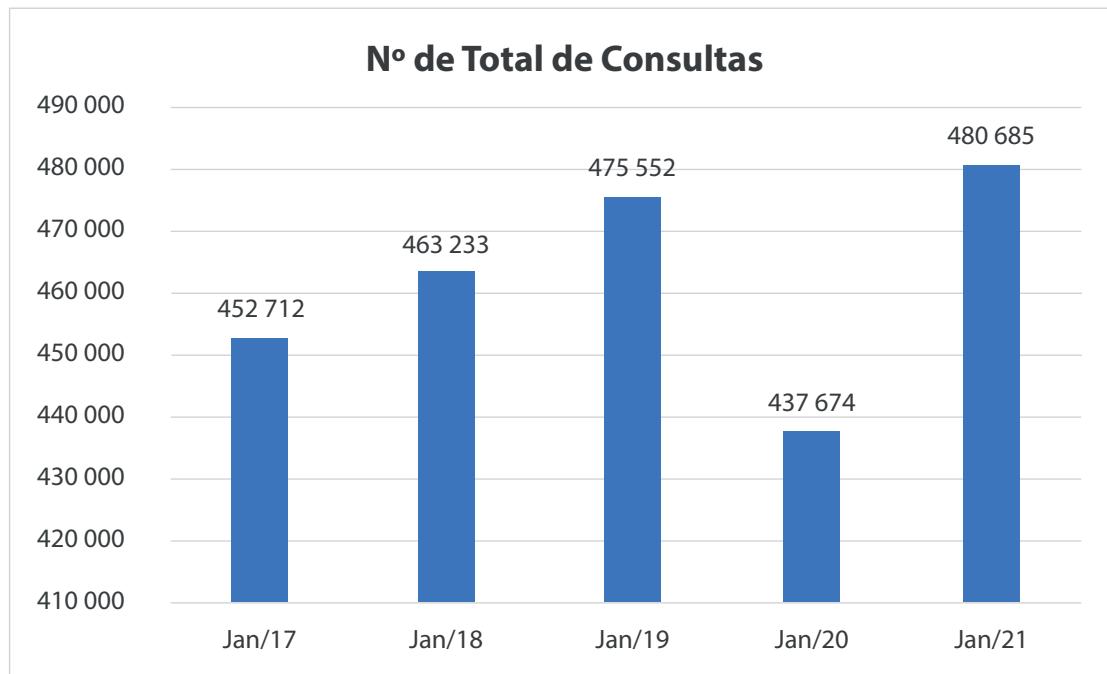
Fonte: ACSS, 2023

Totais Nacionais (Consultas da Especialidade de Cardiologia):

Fonte: ACSS, 2023



Fonte: ACSS, 2023



Fonte: ACSS, 2023

Se outros indicadores não existissem, a evolução do número total de consultas realizadas expressa de forma clara o forte impacto da pandemia COVID-19 na atividade hospitalar.

Deve ser também salientada a rápida recuperação ocorrida em 2021 bem como a retoma da tendência crescente.

Consultas referenciadas via ALERT (CTH-Consulta a Tempo e horas)**Por Tipo de Hospital | Centros de Referência**

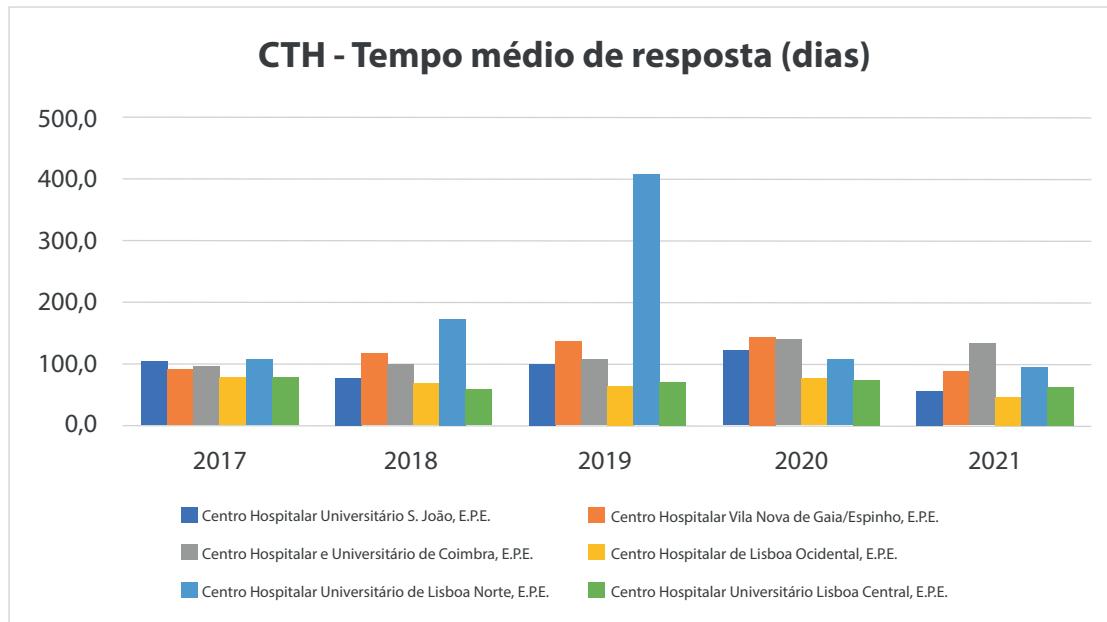
| Entidade Destino | CTH-Consultas realizadas | | | | | CTH-Pedidos inscritos | | | | | CTH-Tempo médio de resposta (dias) | | | | |
|---|--------------------------|------|------|------|------|-----------------------|------|------|------|------|------------------------------------|-------|-------|-------|-------|
| | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
| Centro Hospitalar Universitário S. João, E.P.E. | 935 | 959 | 743 | 964 | 851 | 2109 | 2022 | 2140 | 1431 | 2317 | 103,7 | 78,5 | 101,1 | 121,9 | 57,0 |
| Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E. | 1582 | 1613 | 1683 | 1322 | 1529 | 2379 | 2562 | 2570 | 1896 | 2754 | 90,5 | 116,9 | 136,6 | 141,8 | 88,3 |
| Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E. | 2182 | 2336 | 2498 | 1300 | 1967 | 3503 | 3284 | 3871 | 2722 | 3675 | 97,4 | 100,7 | 107,4 | 139,6 | 133,6 |
| Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. | 862 | 924 | 1122 | 1031 | 1262 | 1376 | 1607 | 1832 | 1285 | 2097 | 79,0 | 68,2 | 63,6 | 76,8 | 45,5 |
| Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, E.P.E. | 948 | 786 | 1120 | 644 | 838 | 1485 | 1530 | 1574 | 1051 | 1757 | 107,6 | 170,8 | 408,3 | 107,7 | 96,7 |
| Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, E.P.E. | 1926 | 1965 | 2064 | 1700 | 2031 | 2267 | 2334 | 2661 | 1807 | 2899 | 79,3 | 60,0 | 69,3 | 74,6 | 62,7 |

Fonte: ACSS, 2023

Consultas referenciadas via ALERT (CTH-Consulta a Tempo e horas)**Por Tipo de Hospital | Centros de Referência**

| Entidade Destino | CTH-Pedidos concluídos | | | | | Consultas realizadas (todas as prioridades) dentro do TMRG | | | | |
|---|------------------------|------|------|------|------|--|------|------|------|------|
| | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
| Centro Hospitalar Universitário S. João, E.P.E. | 2370 | 2042 | 1907 | 1837 | 2127 | 821 | 843 | 629 | 626 | 822 |
| Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E. | 2191 | 2472 | 2621 | 2204 | 2575 | 1 401 | 1257 | 991 | 839 | 1443 |
| Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E. | 3214 | 3496 | 3822 | 2664 | 3167 | 2 052 | 2133 | 2200 | 850 | 837 |
| Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. | 1390 | 1618 | 1651 | 1511 | 1954 | 797 | 897 | 1062 | 891 | 1238 |
| Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, E.P.E. | 1407 | 1277 | 1907 | 1214 | 1663 | 741 | 333 | 393 | 529 | 732 |
| Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, E.P.E. | 2357 | 2343 | 2460 | 2153 | 2547 | 1 877 | 1955 | 2023 | 1613 | 1982 |

Fonte: ACSS, 2023



Fonte: ACSS, 2023

Centros com Hemodinâmica

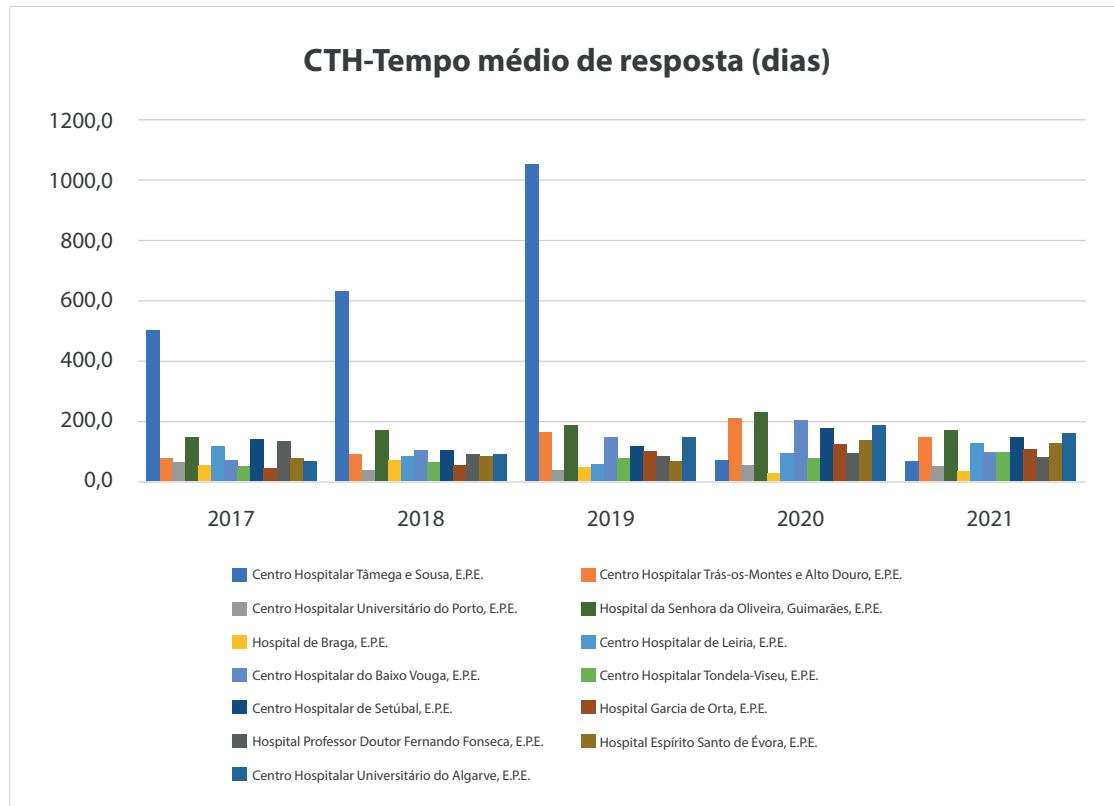
| Entidade Destino | CTH-Consultas realizadas | | | | | CTH-Pedidos inscritos | | | | | CTH-Tempo médio de resposta (dias) | | | | |
|---|--------------------------|------|------|------|------|-----------------------|------|------|------|------|------------------------------------|-------|--------|-------|-------|
| | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
| Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E. | 172 | 308 | 942 | 376 | 719 | 671 | 745 | 685 | 852 | 1785 | 502,2 | 631,1 | 1054,9 | 69,6 | 66,4 |
| Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E. | 1077 | 1139 | 995 | 972 | 1292 | 1497 | 1619 | 1698 | 1112 | 1907 | 78,6 | 94,0 | 166,0 | 210,0 | 150,2 |
| Centro Hospitalar Universitário do Porto, E.P.E. | 1042 | 990 | 993 | 551 | 726 | 1943 | 2189 | 2442 | 1593 | 2311 | 63,2 | 42,1 | 37,9 | 56,5 | 53,6 |
| Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, E.P.E. | 912 | 830 | 886 | 808 | 783 | 1368 | 1279 | 1346 | 848 | 1545 | 145,7 | 168,9 | 185,9 | 231,2 | 169,8 |
| Hospital de Braga, E.P.E. | 2168 | 2141 | 2509 | 1631 | 2100 | 3275 | 3888 | 3134 | 2324 | 3495 | 56,1 | 70,7 | 46,4 | 28,5 | 33,3 |
| Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E. | 986 | 1391 | 1380 | 1030 | 1066 | 2104 | 1938 | 2587 | 1703 | 2259 | 118,0 | 85,7 | 56,1 | 95,4 | 127,8 |
| Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E. | 1510 | 1327 | 1521 | 1389 | 1482 | 1752 | 1895 | 2075 | 1348 | 1980 | 73,4 | 106,9 | 148,6 | 204,2 | 97,3 |
| Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E. | 1104 | 1057 | 1078 | 935 | 808 | 1518 | 1608 | 1776 | 1266 | 1791 | 53,6 | 61,0 | 79,1 | 76,3 | 97,0 |
| Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. | 915 | 878 | 937 | 661 | 832 | 1258 | 1374 | 1589 | 1158 | 1515 | 139,2 | 106,7 | 119,1 | 180,1 | 148,7 |
| Hospital Garcia de Orta, E.P.E. | 1137 | 950 | 1143 | 890 | 1202 | 1616 | 1774 | 1937 | 1335 | 1992 | 45,6 | 55,3 | 98,9 | 127,4 | 108,9 |
| Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, E.P.E. | 675 | 813 | 859 | 738 | 771 | 829 | 1138 | 1275 | 997 | 1411 | 134,8 | 89,2 | 86,6 | 94,3 | 80,3 |
| Hospital Espírito Santo de Évora, E.P.E. | 501 | 664 | 701 | 411 | 437 | 764 | 971 | 1015 | 708 | 992 | 74,3 | 88,6 | 71,3 | 137,9 | 126,9 |
| Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E. | 642 | 548 | 639 | 472 | 761 | 1791 | 1846 | 2028 | 1246 | 1806 | 65,0 | 93,5 | 147,2 | 188,9 | 159,1 |

Fonte: ACSS, 2023

Centros com Hemodinâmica

| Entidade Destino | CTH-Consultas realizadas | | | | | CTH-Pedidos inscritos | | | | |
|---|--------------------------|------|------|------|------|-----------------------|------|------|------|------|
| | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
| Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E. | 576 | 787 | 1972 | 821 | 1643 | 41 | 28 | 36 | 336 | 694 |
| Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E. | 1441 | 1463 | 1457 | 1387 | 1731 | 1 072 | 1001 | 433 | 328 | 1057 |
| Centro Hospitalar Universitário do Porto, E.P.E. | 1912 | 2308 | 2375 | 1613 | 2239 | 1 037 | 989 | 992 | 544 | 725 |
| Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, E.P.E. | 1437 | 1223 | 1183 | 1230 | 1376 | 387 | 279 | 172 | 112 | 259 |
| Hospital de Braga, E.P.E. | 2583 | 3202 | 6371 | 2502 | 3204 | 2 101 | 1926 | 2471 | 1616 | 2086 |
| Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E. | 1890 | 2308 | 2402 | 1707 | 1984 | 640 | 1194 | 1332 | 933 | 628 |
| Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E. | 1821 | 1564 | 1854 | 1783 | 1768 | 1 384 | 1046 | 596 | 411 | 1026 |
| Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E. | 1548 | 1552 | 1669 | 1467 | 1485 | 1 083 | 1037 | 1052 | 746 | 671 |
| Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. | 1374 | 1325 | 1436 | 1179 | 1402 | 514 | 670 | 652 | 296 | 533 |
| Hospital Garcia de Orta, E.P.E. | 1707 | 1529 | 1856 | 1351 | 1819 | 1 122 | 934 | 929 | 489 | 751 |
| Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, E.P.E. | 932 | 1113 | 1271 | 1063 | 1201 | 321 | 609 | 672 | 544 | 660 |
| Hospital Espírito Santo de Évora, E.P.E. | 723 | 947 | 970 | 725 | 680 | 435 | 510 | 624 | 217 | 230 |
| Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E. | 1769 | 1620 | 1900 | 1301 | 1633 | 623 | 500 | 351 | 149 | 309 |

Fonte: ACSS, 2023



Fonte: ACSS, 2023

Centros sem Hemodinamica

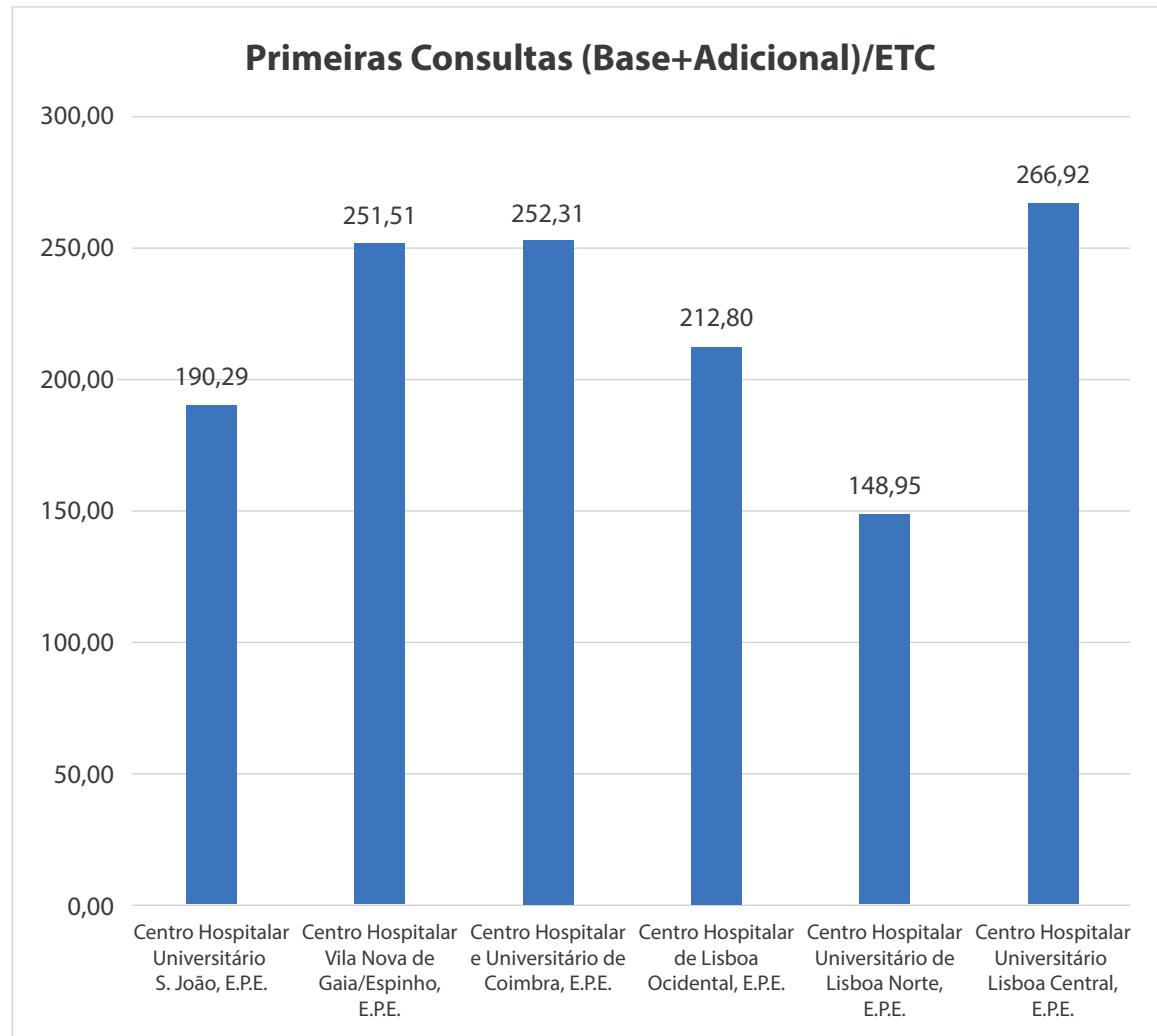
| Entidade Destino | CTH-Consultas realizadas | | | | | CTH-Pedidos inscritos | | | | | CTH-Tempo médio de resposta (dias) | | | | |
|---|--------------------------|------|------|------|------|-----------------------|------|------|------|------|------------------------------------|-------|-------|-------|-------|
| | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
| Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E. | 589 | 665 | 709 | 596 | 516 | 882 | 960 | 1064 | 692 | 1126 | 112,0 | 109,2 | 78,9 | 59,4 | 88,3 |
| Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, E.P.E. | 979 | 1343 | 1007 | 1076 | 1160 | 1094 | 1378 | 1763 | 1245 | 2030 | 123,2 | 47,8 | 57,8 | 126,8 | 67,5 |
| Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, E.P.E. | 759 | 634 | 599 | 342 | 485 | 742 | 822 | 799 | 628 | 793 | 101,2 | 58,4 | 71,9 | 149,2 | 165,7 |
| Hospital Santa Maria Maior, E.P.E. | 429 | 555 | 810 | 621 | 553 | 640 | 572 | 1249 | 719 | 1163 | 65,5 | 118,7 | 38,7 | 51,0 | 51,2 |
| Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E. | 532 | 647 | 562 | 456 | 575 | 912 | 1025 | 1091 | 776 | 1459 | 127,1 | 61,4 | 65,7 | 131,6 | 53,9 |
| Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E. | 859 | 899 | 818 | 680 | 927 | 1132 | 1049 | 1051 | 1001 | 1350 | 107,0 | 79,4 | 96,9 | 147,6 | 130,3 |
| Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E. | 602 | 528 | 461 | 555 | 515 | 806 | 716 | 721 | 605 | 1011 | 55,5 | 87,4 | 188,1 | 185,0 | 192,2 |
| Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, E.P.E. | 184 | 270 | 270 | 330 | 368 | 314 | 383 | 452 | 495 | 615 | 49,9 | 25,1 | 38,5 | 103,3 | 87,7 |
| Hospital Arcebispo João Crisóstomo | 39 | 49 | 67 | | | 78 | 135 | 52 | | | 19,5 | 78,7 | 224,2 | | |
| Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E. | 326 | 408 | 373 | 258 | 268 | 625 | 595 | 455 | 303 | 606 | 102,0 | 204,8 | 215,2 | 180,0 | 83,6 |
| Hospital Dr. Francisco Zagalo | 457 | 392 | 388 | 295 | 306 | 502 | 471 | 385 | 296 | 354 | 43,4 | 35,6 | 39,5 | 39,3 | 30,0 |
| Hospital José Luciano de Castro | 376 | 267 | 170 | 150 | 110 | 448 | 241 | 248 | 91 | 142 | 38,6 | 75,7 | 22,7 | 91,5 | 32,5 |
| Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E. | 235 | 152 | 217 | 234 | 147 | 376 | 343 | 359 | 193 | 290 | 289,3 | 242,9 | 724,9 | 541,2 | 577,0 |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|------|-----|------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E.P.E. | 420 | 356 | 469 | 421 | 564 | 469 | 522 | 606 | 614 | 665 | 53,7 | 72,2 | 87,3 | 141,0 | 91,5 |
| Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, E.P.E. | 426 | 322 | 403 | 616 | 410 | 962 | 942 | 1155 | 809 | 1142 | 85,3 | 97,8 | 144,5 | 89,1 | 42,0 |
| Centro Hospitalar do Oeste, E.P.E. | 694 | 661 | 649 | 559 | 687 | 949 | 883 | 972 | 725 | 1274 | 163,2 | 158,0 | 114,1 | 154,4 | 149,8 |
| Centro Hospitalar Médio Tejo, E.P.E. | 361 | 528 | 383 | 760 | 518 | 591 | 663 | 848 | 545 | 1035 | 227,5 | 191,6 | 223,5 | 237,7 | 51,6 |
| Hospital de Cascais, PPP | 461 | 349 | 394 | 257 | 404 | 917 | 978 | 901 | 660 | 920 | 12,9 | 39,6 | 32,1 | 17,1 | 16,3 |
| Hospital de Loures, E.P.E. | 772 | 855 | 669 | 413 | 324 | 908 | 1096 | 1034 | 683 | 1014 | 55,2 | 59,8 | 26,4 | 64,8 | 95,9 |
| Hospital de Vila Franca de Xira, E.P.E. | 840 | 815 | 765 | 382 | 485 | 1011 | 1125 | 1127 | 687 | 901 | 47,0 | 75,6 | 68,9 | 25,4 | 24,0 |
| Hospital Distrital de Santarém, E.P.E. | 764 | 625 | 502 | 698 | 486 | 1179 | 1103 | 1059 | 667 | 1095 | 121,3 | 126,0 | 165,1 | 170,5 | 28,6 |
| Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E. | 276 | 90 | 44 | 154 | 432 | 486 | 442 | 439 | 279 | 444 | 98,6 | 120,8 | 511,7 | 587,7 | 365,5 |
| Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, E.P.E. | 499 | 506 | 396 | 425 | 182 | 674 | 635 | 578 | 396 | 153 | 90,8 | 76,0 | 86,5 | 90,0 | 137,4 |
| Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E.P.E. | 546 | 386 | 534 | 470 | 522 | 676 | 663 | 779 | 459 | 697 | 66,2 | 41,2 | 63,3 | 54,2 | 31,9 |

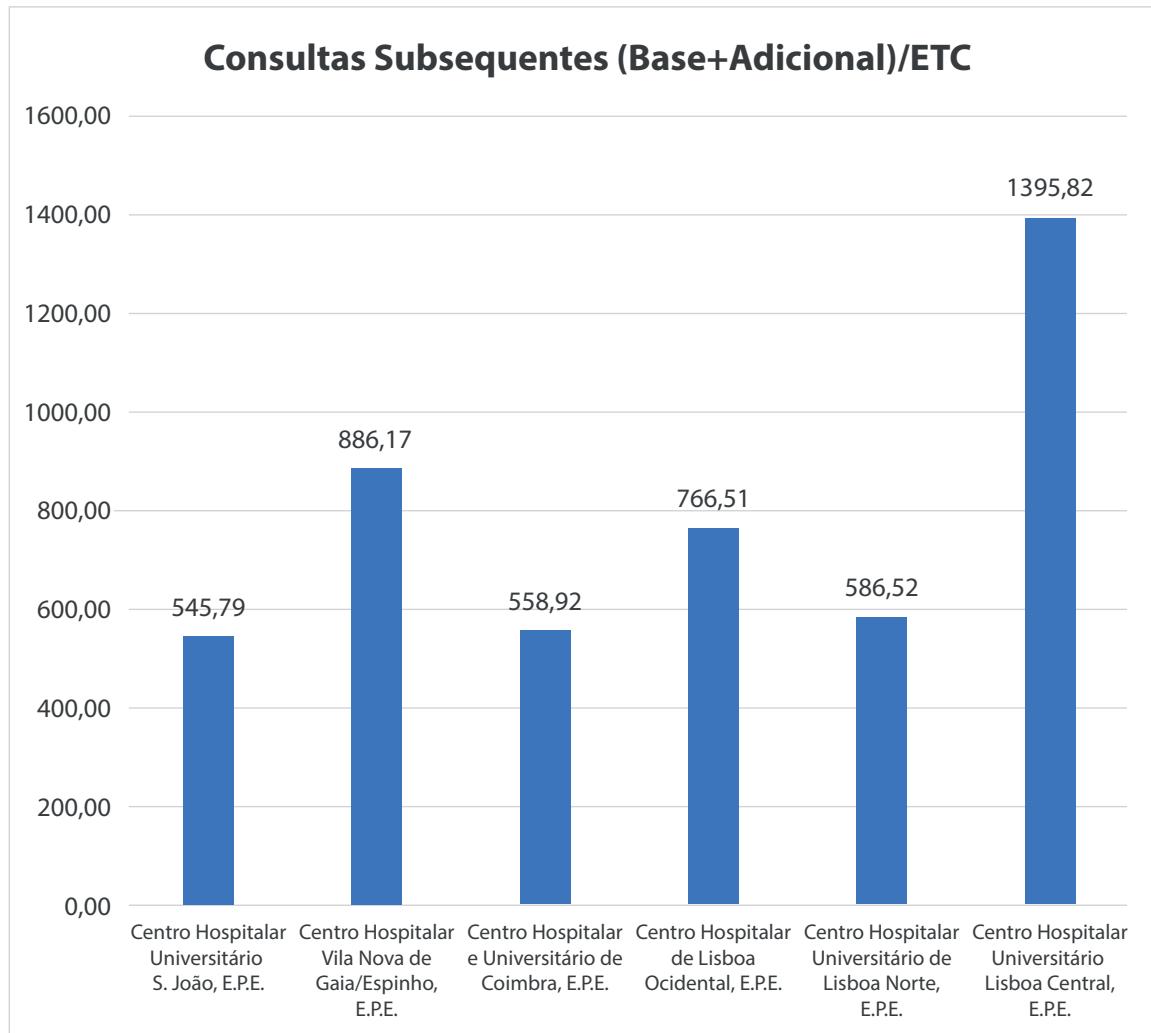
Centros com Hemodinâmica

| Entidade Destino | CTH-Pedidos concluídos | | | | | Consultas realizadas (todas as prioridades) dentro do TMRG | | | | |
|---|------------------------|------|------|------|------|--|------|------|------|------|
| | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
| Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E. | 808 | 1078 | 1060 | 775 | 984 | 519 | 603 | 681 | 578 | 435 |
| Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, E.P.E. | 1275 | 1559 | 1380 | 1488 | 1753 | 814 | 1343 | 999 | 649 | 1117 |
| Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, E.P.E. | 939 | 783 | 781 | 510 | 676 | 754 | 627 | 536 | 113 | 44 |
| Hospital Santa Maria Maior, E.P.E. | 553 | 739 | 1088 | 888 | 1042 | 415 | 331 | 808 | 605 | 549 |
| Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E. | 977 | 1050 | 988 | 908 | 1250 | 451 | 625 | 553 | 289 | 566 |
| Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E. | 1093 | 1079 | 1007 | 907 | 1260 | 751 | 757 | 703 | 425 | 631 |
| Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E. | 703 | 628 | 596 | 741 | 669 | 589 | 461 | 127 | 186 | 221 |
| Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, E.P.E. | 314 | 388 | 386 | 485 | 533 | 184 | 270 | 270 | 271 | 362 |
| Hospital Arcebispo João Crisóstomo | 162 | 64 | 123 | | | 39 | 41 | 18 | | |
| Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E. | 438 | 562 | 604 | 394 | 473 | 221 | 54 | 116 | 78 | 259 |
| Hospital Dr. Francisco Zagalo | 506 | 432 | 427 | 330 | 343 | 456 | 391 | 388 | 294 | 306 |
| Hospital José Luciano de Castro | 408 | 303 | 180 | 160 | 112 | 375 | 265 | 170 | 129 | 110 |
| Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E. | 388 | 381 | 526 | 395 | 257 | 7 | 44 | 42 | 25 | 84 |

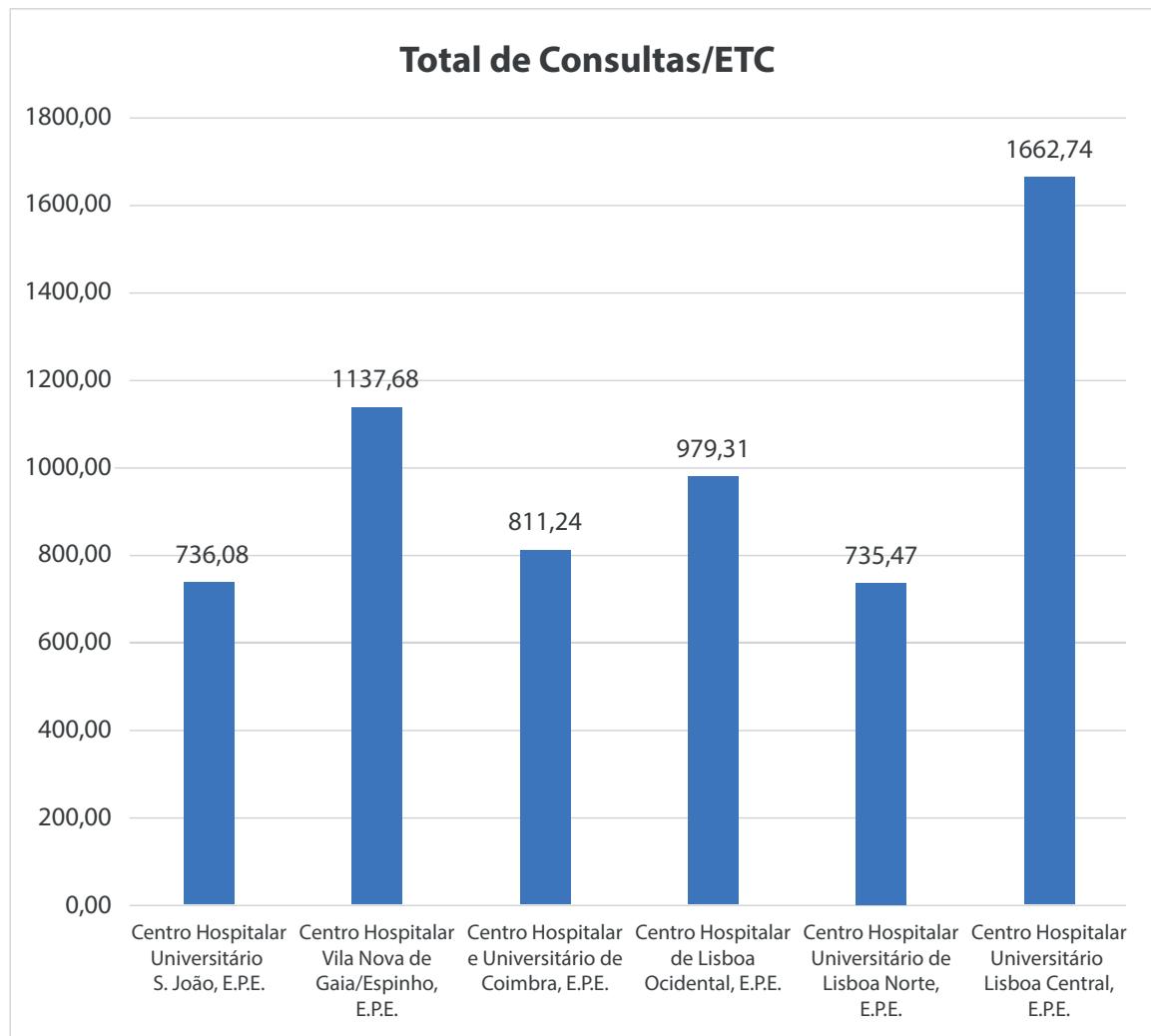
| | | | | | | | | | | |
|--|------|------|------|------|------|-----|-----|-----|-----|-----|
| Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E.P.E. | 512 | 443 | 568 | 626 | 666 | 420 | 355 | 469 | 276 | 527 |
| Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, E.P.E. | 977 | 859 | 1047 | 1091 | 1002 | 350 | 288 | 159 | 491 | 405 |
| Centro Hospitalar do Oeste, E.P.E. | 1076 | 973 | 908 | 765 | 1043 | 337 | 469 | 538 | 388 | 496 |
| Centro Hospitalar Médio Tejo, E.P.E. | 531 | 675 | 540 | 1052 | 866 | 66 | 95 | 39 | 188 | 495 |
| Hospital de Cascais, PPP | 939 | 943 | 960 | 643 | 914 | 459 | 340 | 391 | 255 | 402 |
| Hospital de Loures, E.P.E. | 865 | 1037 | 953 | 671 | 619 | 747 | 830 | 659 | 397 | 274 |
| Hospital de Vila Franca de Xira, E.P.E. | 994 | 980 | 1369 | 707 | 854 | 817 | 718 | 676 | 368 | 481 |
| Hospital Distrital de Santarém, E.P.E. | 1225 | 1093 | 903 | 1043 | 1099 | 441 | 302 | 216 | 334 | 477 |
| Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E. | 433 | 207 | 357 | 370 | 722 | 245 | 67 | 1 | 3 | 67 |
| Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, E.P.E. | 694 | 671 | 512 | 514 | 217 | 481 | 491 | 388 | 391 | 113 |
| Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E.P.E. | 731 | 622 | 702 | 617 | 653 | 489 | 353 | 444 | 430 | 509 |

Indicadores de Desempenho: Atividade indexada por ETC médicos

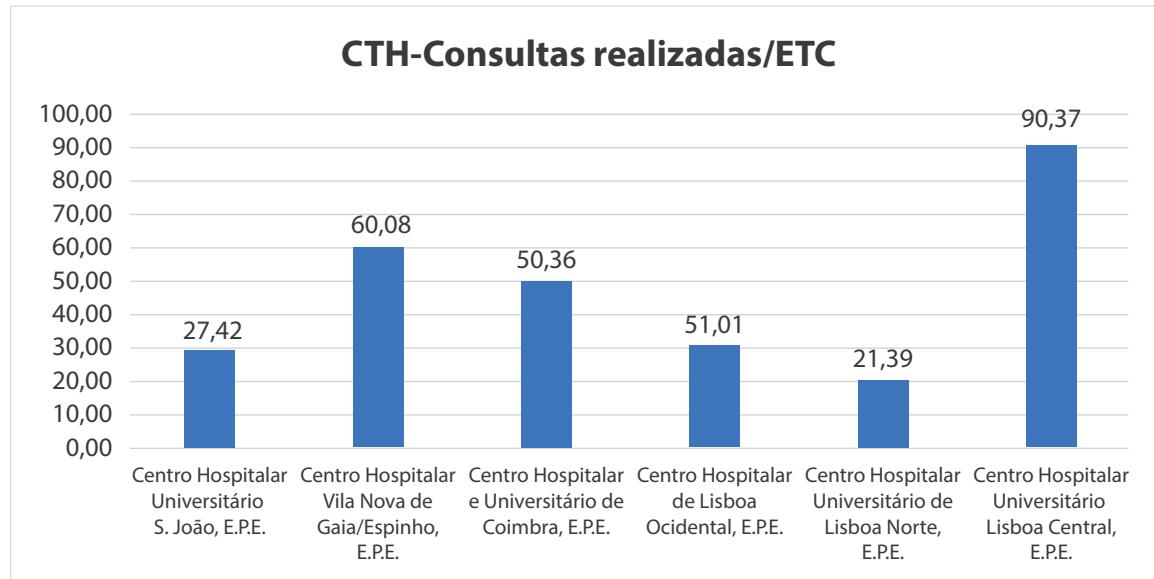
Fonte: ACSS, 2023



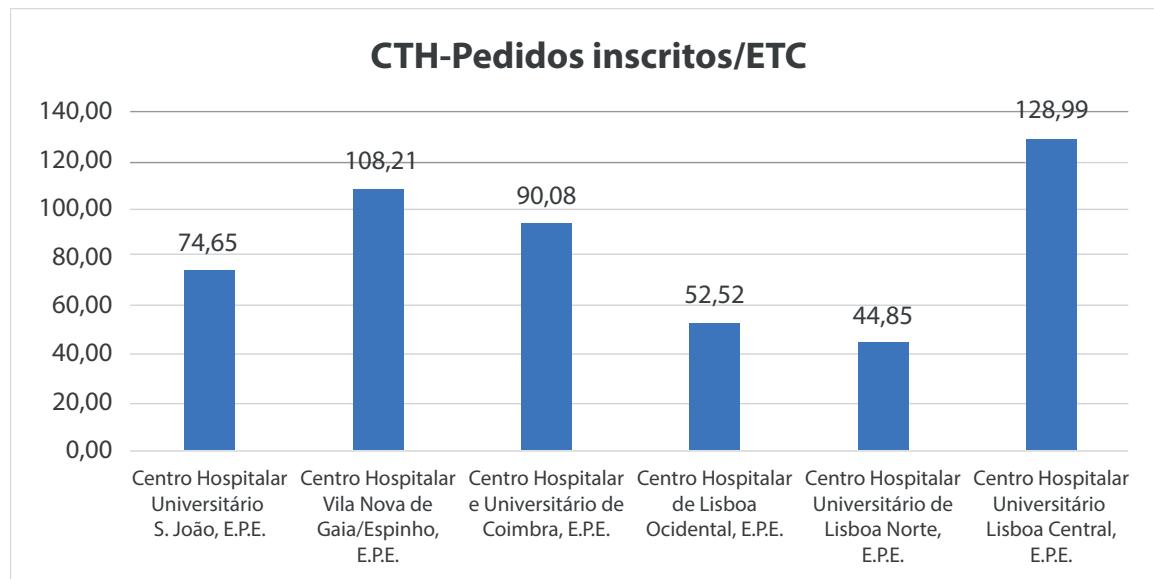
Fonte: ACSS, 2023



Fonte: ACSS, 2023

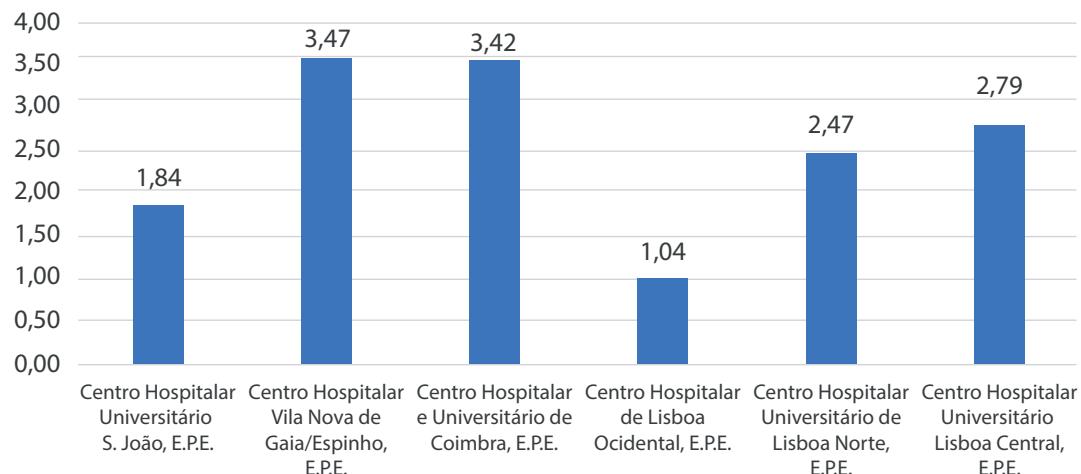
Indicadores de Desempenho: Atividade CTH indexada por ETC médicos

Fonte: ACSS, 2023



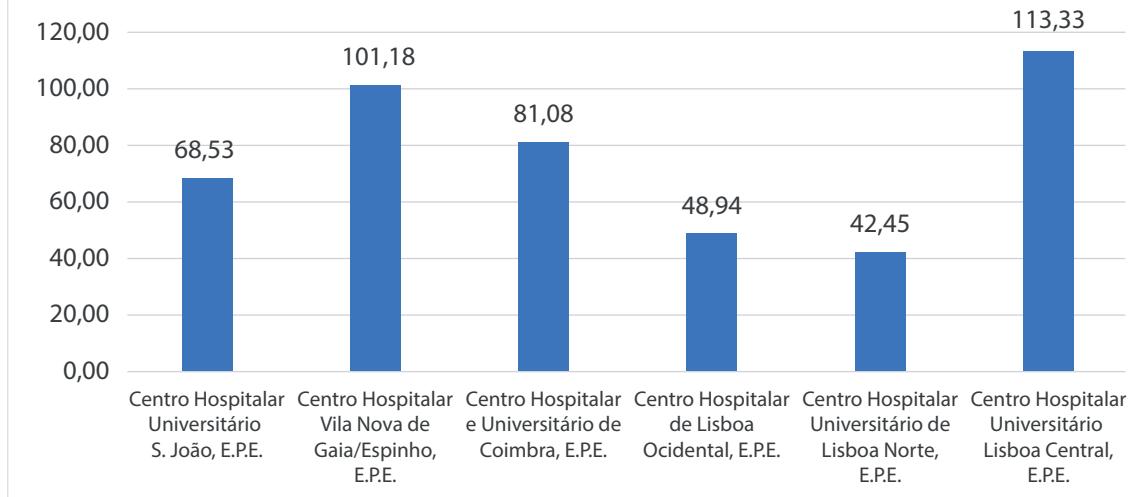
Fonte: ACSS, 2023

CTH-Tempo médio de resposta (dias)/ETC

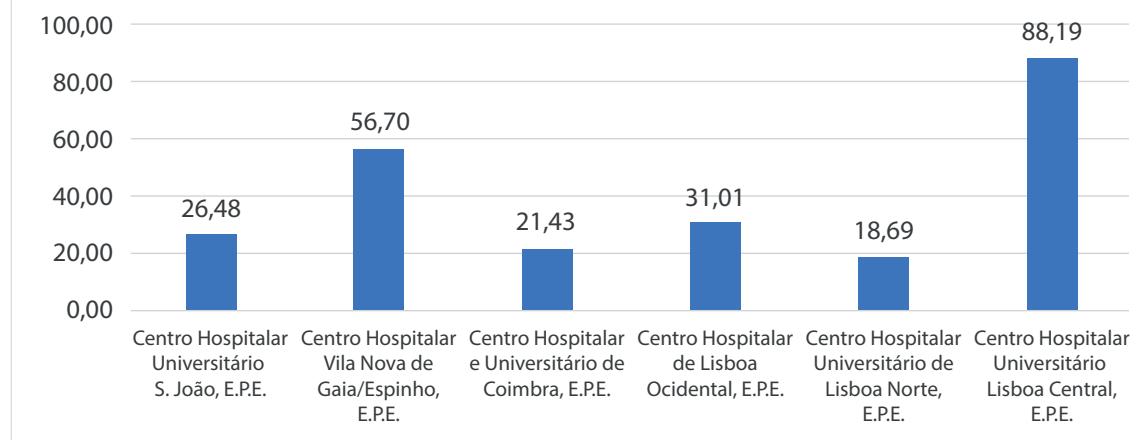


Fonte: ACSS, 2023

CTH-Pedidos concluídos/ETC



Fonte: ACSS, 2023

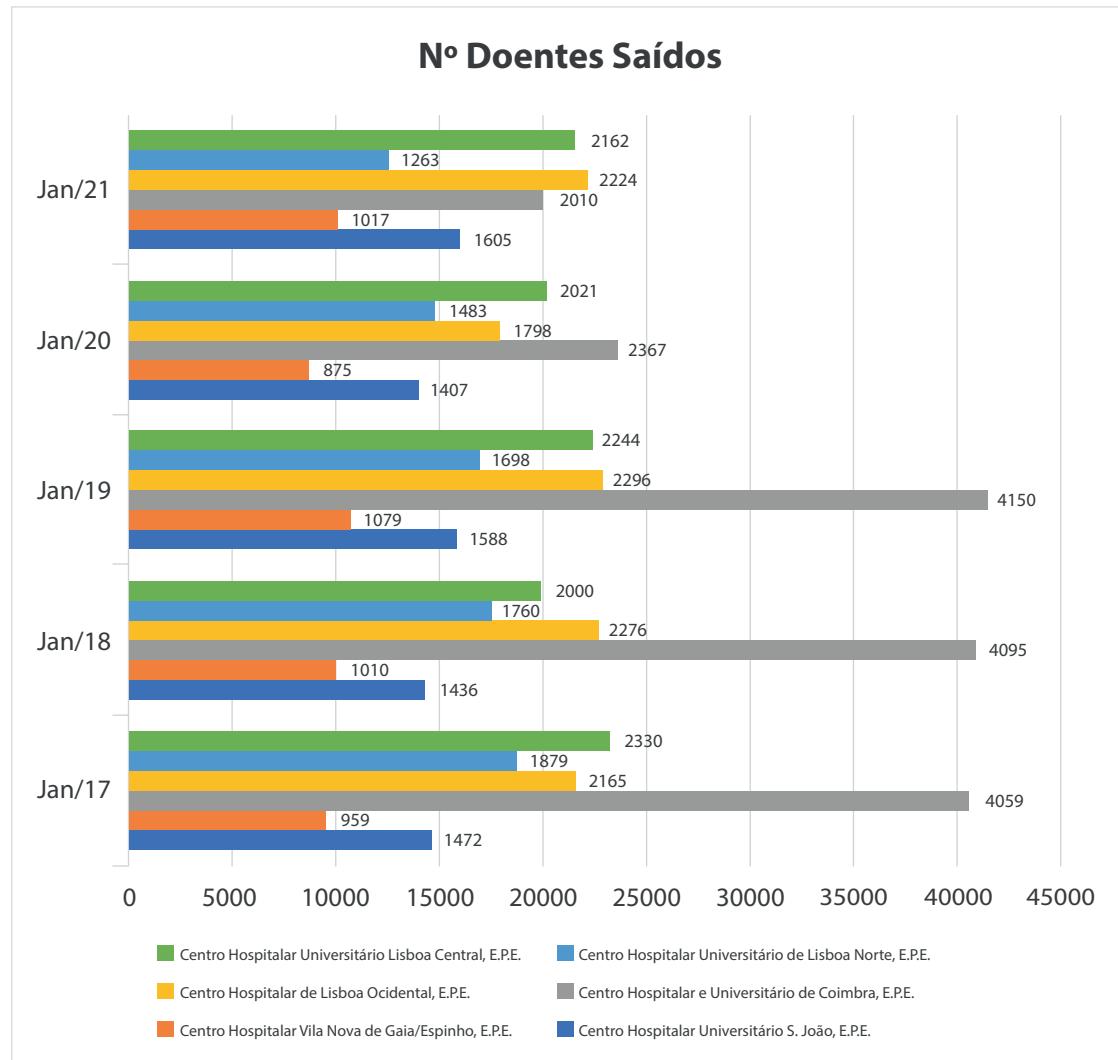
Consultas realizadas (todas as prioridades) dentro do TMRG/ETC

Fonte: ACSS, 2023

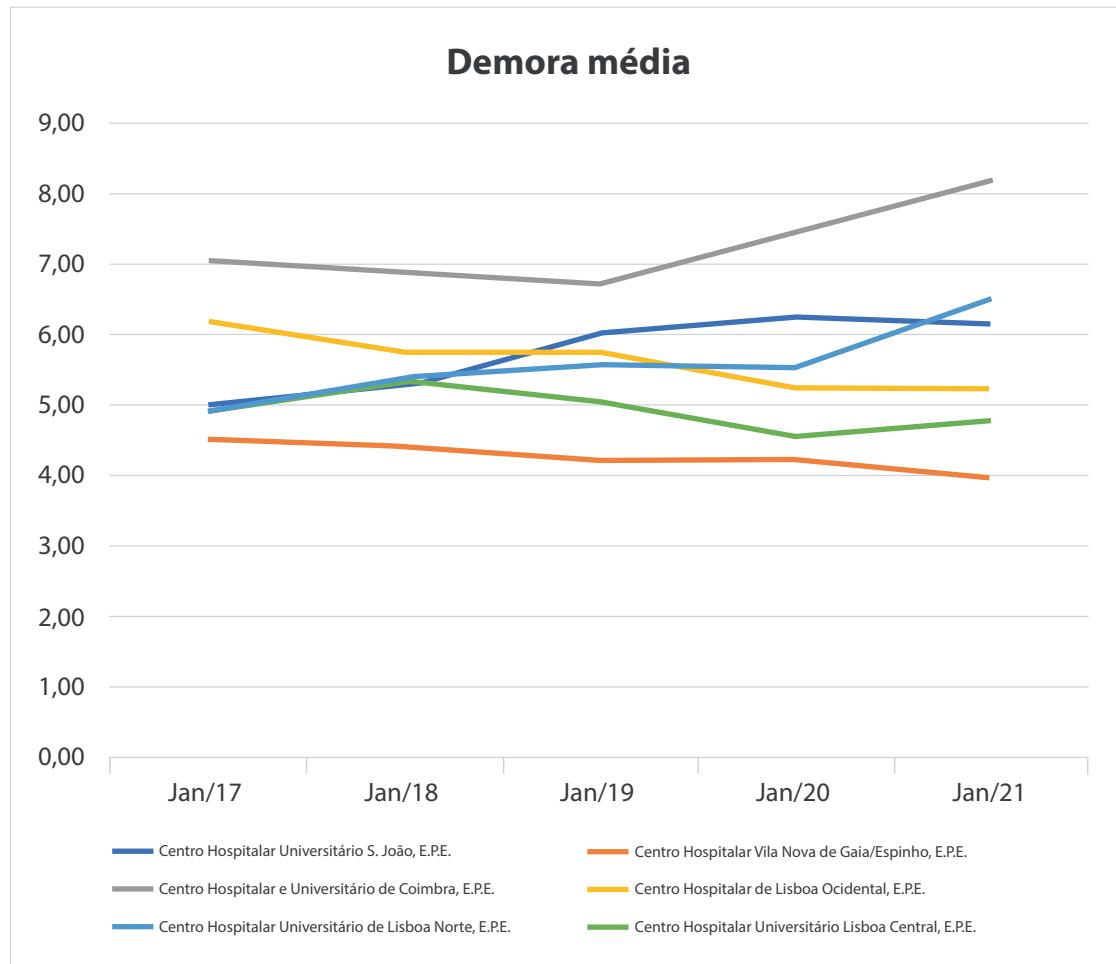
Internamentos | Por Tipo de Hospital**Centros de Referência**

| Internamento de Cardiologia | Nº Doentes Saídos | | | | | Taxa de Ocupação | | | | | Demora Média | | | | |
|---|-------------------|--------|--------|--------|--------|------------------|--------|--------|--------|--------|--------------|--------|--------|--------|--------|
| | dez/17 | dez/18 | dez/19 | dez/20 | dez/21 | dez/17 | dez/18 | dez/19 | dez/20 | dez/21 | dez/17 | dez/18 | dez/19 | dez/20 | dez/21 |
| Instituição Hospitalar | | | | | | | | | | | | | | | |
| Centro Hospitalar Universitário S. João, E.P.E. | 1472 | 1436 | 1588 | 1407 | 1605 | 1,26 | 0,94 | 0,87 | 0,80 | 0,90 | 4,99 | 5,28 | 6,01 | 6,24 | 6,15 |
| Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E. | 959 | 1010 | 1079 | 875 | 1017 | 0,99 | 1,01 | 1,04 | 0,84 | 0,92 | 4,51 | 4,40 | 4,22 | 4,23 | 3,97 |
| Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E. | 4059 | 4095 | 4150 | 2367 | 2010 | 0,88 | 0,87 | 0,86 | 1,05 | 1,00 | 7,03 | 6,89 | 6,73 | 7,42 | 8,18 |
| Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. | 2165 | 2276 | 2296 | 1798 | 2224 | 0,96 | 0,87 | 0,88 | 0,80 | 0,99 | 6,15 | 5,74 | 5,73 | 5,23 | 5,22 |
| Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, E.P.E. | 1879 | 1760 | 1698 | 1483 | 1263 | 0,93 | 0,96 | 0,96 | 0,83 | 0,83 | 4,91 | 5,39 | 5,57 | 5,54 | 6,52 |
| Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, E.P.E. | 2330 | 2000 | 2244 | 2021 | 2162 | 0,82 | 0,91 | 0,97 | 0,79 | 0,88 | 4,90 | 5,32 | 5,05 | 4,56 | 4,78 |

Fonte: ACSS, 2023



Fonte: ACSS, 2023

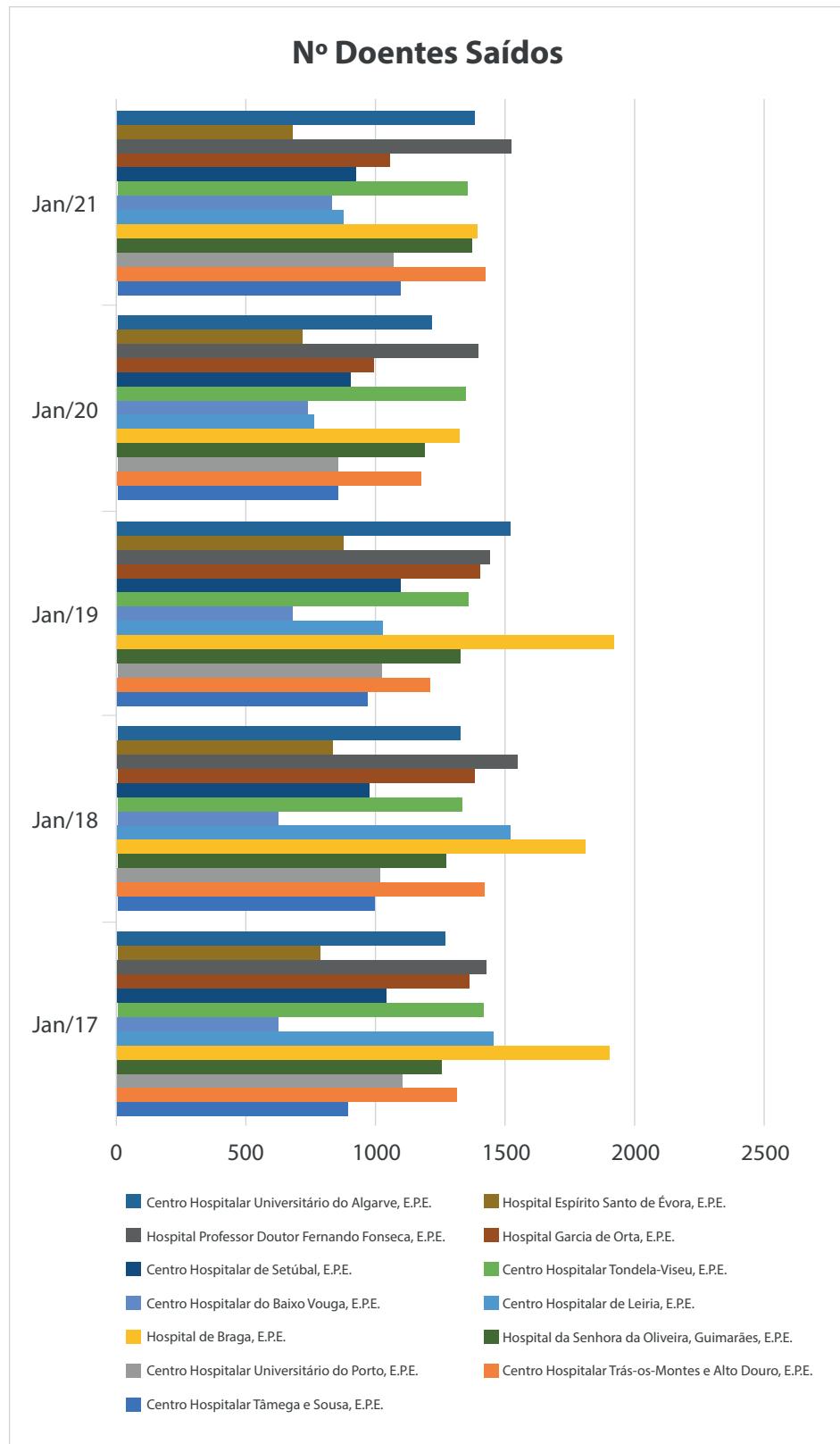


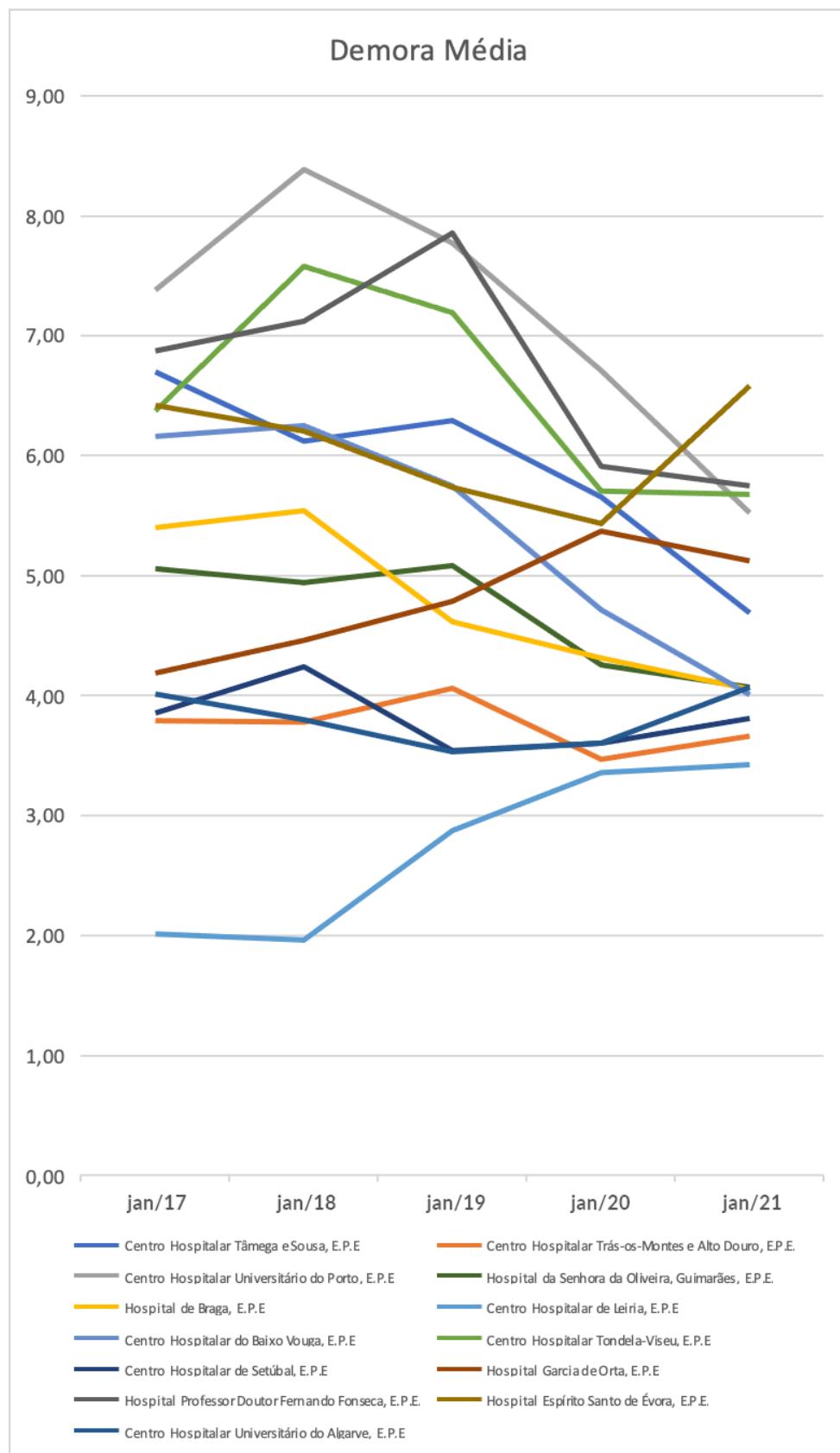
Fonte: ACSS, 2023

Centros com Hemodinâmica

| Internamento de Cardiologia | Nº Doentes Saídos | | | | | Taxa de Ocupação | | | | | Demora Média | | | | |
|---|-------------------|--------|--------|--------|--------|------------------|--------|--------|--------|--------|--------------|--------|--------|--------|--------|
| | dez/17 | dez/18 | dez/19 | dez/20 | dez/21 | dez/17 | dez/18 | dez/19 | dez/20 | dez/21 | dez/17 | dez/18 | dez/19 | dez/20 | dez/21 |
| Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E. | 890 | 1001 | 963 | 853 | 1084 | 0,96 | 0,99 | 0,98 | 0,78 | 0,82 | 6,71 | 6,13 | 6,30 | 5,66 | 4,69 |
| Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E. | 1308 | 1418 | 1208 | 1168 | 1418 | 0,72 | 0,77 | 0,71 | 0,69 | 0,89 | 3,79 | 3,78 | 4,06 | 3,47 | 3,67 |
| Centro Hospitalar Universitário do Porto, E.P.E. | 1099 | 1017 | 1021 | 851 | 1072 | 1,48 | 1,56 | 1,45 | 1,04 | 0,85 | 7,39 | 8,40 | 7,78 | 6,72 | 5,53 |
| Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, E.P.E. | 1255 | 1266 | 1326 | 1189 | 1373 | 1,02 | 1,07 | 1,16 | 0,87 | 0,96 | 5,07 | 4,95 | 5,09 | 4,26 | 4,07 |
| Hospital de Braga, E.P.E. | 1898 | 1804 | 1912 | 1316 | 1389 | | | 1,34 | 0,71 | 0,62 | 5,41 | 5,55 | 4,62 | 4,32 | 4,06 |
| Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E. | 1450 | 1511 | 1025 | 760 | 866 | 0,53 | 0,81 | 0,81 | 0,47 | 0,81 | 2,02 | 1,96 | 2,88 | 3,36 | 3,42 |
| Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E. | 627 | 622 | 674 | 738 | 835 | 0,88 | 0,89 | 0,88 | 0,79 | 0,76 | 6,17 | 6,26 | 5,75 | 4,72 | 4,01 |
| Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E. | 1412 | 1330 | 1353 | 1340 | 1350 | 0,95 | 1,06 | 1,03 | 0,81 | 0,81 | 6,38 | 7,59 | 7,20 | 5,71 | 5,68 |
| Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. | 1037 | 979 | 1092 | 902 | 923 | 1,22 | 1,26 | 1,18 | 0,99 | 1,07 | 3,86 | 4,24 | 3,55 | 3,61 | 3,81 |
| Hospital Garcia de Orta, E.P.E. | 1358 | 1375 | 1401 | 999 | 1051 | 0,82 | 0,88 | 0,97 | 0,92 | 0,87 | 4,19 | 4,47 | 4,79 | 5,38 | 5,13 |
| Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, E.P.E. | 1422 | 1547 | 1438 | 1386 | 1518 | 0,86 | 0,89 | 0,91 | 0,66 | 0,70 | 6,88 | 7,13 | 7,86 | 5,92 | 5,75 |
| Hospital Espírito Santo de Évora, E.P.E. | 784 | 830 | 870 | 712 | 680 | 0,77 | 0,78 | 0,76 | 0,59 | 0,68 | 6,43 | 6,21 | 5,74 | 5,44 | 6,59 |
| Centro Hospitalar Universitário do Algarve, E.P.E. | 1266 | 1322 | 1510 | 1209 | 1375 | 0,87 | 0,86 | 0,91 | 1,00 | 1,02 | 4,02 | 3,80 | 3,54 | 3,61 | 4,08 |

Fonte: ACSS, 2023



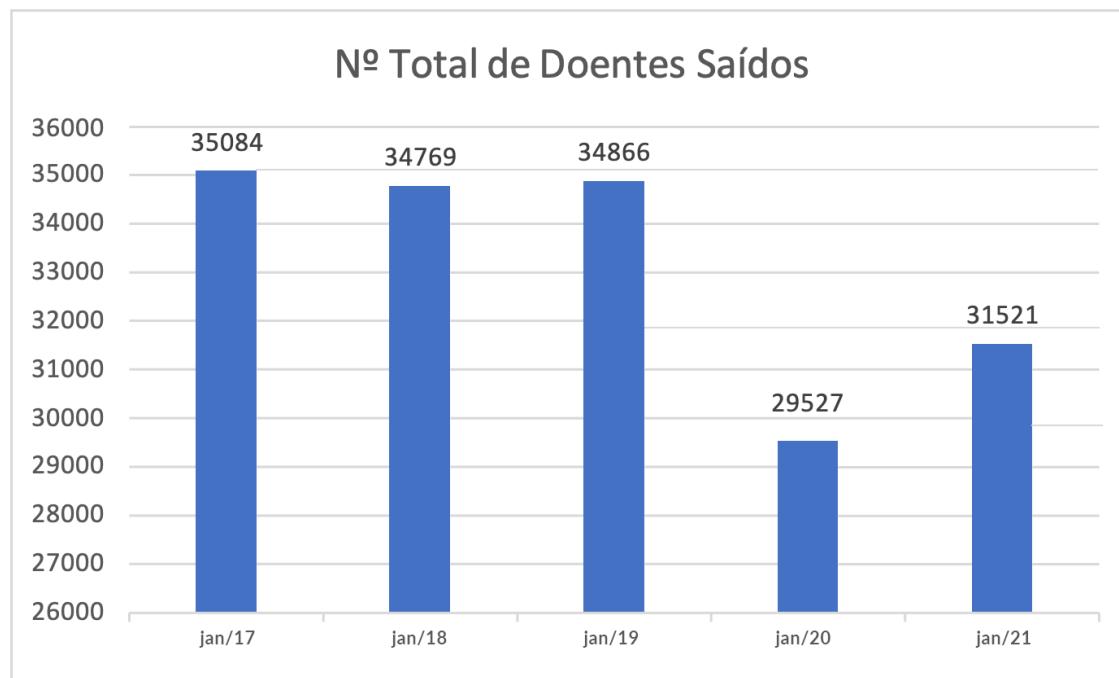


Fonte: ACSS, 2023

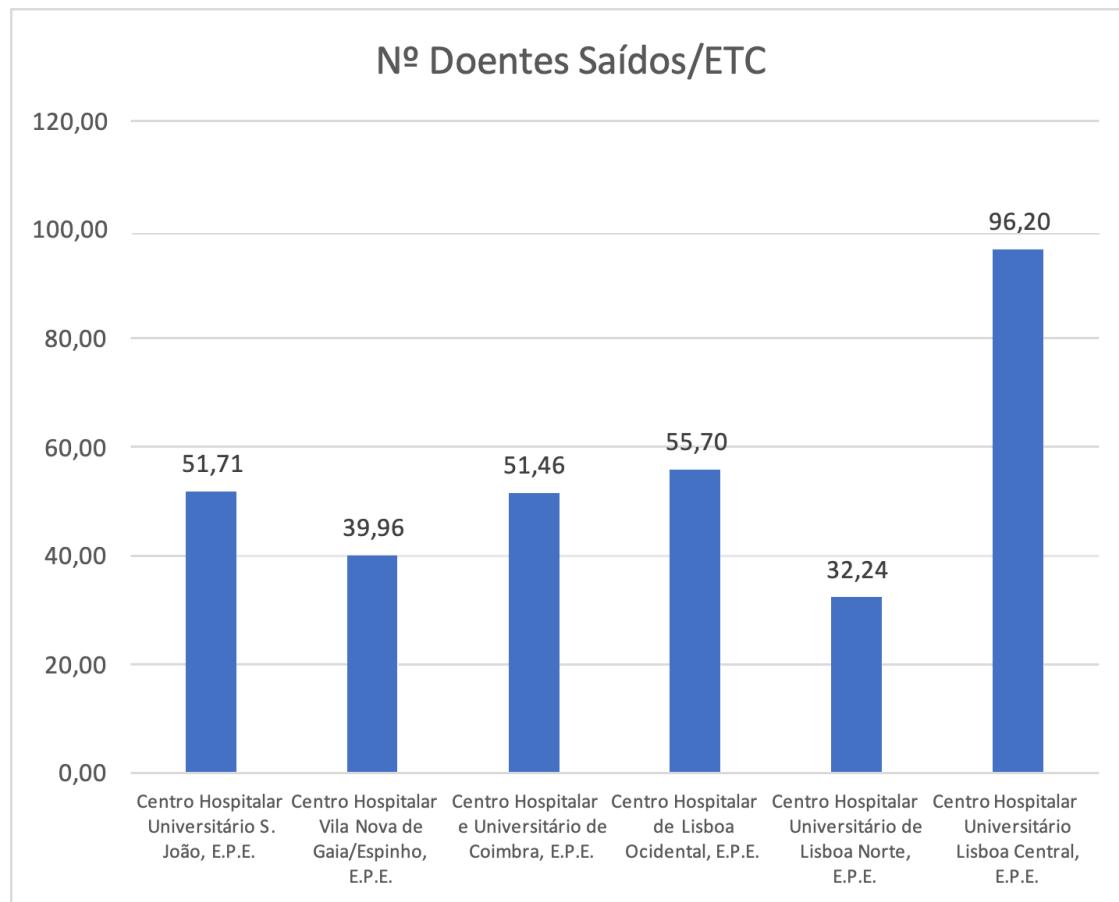
Centros sem Hemodinâmica

| Internamento de Cardiologia | Nº Doentes Saídos | | | | | | Taxa de Ocupação | | | | | Demora Média | | | | |
|---|-------------------|--------|--------|--------|--------|--------|------------------|--------|--------|--------|--------|--------------|--------|--------|--------|------|
| | dez/17 | dez/18 | dez/19 | dez/20 | dez/21 | dez/17 | dez/18 | dez/19 | dez/20 | dez/21 | dez/17 | dez/18 | dez/19 | dez/20 | dez/21 | |
| ARS / Instituição Hospitalar | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, E.P.E. | 550 | 516 | 319 | 207 | 503 | 1,12 | 0,78 | 0,49 | 0,37 | 0,57 | 5,97 | 4,40 | 4,51 | 5,19 | 4,98 | |
| Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E. | 68 | 64 | 43 | 18 | 36 | | 0,07 | 0,04 | 0,05 | 0,10 | 3,00 | 2,47 | 2,12 | 2,00 | 2,11 | |
| Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, E.P.E. | 1300 | 1282 | 1398 | 1234 | 1411 | 0,93 | 0,91 | 1,01 | 1,22 | 0,89 | 5,76 | 6,20 | 6,33 | 6,49 | 5,52 | |
| Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E. | 148 | 133 | 4 | 1 | | 0,69 | | | | | 6,79 | 5,47 | 1,25 | 1,00 | | |
| Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E. | 714 | 573 | 517 | 1019 | 373 | 0,65 | 0,86 | 0,79 | 1,59 | 0,82 | 6,34 | 7,11 | 7,28 | 4,57 | 6,43 | |
| Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E.P.E. | 567 | 523 | 521 | 412 | 450 | 0,69 | 0,64 | 0,65 | 0,51 | 0,54 | 4,88 | 4,92 | 5,01 | 4,51 | 4,36 | |
| Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, E.P.E. | 632 | 678 | 783 | 889 | 868 | 0,75 | 0,72 | 0,83 | 0,59 | 0,64 | 8,21 | 7,40 | 7,39 | 4,85 | 4,56 | |
| Centro Hospitalar Médio Tejo, E.P.E. | 440 | 383 | 425 | 389 | 445 | 0,97 | 0,87 | 0,83 | 0,77 | 0,78 | 8,03 | 8,31 | 7,17 | 7,23 | 6,42 | |
| Hospital de Cascais, PPP | | | | 49 | 67 | | | | | | | | | | 5,04 | 8,72 |
| Hospital de Loures, E.P.E. | 283 | 280 | 293 | 326 | 414 | | | | | | 5,11 | 5,65 | 8,19 | 6,66 | 7,30 | |
| Hospital de Vila Franca de Xira, E.P.E. | 433 | 461 | 414 | 404 | 391 | 0,82 | 0,79 | 0,86 | 0,84 | 0,74 | 6,95 | 6,26 | 7,56 | 7,58 | 6,87 | |
| Hospital Distrital de Santarém, E.P.E. | 811 | 841 | 877 | 725 | 758 | 0,71 | 0,84 | 0,91 | 0,82 | 0,88 | 4,46 | 5,47 | 5,67 | 6,17 | 6,35 | |
| Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E. | 468 | 436 | 424 | 480 | 590 | 0,77 | 0,84 | 0,82 | 0,77 | 0,76 | 5,44 | 6,33 | 6,35 | 8,19 | 6,57 | |

Fonte: ACSS, 2023

Totais Nacionais – Internamentos de Cardiologia

Fonte: ACSS, 2023



Fonte: ACSS, 2023

IV – Interacção com os Cuidados Primários

A atual expansão do conceito de Unidades Locais de Saúde, como estruturas integradoras dos diferentes níveis de cuidados, permite uma reformulação do seu relacionamento e uma atualização dos diferentes algoritmos de diagnóstico e referenciação.

Uma das principais limitações atuais reside no limitado conjunto de exames complementares acessíveis aos Cuidados primários, com implicações ao nível da adequação da referenciação hospitalar. Em concreto propomos:

- A inclusão do doseamento dos péptidos natriuréticos (**BNP** e **NT-proBNP**), que são hormonas secretadas pelo músculo cardíaco em condições de sobrecarga e/ou de dilatação, como acontecem na insuficiência cardíaca. O acesso a esta análise nos Cuidados Primários vai permitir uma mais correta e precoce identificação dos casos de insuficiência cardíaca;
- A avaliação cardíaca global é o resultado da integração de diversas técnicas, que são complementares e indissociáveis, com esse objetivo a Inclusão de **estudo Doppler** nos exames ecocardiográficos é fundamental para avaliação mais precisa de doenças valvulares;
- O impacto da hipertensão arterial (HTA), nas doenças cérebro-cardiovasculares é bem conhecido. O acesso dos cuidados primários à **Monitorização Ambulatória da Pressão Arterial (MAPA)**, torna-se fundamental para diagnóstico e controlo da HTA, contribuindo para minorar a mortalidade e morbilidade cardiovascular;
- A fibrilhação auricular é na actualidade uma das grandes preocupações da comunidade científica. A **monitorização electrocardiográfica de longa**

duração (>5 dias) para deteção de fibrilhação auricular auxilia a correta e atempada deteção desta patologia de grande impacto, sendo uma das principais causas de AVC;

- Atualização dos exames disponíveis para rastreio e avaliação de doentes coronários de acordo com os novos algoritmos em vigor, nomeadamente em pacientes com mais de 40 anos:

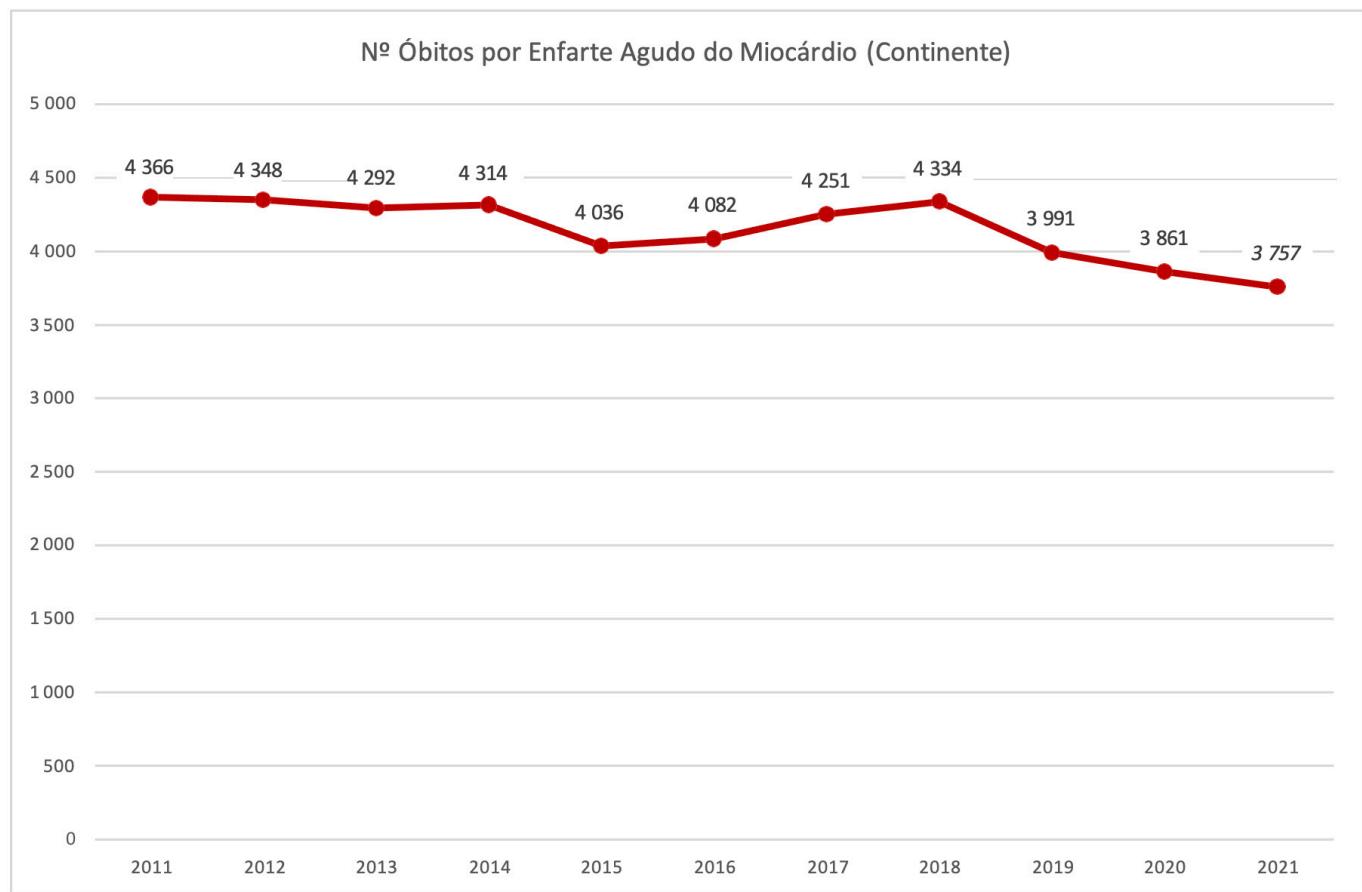
- **Tomografia Computorizada** para avaliação de “Score” de Cálcio e Coronariografia não invasiva (**Angio-TAC coronário**);
- **Ecocardiografia de esforço/sobrecarga farmacológica.**

Dependendo das circunstâncias concretas das diferentes estruturas Hospitalares/ULS poderá ser equacionado o recurso a sistemas de apoio para interpretação remota, como foi avaliado em projeto piloto de exequibilidade, realizado pelo Programa Nacional para Doenças Cérebro-Cardiovasculares, englobando a realização de ECG, MAPA e monitorização electrocardiográfica de longa duração.

Independentemente da existência de apoio para interpretação remota, consideramos indispensável a existência de electrocardiografia nas unidades de cuidados primários.

V - Enfarte Agudo do Miocárdio – Via Verde Coronária

O enfarte agudo do miocárdio (EAM) constitui uma das patologias em que se verificou uma mais notória redução da mortalidade nas últimas décadas, apenas ultrapassada pela que se verificou no acidente vascular cerebral isquémico. A importância desta redução veio a modificar a história natural da doença como reflexo do seu impacto epidemiológico.



Fonte: Elaborado pela DSIA/DGS, 2023

Entre 2007 e 2020 constata-se uma expressiva diminuição de óbitos por ano o que corresponde a uma redução da mortalidade padronizada de 36,3 %.

Tabela – Evolução de indicadores de mortalidade por enfarte agudo do miocárdio, por sexo, Portugal Continental (2007 a 2020)

| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|-----------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Ambos os sexos | | | | | | | | | | | | | | |
| Óbitos | 5 117 | 4 858 | 4 664 | 4 683 | 4 366 | 4 348 | 4 292 | 4 314 | 4 036 | 4 082 | 4 251 | 4 334 | 3 991 | 3 861 |
| Taxa de mortalidade | 51,0 | 48,3 | 46,4 | 46,5 | 43,5 | 43,5 | 43,2 | 43,6 | 40,9 | 41,5 | 43,4 | 44,3 | 40,8 | 39,4 |
| TMP todas as idades | 31,1 | 28,9 | 27,2 | 26,4 | 24,2 | 23,3 | 22,2 | 23,0 | 20,8 | 20,9 | 21,8 | 21,6 | 20,6 | 19,8 |
| TMP <65 anos | 8,7 | 8,3 | 7,6 | 7,5 | 7,2 | 6,5 | 6,4 | 8,0 | 6,8 | 7,2 | 7,8 | 7,5 | 7,5 | 7,1 |
| TMP ≥65 anos | 212,0 | 195,9 | 185,6 | 179,2 | 161,4 | 158,9 | 150,8 | 144,8 | 134,6 | 132,3 | 134,7 | 135,9 | 127,2 | 121,8 |
| TMP <70 anos | 11,5 | 11,1 | 10,4 | 9,9 | 9,7 | 9,0 | 8,3 | 10,1 | 9,0 | 9,3 | 10,0 | 9,7 | nd | nd |
| TMP ≥70 anos | 292,1 | 265,8 | 250,6 | 245,2 | 216,5 | 213,2 | 207,1 | 194,8 | 178,4 | 176,0 | 177,6 | 180,5 | nd | nd |
| Sexo masculino | | | | | | | | | | | | | | |
| Óbitos | 2 821 | 2 718 | 2 577 | 2 568 | 2 432 | 2 378 | 2 342 | 2 424 | 2 251 | 2 334 | 2 441 | 2 491 | 2 279 | 2 258 |
| Taxa de mortalidade | 58,5 | 56,4 | 53,5 | 53,4 | 50,7 | 49,9 | 49,5 | 51,6 | 48,2 | 50,1 | 52,7 | 53,9 | 49,3 | 48,8 |
| TMP todas as idades | 43,6 | 41,3 | 38,3 | 37,4 | 34,7 | 33,1 | 31,9 | 33,8 | 30,3 | 31,3 | 32,7 | 32,4 | 29,8 | 29,2 |
| TMP <65 anos | 14,8 | 13,8 | 12,5 | 12,6 | 11,7 | 10,9 | 10,6 | 13,8 | 11,3 | 12,3 | 13,9 | 13,1 | 12,9 | 12,3 |
| TMP ≥65 anos | 276,9 | 263,4 | 247,4 | 238,0 | 220,3 | 212,4 | 204,5 | 194,9 | 184,3 | 184,7 | 185,0 | 188,4 | 166,8 | 165,5 |
| TMP <70 anos | 18,7 | 18,1 | 16,7 | 16,3 | 15,8 | 14,7 | 13,5 | 17,1 | 14,7 | 15,8 | 17,5 | 16,5 | nd | nd |
| TMP ≥70 anos | 375,2 | 348,8 | 325,7 | 317,3 | 285,3 | 277,6 | 276,4 | 255,2 | 238,1 | 237,3 | 234,1 | 244,4 | nd | nd |
| Sexo feminino | | | | | | | | | | | | | | |
| Óbitos | 2 296 | 2 140 | 2 087 | 2 115 | 1 934 | 1 970 | 1 950 | 1 890 | 1 785 | 1 748 | 1 810 | 1 843 | 1 712 | 1 603 |
| Taxa de mortalidade | 44,0 | 40,9 | 39,8 | 40,3 | 36,9 | 37,6 | 37,4 | 36,4 | 34,4 | 33,8 | 35,1 | 35,7 | 33,1 | 31,0 |
| TMP todas as idades | 21,2 | 19,4 | 18,4 | 17,7 | 16,0 | 15,6 | 14,8 | 14,4 | 13,3 | 12,7 | 13,0 | 13,0 | 13,2 | 12,1 |
| TMP <65 anos | 3,2 | 3,3 | 3,1 | 2,8 | 3,1 | 2,6 | 2,5 | 2,6 | 2,7 | 2,6 | 2,4 | 2,4 | 2,6 | 2,5 |
| TMP ≥65 anos | 166,7 | 149,3 | 141,8 | 138,6 | 120,4 | 121,1 | 114,2 | 109,2 | 99,6 | 95,2 | 98,5 | 98,4 | 98,4 | 89,4 |
| TMP <70 anos | 5,0 | 4,9 | 4,7 | 4,1 | 4,2 | 4,0 | 3,7 | 3,8 | 3,9 | 3,5 | 3,4 | 3,6 | nd | nd |
| TMP ≥70 anos | 236,6 | 212,0 | 200,4 | 198,3 | 171,6 | 170,2 | 162,3 | 154,3 | 138,9 | 135,5 | 140,0 | 137,6 | nd | nd |

Notas: TMP: Taxa de mortalidade padronizada. Taxas: por 100000 habitantes. Enfarte agudo do miocárdio = Códigos I21 da CID 10. Método direto de padronização (grupos etários quinquenais).

População padrão europeia (WHO, 1976). Fonte: Elaborado pela DSIA/DGS, 2022

Estes resultados foram obtidos através da criação da Via Verde Coronária, envolvendo a rede de cuidados pré-hospitalares (INEM) em estreita articulação com as Unidades Hospitalares de Cardiologia de Intervenção, após a definição de uma estratégia de tratamento preferencial por angioplastia primária.

Define-se Via Verde como uma estratégia organizada para a abordagem, encaminhamento e tratamento mais adequado, planeado e expedito, nas fases pré, intra e inter-hospitalares, de situações clínicas mais frequentes e/ou graves que importam ser especialmente valorizadas pela sua importância para a saúde das populações. (Parecer N° AM 05/2005 de 05.10.2005 – SEAS).

As Vias Verdes promovem:

- O envolvimento da população e dos profissionais de saúde;
- O reconhecimento precoce de sinais de alarme;
- O conhecimento dos mecanismos de pedido de ajuda;
- A sistematização das primeiras atitudes de socorro;
- A definição do encaminhamento para a instituição mais adequada e com melhores condições de tratamento definitivo;
- A definição das diversas responsabilidades técnicas, dos vários procedimentos clínicos (recomendações e protocolos clínicos), de sistemas de informação (registos) e indicadores de avaliação e monitorização;
- A integração do trabalho e dos objetivos nas fases pré, intra e inter-hospitalares.

Na idealização e implementação das Vias Verdes devem-se identificar e assumir como referencial os critérios de boa prática, prever um sistema de sensibilização e informação junto de parceiros

e interlocutores, bem como um sistema de formação, ensino de competências e validação técnica dos procedimentos, definir um sistema de monitorização/recolha de informação e proceder ao acompanhamento e aferição do sistema.

É dada prioridade às Vias Verdes pré-hospitalares, que deverão ser acionadas pelo cidadão (doente) através do número nacional de emergência (112) e envolvem diretamente o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) no diagnóstico, eventual tratamento pré-hospitalar e adequado encaminhamento para os Hospitais com as melhores condições de confirmação diagnóstica e tratamento subsequente e com disponibilidade logística para a receção dos doentes.

As Vias Verdes pré-hospitalares, devem ter em consideração os critérios diagnósticos de fase aguda, o conhecimento das Unidades mais adequadas para o encaminhamento dos doentes, o tempo decorrido desde o início de sintomas/ sinais, o tempo necessário para o transporte e a disponibilidade de internamento de cada Unidade.

Deve, assim, ser privilegiado o fator TEMPO (para o tratamento), em detrimento das distâncias quilométricas e dos critérios tradicionais de áreas de influência geográfica dos hospitais.

Independentemente das recomendações operacionais para as vias verdes coronária e do AVC (documento da Coordenação Nacional das Doenças Cardiovasculares), releva para o conteúdo deste documento a situação atual das áreas de influência dos diferentes centros de hemodinâmica, com capacidade para realização de angioplastia primária, terapêutica de eleição do enfarte agudo do miocárdio.

De uma forma simplificada pode ser afirmado que as áreas definidas num raio de 60 e 90Km, constituem a zona de influência direta desses centros. Em

algumas regiões/concelhos poderá, de acordo com a alteração dos acessos rodoviários entretanto ocorridos, levar à necessidade de uma revisão destas orientações, sempre com o conhecimento e de acordo com o INEM/CODU. O transporte inter-hospitalar eficiente é assim uma condição essencial para o sucesso das Vias Verdes, sendo reconhecido as limitações e problemas que se encontram na prática diária no transporte destes doentes. É necessária uma melhor agilização e coordenação dos meios disponíveis, tendo provavelmente o INEM um papel decisivo nesta otimização.

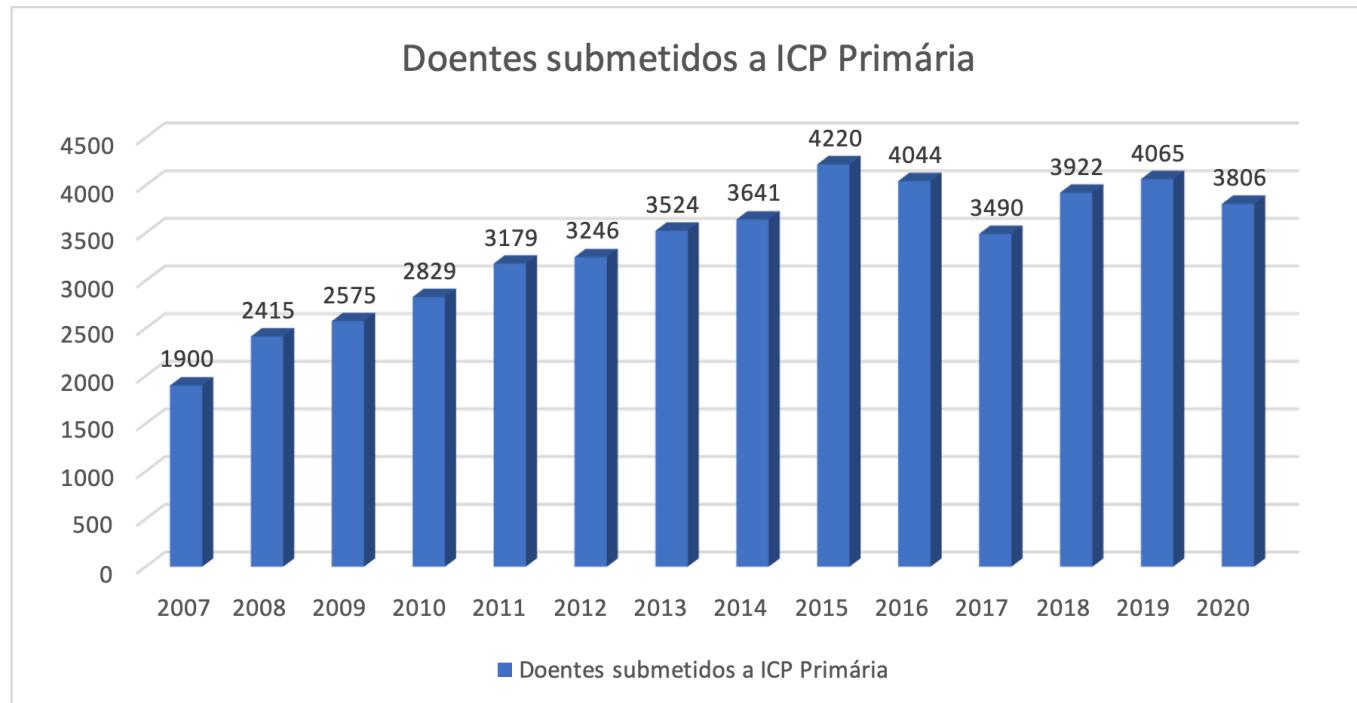
Poderá assim ser constatada a elevada percentagem

de cobertura populacional já existente, motivando a recomendação atual de consolidação das equipas de intervenção dos centros, em detrimento da abertura de novos pontos de rede, desde que assegurado um transporte inter-hospitalar eficiente. Como já referenciado, existe uma exceção a nível nacional, em que se justifica a abertura de um novo centro com capacidade para intervenção no enfarte agudo do miocárdio: O Centro Hospitalar da Cova da Beira (Covilhã) permitindo o acesso a populações de localidades atualmente fora dos tempos de acesso recomendados.

Centros com capacidade para realização de angioplastia primária no enfarte agudo do miocárdio

| HOSPITAIS | ARS | Nível Resposta |
|--|----------|----------------|
| Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro | Norte | 1 |
| Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho | Norte | 1 |
| Centro Hospitalar do Porto (Hosp. Stº Antº) | Norte | 1 |
| CHU de S. João | Norte | 1 |
| Hospital de Braga | Norte | 1 |
| Hospital de Penafiel (Vale de Sousa) – CHTS | Norte | 1 |
| Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra | Centro | 1 |
| CH Tondela Viseu (Hospital de S. Teotónio) | Centro | 1 |
| CH Leiria (Hospital de Santo André) | Centro | 1 |
| CHUL Central (Hospital de Santa Marta) | LVT | 1 |
| CHL Ocidental (Hospital Santa Cruz) | LVT | 1 |
| CHUL Norte (Hospital de Santa Maria) | LVT | 1 |
| Hospital Fernando da Fonseca | LVT | 1 |
| Hospital Garcia de Orta | LVT | 1 |
| CH Setúbal (Hospital S. Bernardo) | LVT | 1 |
| Hospital Espírito Santo (Évora) | Alentejo | 1 |
| Hospital Distrital de Faro | Algarve | 1 |

Nível Resposta - 1: Disponibilidade 24h/7. Fonte: PNDCCV, 2023

Nº Doentes submetidos a Angioplastia Primária – Totais Nacionais

Fonte: PNDCCV, 2022

Áreas Geográficas de Referenciação – Enfarte Agudo do Miocárdio

Via Verde Coronária

| Região de Saúde | Área geográfica / Concelho | Distrito | CODU | Hemodinâmica de Intervenção | Nível de Resposta |
|-----------------|----------------------------|------------------|-------|-----------------------------|-------------------|
| NORTE | Matosinhos | Porto | Norte | CHUSJ - Porto | 1 |
| | Póvoa de Varzim | Porto | Norte | CHUSJ - Porto | 1 |
| | Vila do Conde | Porto | Norte | CHUSJ - Porto | 1 |
| | Maia | Porto | Norte | CHUSJ - Porto | 1 |
| | Gondomar | Porto | Norte | CH - Porto | |
| | Penafiel | Porto | Norte | CHTS - Penafiel | 1 |
| | Felgueiras | Porto | Norte | CHTS - Penafiel | 1 |
| | Lousada | Porto | Norte | CHTS - Penafiel | 1 |
| | Marco de Canavezes | Porto | Norte | CHTS - Penafiel | 1 |
| | Paços de Ferreira | Porto | Norte | CHTS - Penafiel | 1 |
| | Paredes | Porto | Norte | CHTS - Penafiel | 1 |
| | Santo Tirso | Porto | Norte | CHUSJ - Porto | 1 |
| | Trofa | Porto | Norte | CHUSJ - Porto | 1 |
| | Valongo | Porto | Norte | CHUSJ - Porto | 1 |
| | Porto Oriental | Porto | Norte | CHUSJ - Porto | 1 |
| | Amarante | Porto | Norte | CHTS - Penafiel | 1 |
| | Baião | Porto | Norte | CHTS - Penafiel | 1 |
| | Porto Ocidental | Porto | Norte | CHUP - HSAntónio | 1 |
| | Gaia | Porto | Norte | CHVNGE - Gaia | 1 |
| | Entre Douro e Vouga | Porto | Norte | CHVNGE - Gaia | 1 |
| | Fafe | Braga | Norte | HB - Braga | 1 |
| | Guimarães | Braga | Norte | HB - Braga | 1 |
| | Cabeceiras de Basto | Braga | Norte | HB - Braga | 1 |
| | Vizela | Braga | Norte | HB - Braga | 1 |
| | Terras do Bouro | Braga | Norte | HB - Braga | 1 |
| | Vieira do Minho | Braga | Norte | HB - Braga | 1 |
| | Celorico de Basto | Braga | Norte | CHTS - Penafiel | 1 |
| | Espinho | Braga | Norte | HB - Braga | 1 |
| | Barcelos | Braga | Norte | HB - Braga | 1 |
| | Vila Verde | Braga | Norte | HB - Braga | 1 |
| | Amares | Braga | Norte | HB - Braga | 1 |
| | Póvoa de Lanhoso | Braga | Norte | HB - Braga | 1 |
| | Vila Nova de Famalicão | Braga | Norte | HB - Braga | 1 |
| | Braga | Braga | Norte | HB - Braga | 1 |
| | Monção | Viana do Castelo | Norte | HB - Braga | 1 |
| | Melgaço | Viana do Castelo | Norte | HB - Braga | 1 |
| | Valença | Viana do Castelo | Norte | HB - Braga | 1 |
| | Vila Nova de Cerveira | Viana do Castelo | Norte | HB - Braga | 1 |

Fonte: INEM, 2023

| Região de Saúde | Área geográfica / Concelho | Distrito | CODU | Hemodinâmica de Intervenção | Nível de Resposta |
|-----------------|----------------------------|------------------|--------|-----------------------------|-------------------|
| NORTE | Caminha | Viana do Castelo | Norte | HB - Braga | 1 |
| | Ponte de Lima | Viana do Castelo | Norte | HB - Braga | 1 |
| | Viana do Castelo | Viana do Castelo | Norte | HB - Braga | 1 |
| | Arcos de Valdevez | Viana do Castelo | Norte | HB - Braga | 1 |
| | Ponte da Barca | Viana do Castelo | Norte | HB - Braga | 1 |
| | Paredes de Coura | Viana do Castelo | Norte | HB - Braga | 1 |
| | Vinhais | Bragança | Norte | CHTMAD - Vila Real | 1 |
| | Bragança | Bragança | Norte | CHTMAD - Vila Real | 1 |
| | Vimioso | Bragança | Norte | CHTMAD - Vila Real | 1 |
| | Miranda do Douro | Bragança | Norte | CHTMAD - Vila Real | 1 |
| | Macedo de Cavaleiros | Bragança | Norte | CHTMAD - Vila Real | 1 |
| | Mogadouro | Bragança | Norte | CHTMAD - Vila Real | 1 |
| | Mirandela | Bragança | Norte | CHTMAD - Vila Real | 1 |
| | Vila Flor | Bragança | Norte | CHTMAD - Vila Real | 1 |
| | Alfândega da Fé | Bragança | Norte | CHTMAD - Vila Real | 1 |
| | Torre de Moncorvo | Bragança | Norte | CHTMAD - Vila Real | 1 |
| | Carrazeda de Ansiães | Bragança | Norte | CHTMAD - Vila Real | 1 |
| | Freixo de Espada-a-cinta | Bragança | Norte | CHTMAD - Vila Real | 1 |
| | Mondim de Basto | Vila Real | Norte | CHTMAD - Vila Real | 1 |
| | Alijó | Vila Real | Norte | CHTMAD - Vila Real | 1 |
| | Boticas | Vila Real | Norte | CHTMAD - Vila Real | 1 |
| | Chaves | Vila Real | Norte | CHTMAD - Vila Real | 1 |
| | Mesão Frio | Vila Real | Norte | CHTMAD - Vila Real | 1 |
| | Montalegre | Vila Real | Norte | CHTMAD - Vila Real | 1 |
| | Murça | Vila Real | Norte | CHTMAD - Vila Real | 1 |
| | Peso da Régua | Vila Real | Norte | CHTMAD - Vila Real | 1 |
| | Ribeira de Pena | Vila Real | Norte | CHTMAD - Vila Real | 1 |
| | Sabrosa | Vila Real | Norte | CHTMAD - Vila Real | 1 |
| | Stª Marta de Penaguião | Vila Real | Norte | CHTMAD - Vila Real | 1 |
| | Valpaços | Vila Real | Norte | CHTMAD - Vila Real | |
| | Vila Pouca de Aguiar | Vila Real | Norte | CHTMAD - Vila Real | 1 |
| | Vila Real | Vila Real | Norte | CHTMAD - Vila Real | 1 |
| CENTRO | Armamar | Viseu | Centro | CHTMAD - Vila Real | 1 |
| | Carregal do Sal | Viseu | Centro | CHTV - Viseu | 1 |
| | Castro de Aire | Viseu | Centro | CHTV - Viseu | 1 |
| | Cinfães | Viseu | Centro | CHTS - Penafiel | 1 |
| | Lamego | Viseu | Centro | CHTMAD - Vila Real | 1 |
| | Mangualde | Viseu | Centro | CHTV - Viseu | 1 |
| | Moimenta da Beira | Viseu | Centro | CHTMAD - Vila Real | 1 |
| | Mortágua | Viseu | Centro | CHTV - Viseu | 1 |
| | Nelas | Viseu | Centro | CHTV - Viseu | 1 |
| | Oliveira de Frades | Viseu | Centro | CHTV - Viseu | 1 |

| Região de Saúde | Área geográfica / Concelho | Distrito | CODU | Hemodinâmica de Intervenção | Nível de Resposta |
|-----------------|----------------------------|----------------|--------|-----------------------------|-------------------|
| CENTRO | Penalva do Castelo | Viseu | Centro | CHTV - Viseu | 1 |
| | Penedono | Viseu | Centro | CHTV - Viseu | 1 |
| | Resende | Viseu | Centro | CHTS - Penafiel | 1 |
| CENTRO | Santa Comba Dão | Viseu | Centro | CHTV - Viseu | 1 |
| | São João da Pesqueira | Viseu | Centro | CHTMAD - Vila Real | 1 |
| | São Pedro do Sul | Viseu | Centro | CHTV - Viseu | 1 |
| | Satão | Viseu | Centro | CHTV - Viseu | 1 |
| | Sernancelhe | Viseu | Centro | CHTV - Viseu | 1 |
| | Tabuaço | Viseu | Centro | CHTMAD - Vila Real | 1 |
| | Vila Nova de Paiva | Viseu | Centro | CHTV - Viseu | 1 |
| | Viseu | Viseu | Centro | CHTV - Viseu | 1 |
| | Vouzela | Viseu | Centro | CHTV - Viseu | 1 |
| | Aguiar da Beira | Guarda | Centro | CHTV - Viseu | 1 |
| | Almeida | Guarda | Centro | CHTV - Viseu | 1 |
| | Celorico da Beira | Guarda | Centro | CHTV - Viseu | 1 |
| | Fig. de Castelo Rodrigo | Guarda | Centro | CHTV - Viseu | 1 |
| | Fornos de Algodres | Guarda | Centro | CHTV - Viseu | 1 |
| | Guarda | Guarda | Centro | CHTV - Viseu | 1 |
| | Gouveia | Guarda | Centro | CHTV - Viseu | 1 |
| | Manteigas | Guarda | Centro | CHTV - Viseu | 1 |
| | Meda | Guarda | Centro | CHTV - Viseu | 1 |
| | Pinhel | Guarda | Centro | CHTV - Viseu | 1 |
| | Sabugal | Guarda | Centro | CHTV - Viseu | 1 |
| | Seia | Guarda | Centro | CHTV - Viseu | 1 |
| | Trancoso | Guarda | Centro | CHTV - Viseu | 1 |
| | Vila Nova de Foz Côa | Guarda | Centro | CHTV - Viseu | 1 |
| | Belmonte | Castelo Branco | Centro | CHUC - Coimbra | 1 |
| | Covilhã | Castelo Branco | Centro | CHUC - Coimbra | 1 |
| | Fundão | Castelo Branco | Centro | CHUC - Coimbra | 1 |
| | Cova da Beira | Castelo Branco | Centro | CHUC - Coimbra | 1 |
| | Castelo Branco | Castelo Branco | Centro | CHUC - Coimbra | 1 |
| | Idanha-a-Nova | Castelo Branco | Centro | CHUC - Coimbra | 1 |
| | Oleiros | Castelo Branco | Centro | CHUC - Coimbra | 1 |
| | Penamacor | Castelo Branco | Centro | CHUC - Coimbra | 1 |
| | Proença-a-Nova | Castelo Branco | Centro | CHUC - Coimbra | 1 |
| | Sertã | Castelo Branco | Centro | CHUC - Coimbra | 1 |
| | Vila de Rei | Castelo Branco | Centro | CHUC - Coimbra | 1 |
| | Vila Velha de Rodão | Castelo Branco | Centro | CHUC - Coimbra | 1 |
| | Espinho | Aveiro | Centro | CHVNGE - Gaia | 1 |
| | Oliveira de Azeméis | Aveiro | Centro | CHVNGE - Gaia | 1 |
| | Ovar | Aveiro | Centro | CHVNGE - Gaia | 1 |
| | Santa Maria da Feira | Aveiro | Centro | CHVNGE - Gaia | 1 |
| | S. João da Madeira | Aveiro | Centro | CHVNGE - Gaia | 1 |
| | Arouca | Aveiro | Centro | CHVNGE - Gaia | 1 |
| | Castelo de Paiva | Aveiro | Centro | CHTS - Penafiel | 1 |

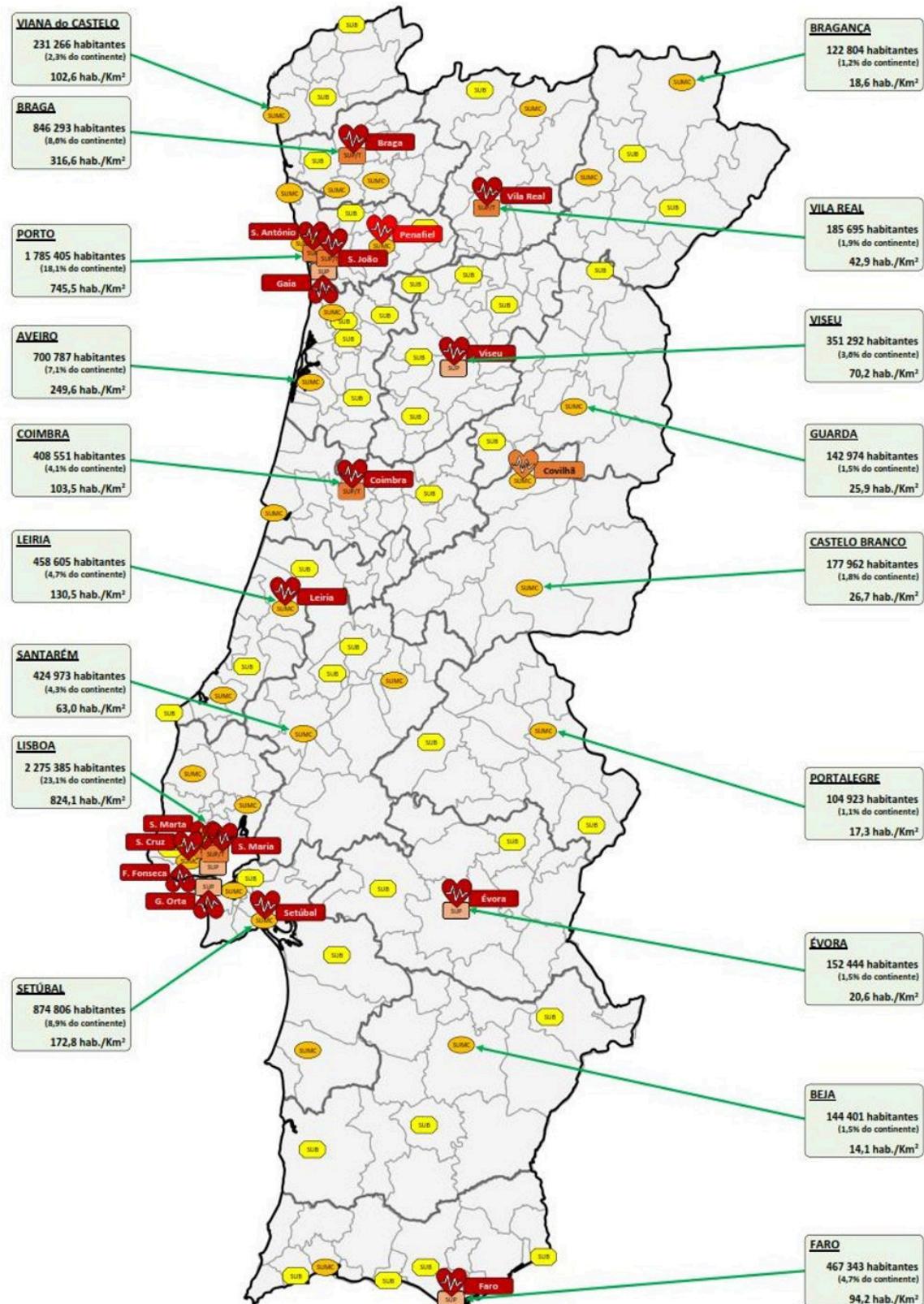
| Região de Saúde | Área geográfica / Concelho | Distrito | CODU | Hemodinâmica de Intervenção | Nível de Resposta |
|-----------------|---------------------------------|----------|--------|-----------------------------|-------------------|
| CENTRO | Vale de Cambra | Aveiro | Centro | CHVNGE - Gaia | 1 |
| | Águeda | Aveiro | Centro | CHUC - Coimbra | 1 |
| | Aveiro | Aveiro | Centro | CHUC - Coimbra | 1 |
| | Estarreja | Aveiro | Centro | CHUC - Coimbra | 1 |
| | Albergaria-a-Velha | Aveiro | Centro | CHUC - Coimbra | 1 |
| | Ílhavo | Aveiro | Centro | CHUC - Coimbra | 1 |
| | Oliveira do Bairro | Aveiro | Centro | CHUC - Coimbra | 1 |
| | Sever do Vouga | Aveiro | Centro | CHUC - Coimbra | 1 |
| | Vagos | Aveiro | Centro | CHUC - Coimbra | 1 |
| | Anadia | Aveiro | Centro | CHUC - Coimbra | 1 |
| | Mealhada | Aveiro | Centro | CHUC - Coimbra | 1 |
| | Murtosa | Aveiro | Centro | CHUC - Coimbra | 1 |
| | Coimbra Norte | Coimbra | Centro | CHUC - Coimbra | 1 |
| | Coimbra / Eiras | Coimbra | Centro | CHUC - Coimbra | 1 |
| | Coimbra / Sé Nova | Coimbra | Centro | CHUC - Coimbra | 1 |
| | Coimbra / S ^a Cruz | Coimbra | Centro | CHUC - Coimbra | 1 |
| | Coimbra/ Stº Antº Olivais | Coimbra | Centro | CHUC - Coimbra | 1 |
| | Mira | Coimbra | Centro | CHUC - Coimbra | 1 |
| | Miranda do Corvo | Coimbra | Centro | CHUC - Coimbra | 1 |
| | Mortágua | Coimbra | Centro | CHUC - Coimbra | 1 |
| | Arganil | Coimbra | Centro | CHUC - Coimbra | 1 |
| | Cantanhede | Coimbra | Centro | CHUC - Coimbra | 1 |
| | Góis | Coimbra | Centro | CHUC - Coimbra | 1 |
| | Lousã | Coimbra | Centro | CHUC - Coimbra | 1 |
| | Oliveira do Hospital | Coimbra | Centro | CHUC - Coimbra | 1 |
| | Pampilhosa da Serra | Coimbra | Centro | CHUC - Coimbra | 1 |
| | Penacova | Coimbra | Centro | CHUC - Coimbra | 1 |
| | Tábua | Coimbra | Centro | CHUC - Coimbra | 1 |
| | V. N. Poiares | Coimbra | Centro | CHUC - Coimbra | 1 |
| | Coimbra Sul | Coimbra | Centro | CHUC - Coimbra | 1 |
| | Coimbra / St ^a Clara | Coimbra | Centro | CHUC - Coimbra | 1 |
| | Coimbra / S. Martinho do Bispo | Coimbra | Centro | CHUC - Coimbra | 1 |
| | Figueira da Foz | Coimbra | Centro | CHUC - Coimbra | 1 |
| | Condeixa-a-Nova | Coimbra | Centro | CHUC - Coimbra | 1 |
| | Montemor-o-Velho | Coimbra | Centro | CHUC - Coimbra | 1 |
| | Penela | Coimbra | Centro | CHUC - Coimbra | 1 |
| | Soure | Coimbra | Centro | CHUC - Coimbra | 1 |
| | Alvaiázere | Leiria | Centro | CHUC - Coimbra | 1 |
| | Ansião | Leiria | Centro | CHUC - Coimbra | 1 |
| | Castanheira de Pêra | Leiria | Centro | CHUC - Coimbra | 1 |
| | Figueiró dos Vinhos | Leiria | Centro | CHUC - Coimbra | 1 |
| | Pedrogão Grande | Leiria | Centro | CHUC - Coimbra | 1 |

| Região de Saúde | Área geográfica / Concelho | Distrito | CODU | Hemodinâmica de Intervenção | Nível de Resposta |
|-----------------------|----------------------------|----------|--------|-----------------------------|-------------------|
| CENTRO | Alcobaça | Leiria | Centro | CHL - Leiria | 1 |
| | Leiria | Leiria | Centro | CHL - Leiria | 1 |
| | Pombal | Leiria | Centro | CHL - Leiria | 1 |
| | Porto-de-Mós | Leiria | Centro | CHL - Leiria | 1 |
| | Batalha | Leiria | Centro | CHL - Leiria | 1 |
| | Marinha Grande | Leiria | Centro | CHL - Leiria | 1 |
| | Nazaré | Leiria | Centro | CHL - Leiria | 1 |
| | Caldas da Rainha | Leiria | Centro | CHULN - HSMaria | 1 |
| | Peniche | Leiria | Centro | CHULN - HSMaria | 1 |
| | Bombarral | Leiria | Centro | CHULN - HSMaria | 1 |
| | Óbidos | Leiria | Centro | CHULN - HSMaria | 1 |
| LISBOA E VALE DO TEJO | Alvalade | Lisboa | Lisboa | CHULN - HSMaria | 1 |
| | Benfica | Lisboa | Lisboa | CHULN - HSMaria | 1 |
| | Loures | Lisboa | Lisboa | CHULN - HSMaria | 1 |
| | Lumiar | Lisboa | Lisboa | CHULN - HSMaria | 1 |
| | Odivelas | Lisboa | Lisboa | CHULN - HSMaria | 1 |
| | Pontinha | Lisboa | Lisboa | CHULN - HSMaria | 1 |
| | Alenquer | Lisboa | Lisboa | CHULC - HSMarta | 1 |
| | Alhandra | Lisboa | Lisboa | CHULC - HSMarta | 1 |
| | Arruda dos Vinhos | Lisboa | Lisboa | CHULC - HSMarta | 1 |
| | Azambuja | Lisboa | Lisboa | CHULC - HSMarta | 1 |
| | Póvoa Stº Adrião | Lisboa | Lisboa | CHULC - HSMarta | 1 |
| | V. F. Xira | Lisboa | Lisboa | CHULC - HSMarta | 1 |
| | Cadaval | Lisboa | Lisboa | CHULN - HSMaria | 1 |
| | Sobral de Monte Agraço | Lisboa | Lisboa | CHULN - HSMaria | 1 |
| | Lourinhã | Lisboa | Lisboa | CHULN - HSMaria | 1 |
| | Mafra | Lisboa | Lisboa | CHULN - HSMaria | 1 |
| | Torres Vedras | Lisboa | Lisboa | CHULN - HSMaria | 1 |
| | Cascais | Lisboa | Lisboa | CHLO - HSCruz | 1 |
| | Oeiras | Lisboa | Lisboa | CHLO - HSCruz | 1 |
| | Parede | Lisboa | Lisboa | CHLO - HSCruz | 1 |
| | Ajuda | Lisboa | Lisboa | CHLO - HSCruz | 1 |
| | Alcântara | Lisboa | Lisboa | CHLO - HSCruz | 1 |
| | Carnaxide | Lisboa | Lisboa | CHLO - HSCruz | 1 |
| | Stº Condestável | Lisboa | Lisboa | CHULN - HSMaria | 1 |
| | Algueirão / Mem Martins | Lisboa | Lisboa | HFF - Amadora | 1 |
| | Amadora | Lisboa | Lisboa | HFF - Amadora | 1 |
| | Cacém | Lisboa | Lisboa | HFF - Amadora | 1 |
| | P. Pinheiro | Lisboa | Lisboa | HFF - Amadora | 1 |
| | Queluz | Lisboa | Lisboa | HFF - Amadora | 1 |
| | Reboleira | Lisboa | Lisboa | HFF - Amadora | 1 |
| | Rio de Mouro | Lisboa | Lisboa | HFF - Amadora | 1 |
| | Sintra | Lisboa | Lisboa | HFF - Amadora | 1 |

| Região de Saúde | Área geográfica / Concelho | Distrito | CODU | Hemodinâmica de Intervenção | Nível de Resposta |
|-----------------------|----------------------------|----------|--------|-----------------------------|-------------------|
| LISBOA E VALE DO TEJO | Venda Nova | Lisboa | Lisboa | HFF - Amadora | 1 |
| | Graça | Lisboa | Lisboa | CHULC - HSMarta | 1 |
| | Lapa | Lisboa | Lisboa | CHULC - HSMarta | 1 |
| | Luz Soriano | Lisboa | Lisboa | CHULC - HSMarta | 1 |
| | S. Mamede | Lisboa | Lisboa | CHULC - HSMarta | 1 |
| | Stº. Isabel | Lisboa | Lisboa | CHULC - HSMarta | 1 |
| | Alameda | Lisboa | Lisboa | CHULC - HSMarta | 1 |
| | Coração de Jesus | Lisboa | Lisboa | CHULC - HSMarta | 1 |
| | Penha de França | Lisboa | Lisboa | CHULC - HSMarta | 1 |
| | S. João | Lisboa | Lisboa | CHULC - HSMarta | 1 |
| | Olivais | Lisboa | Lisboa | CHULC - HSMarta | 1 |
| | Sacavém | Lisboa | Lisboa | CHULC - HSMarta | 1 |
| | Sete Rios | Lisboa | Lisboa | CHULC - HSMarta | 1 |
| | Santarém | Santarém | Lisboa | CHULC - HSMarta | 1 |
| | Almeirim | Santarém | Lisboa | CHULC - HSMarta | 1 |
| | Alpiarça | Santarém | Lisboa | CHULC - HSMarta | 1 |
| | Benavente | Santarém | Lisboa | CHULC - HSMarta | 1 |
| | Cartaxo | Santarém | Lisboa | CHULC - HSMarta | 1 |
| | Chamusca | Santarém | Lisboa | CHULC - HSMarta | 1 |
| | Coruche | Santarém | Lisboa | CHULC - HSMarta | 1 |
| | Rio Maior | Santarém | Lisboa | CHULC - HSMarta | 1 |
| | Salvaterra de Magos | Santarém | Lisboa | CHULC - HSMarta | 1 |
| | Abrantes | Santarém | Lisboa | CHULC - HSMarta | 1 |
| | Constância | Santarém | Lisboa | CHULC - HSMarta | 1 |
| | Mação | Santarém | Lisboa | CHULC - HSMarta | 1 |
| | Sardoal | Santarém | Lisboa | CHULC - HSMarta | 1 |
| | Gavião | Santarém | Lisboa | CHULC - HSMarta | 1 |
| | Vila de Rei | Santarém | Lisboa | CHULC - HSMarta | 1 |
| | Tomar | Santarém | Lisboa | CHULC - HSMarta | 1 |
| | Ferreira do Zêzere | Santarém | Lisboa | CHULC - HSMarta | 1 |
| | Ourém | Santarém | Lisboa | CHL - Leiria | 1 |
| | Torres Novas | Santarém | Lisboa | CHULC - HSMarta | 1 |
| | Alcanena | Santarém | Lisboa | CHULC - HSMarta | 1 |
| | Entroncamento | Santarém | Lisboa | CHULC - HSMarta | 1 |
| | Golegã | Santarém | Lisboa | CHULC - HSMarta | 1 |
| | V. N. Barquinha | Santarém | Lisboa | CHULC - HSMarta | 1 |
| | Barreiro | Setúbal | Lisboa | HGO-Almada | 1 |
| | Alcochete | Setúbal | Lisboa | CHS - Setúbal | 1 |
| | Moita | Setúbal | Lisboa | CHS - Setúbal | 1 |
| | Montijo | Setúbal | Lisboa | CHS - Setúbal | 1 |
| | Almada | Setúbal | Lisboa | HGO - Almada | 1 |
| | Seixal | Setúbal | Lisboa | HGO - Almada | 1 |
| | Sesimbra | Setúbal | Lisboa | HGO - Almada | 1 |
| | Santiago do Cacém | Setúbal | Lisboa | CHS - Setúbal | 1 |

| Região de Saúde | Área geográfica / Concelho | Distrito | CODU | Hemodinâmica de Intervenção | Nível de Resposta |
|-----------------------|----------------------------|------------|--------|-----------------------------|-------------------|
| LISBOA E VALE DO TEJO | Setúbal | Setúbal | Lisboa | CHS - Setúbal | 1 |
| | Alcácer do Sal | Setúbal | Lisboa | CHS - Setúbal | 1 |
| | Grândola | Setúbal | Lisboa | CHS - Setúbal | 1 |
| | Palmela | Setúbal | Lisboa | CHS - Setúbal | 1 |
| | Sines | Setúbal | Lisboa | CHS - Setúbal | 1 |
| ALENTEJO | Distrito Portalegre | Portalegre | Lisboa | HESE - Évora | 1 |
| | Distrito Évora | Évora | Lisboa | HESE - Évora | 1 |
| | Distrito Beja | Beja | Lisboa | CHS - Setúbal /HESE - Évora | 1 |
| ALGARVE | Lagos | Faro | Lisboa | CHUA - Faro | 1 |
| | Portimão | Faro | Lisboa | CHUA - Faro | 1 |
| | Aljezur | Faro | Lisboa | CHUA - Faro | 1 |
| | Lagoa | Faro | Lisboa | CHUA - Faro | 1 |
| | Monchique | Faro | Lisboa | CHUA - Faro | 1 |
| | Silves | Faro | Lisboa | CHUA - Faro | 1 |
| | Vila do Bispo | Faro | Lisboa | CHUA - Faro | 1 |
| | Faro | Faro | Lisboa | CHUA - Faro | 1 |
| | Albufeira | Faro | Lisboa | CHUA - Faro | 1 |
| | Castro Marim | Faro | Lisboa | CHUA - Faro | 1 |
| | Loulé | Faro | Lisboa | CHUA - Faro | 1 |
| | Olhão | Faro | Lisboa | CHUA - Faro | 1 |
| | Tavira | Faro | Lisboa | CHUA - Faro | 1 |
| | V. R. Stº. António | Faro | Lisboa | CHUA - Faro | 1 |
| | Alcoutim | Faro | Lisboa | CHUA - Faro | 1 |
| | São Brás de Alportel | Faro | Lisboa | CHUA - Faro | 1 |

Fonte: INEM, 2023



Fonte: INEM, 2023

Registo Nacional do Enfarte do Miocárdio

Após a consolidação da resposta expressa pelas Vias Verdes, as melhorias possíveis dos resultados clínicos passam por uma dimensão qualitativa, apenas possível de concretizar mediante um conhecimento aprofundado da realidade nacional. A importância epidemiológica do enfarte do miocárdio justifica a criação de um Registo Nacional com carácter obrigatório e que integre a vertente pré-hospitalar com a subsequente componente hospitalar. Deverá existir uma especial preocupação em relação aos dados respeitantes a métricas e indicadores de qualidade. O grupo de trabalho que elaborou a Norma da Direção Geral de Saúde sobre as síndromes coronárias agudas, apresentada em 2019, já tinha identificado a necessidade de recolher de forma sistematizada informação nesse sentido, recomendando o registo compulsivo no processo clínico de:

- a) Hora de início dos sintomas;
- b) Hora do primeiro contacto estabelecido pelo doente;
- c) Local para o qual foi estabelecido o primeiro contacto (INEM, Serviço de Urgência, Centro de Saúde ou Unidade de Saúde Familiar, ...);
- d) Hora de realização do primeiro eletrocardiograma;
- e) Identificação das várias instituições de saúde intervenientes, assim como das respetivas horas de admissão e de saída no caso de transferência;
- f) Identificação das instituições que recusaram a transferência do doente e o motivo;
- g) Tempos de transferência do Instituto Nacional de Emergência Médica, definidos entre a hora de saída do local de assistência e a instituição de saúde de admissão;
- h) Tempo entre a admissão num Hospital com intervenção coronária percutânea primária

24h/7dias e a sua realização (lesão cruzada pelo fio guia);

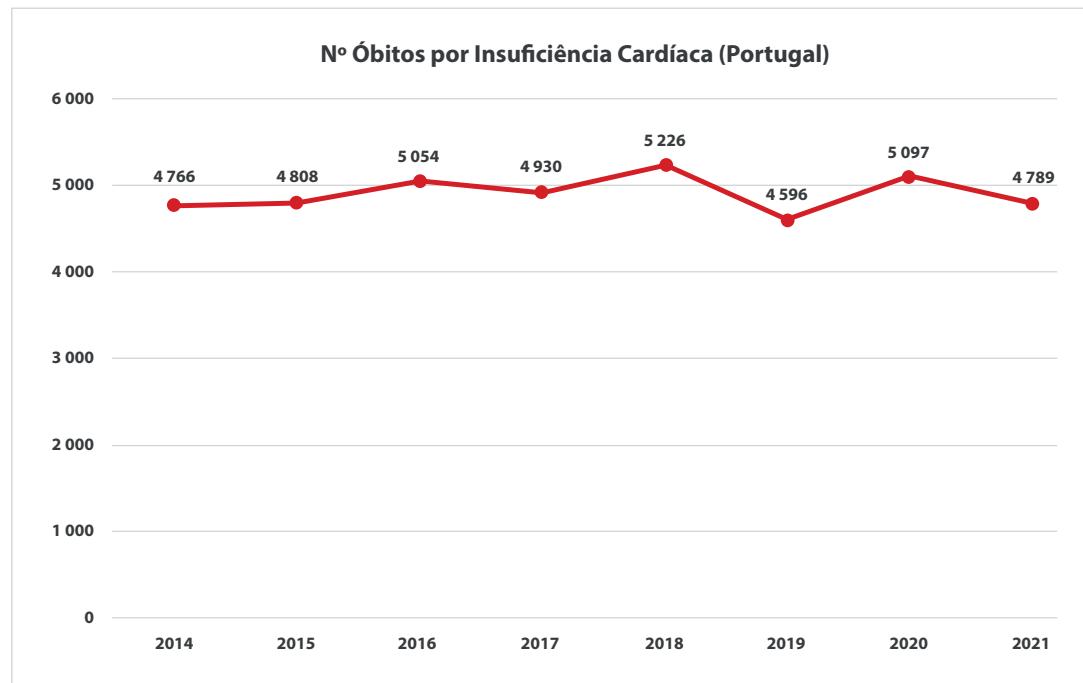
- i) Tempo entre a admissão num Hospital sem intervenção coronária percutânea primária 24h/7dias e o início de fibrinólise, se tiver sido essa a opção;
- j) Tempo após a fibrinólise em que foi admitido num Hospital com Cardiologia de Intervenção;
- k) Motivo para não prescrição de estatina, ácido acetilsalicílico, inibidor do P2Y12, inibidor da enzima de conversão da angiotensina / antagonistas dos receptores de aldosterona em doente com fração de ejeção < 40%, ou betabloqueador em doente com fração de ejeção < 40%;
- l) Motivo de não integração em programa de reabilitação cardíaca;
- m) Motivo de não referenciação a consulta de cessação tabágica (se fumador).

A implementação de um Registo Nacional carece de um correto planeamento e de uma cuidada concretização, de forma a permitir alcançar múltiplos objetivos com impacto positivo na melhoria contínua dos cuidados prestados, na promoção da investigação clínica, na otimização dos recursos existentes, na monitorização de indicadores clínicos relevantes e no planeamento em saúde.

Em anexo apresenta-se um documento de reflexão sobre o planeamento e concretização do Registo Nacional do Enfarte Agudo do Miocárdio da responsabilidade da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde.

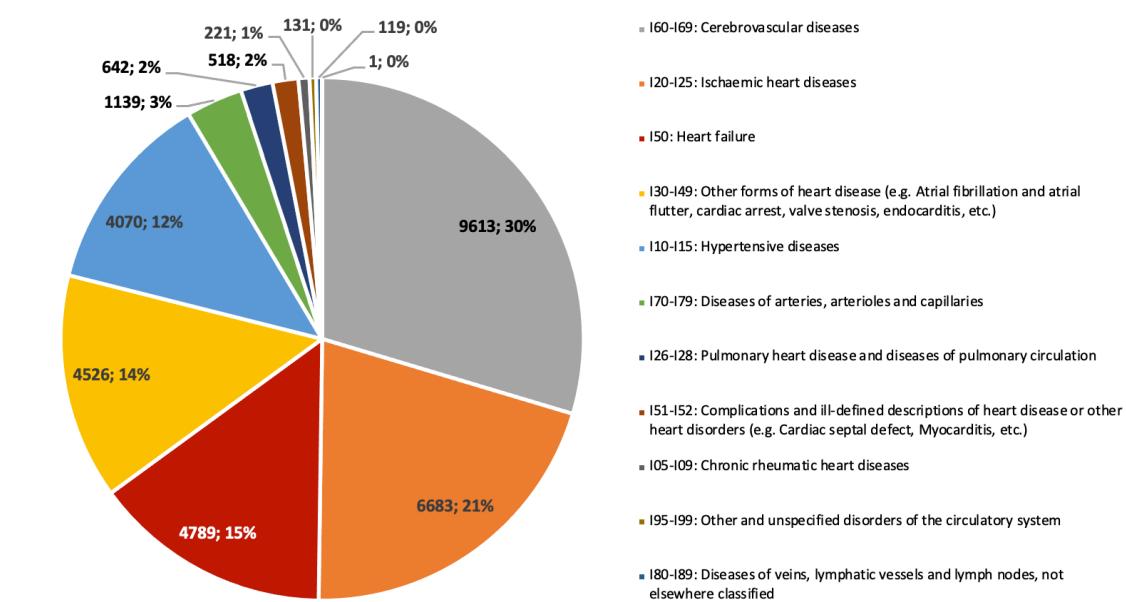
VI - Insuficiência Cardíaca

A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma doença crónica, com apresentações clínicas e tempos de evolução diferentes e que se caracteriza por períodos de exacerbação alternando, de forma muitas vezes imprevisível, com períodos de estabilidade clínica.

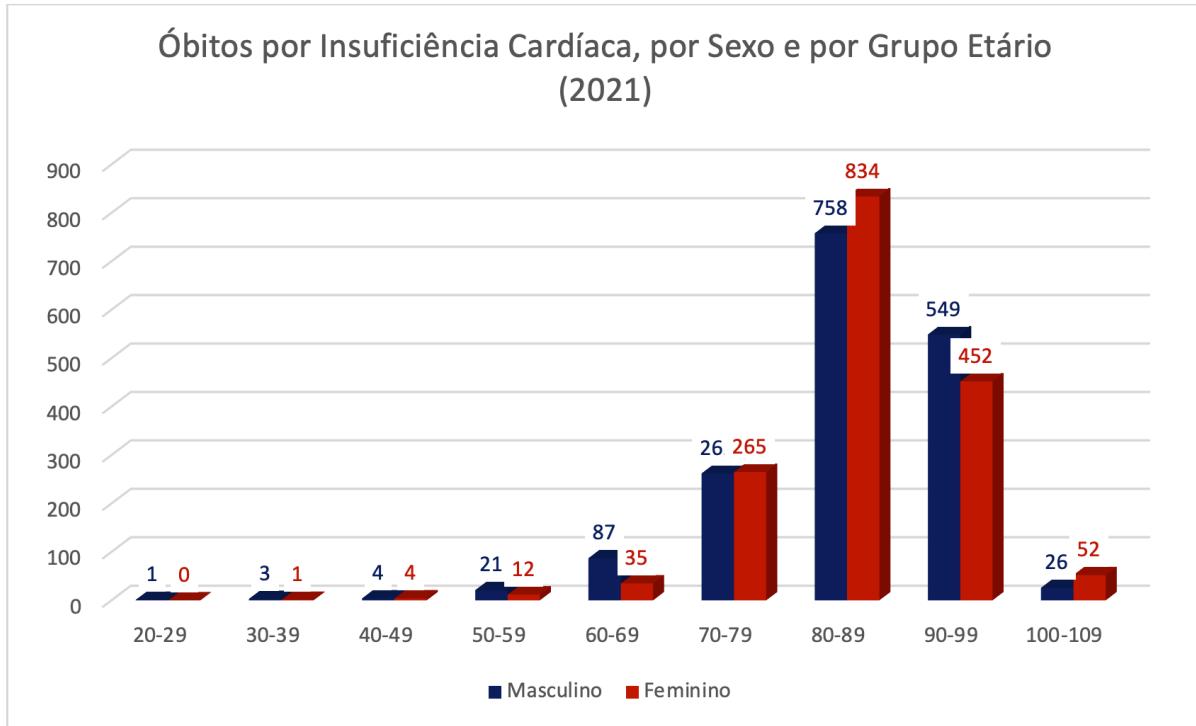


Fonte: INE, DSIA - DGS

Óbitos em 2021 por Grupo da CID-10 (total=32452)



Fonte: INE, DSIA - DGS



Fonte: INE, DSIA - DGS

Assim, o contexto de interação, o local de contacto com os Cuidados de Saúde e o seguimento dos doentes pode ser distinto, abrangendo vários patamares de prestação de cuidados.

A articulação do atendimento prestado aos doentes com IC pelos vários centros de prestação de cuidados de saúde é fundamental e deve ser eficaz e fluída e adaptada ao tipo de doente e à sua condição clínica.

Organização e Definição de Níveis de Cuidados

A IC é uma doença crónica em que os vários estádios da doença exigem diferentes níveis de cuidados, tendo de ser garantida a integração entre estes ao longo da progressão da doença. Assim, devem ser definidas redes de tratamento de doentes com IC com 3 níveis de cuidados e indicação de algoritmos de seguimento e tratamento de acordo com a fase da doença (figura na página seguinte):

Nível 1

As estruturas do Nível 1 estão essencialmente localizadas ao nível dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), que devem ter possibilidade de garantir o acesso ao diagnóstico inicial, estabelecer um plano inicial de tratamento e seguimento, e tratar as agudizações nos casos menos complexos. Da mesma forma devem garantir o acesso de

Organização dos níveis de cuidados

para o tratamento da IC



doentes com formas grave e mais avançadas de IC a centros de nível 2 ou 3, consoante critérios predefinidos de referenciado.

Nível 2

Envolve a generalidade dos serviços de cardiologia, com diferentes tipologias. A organização hospitalar dos cuidados de nível 2 tem vindo a sofrer uma evolução significativa, com a introdução do conceito de **"Clínica de Insuficiência Cardíaca"**

Estas estruturas envolvem diferentes tipologias de cuidados:

- Consultas especializadas de acesso referenciado, mas acessível;
- Hospital de Dia (destinado a administração endovenosa de curta duração de fármacos diuréticos ou inotrópicos, correção de anemia com administração de carboximaltose, entre outros);
- Internamento convencional;
- Programas de telemonitorização (permitindo

um acompanhamento próximo dos doentes uma diminuição dos reinternamentos e recurso aos serviços de urgência.

A sua característica fundamental é a existência de **equipas especializadas e multidisciplinares** que garantem o seu funcionamento regular, independentemente da tipologia, tomando decisões terapêuticas integradas e acompanhando a evolução clínica de forma longitudinal.

Estas estruturas estão a evoluir no sentido de dar resposta a populações cada vez mais idosas, ultrapassando o âmbito restrito da Cardiologia, com implantação, por exemplo em departamentos de Medicina Interna. Esta replicação é altamente recomendável e deve ser apoiada, promovendo-se uma cultura multi-departamental.

Considera-se o papel da enfermagem fundamental na promoção da educação do doente em relação à sua doença, do ensino do auto-cuidado, incluindo a monitorização de sinais /sintomas de

IC e da adesão às recomendações terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas bem como da promoção de um estilo de vida saudável. É assim recomendável a formação de profissionais especializados.

A cooperação estreita com diferentes áreas, possibilita, entre outros exemplos:

- Envolvimento da Medicina Interna, (fundamental na avaliação e tratamento das frequentes comorbilidades) ou outras especialidades médicas;
- Racionalizar o recurso a exames complementares por vezes de grande diferenciação técnica como a ressonância magnética cardíaca;
- Otimizar a implantação de dispositivos do âmbito da aritmologia/electrofisiologia como os desfibrilhadores implantáveis (CDIs) ou os ressincronizadores (CRT-D e CRT-P);
- Referenciação para procedimentos de Intervenção estrutural (reparação mitral percutânea e outros);
- Acesso a programas de Reabilitação Cardíaca.

A IC é uma doença crónica e progressiva que se caracteriza por um declínio gradual na capacidade funcional e um agravamento dos sintomas associado a diminuição da qualidade de vida em doentes muitas vezes idosos, frágeis e com co-morbilidades. Estas características levam frequentemente à necessidade de uma redefinição do foco dos objetivos terapêuticos, da melhoria da sobrevivência para a melhoria da qualidade de vida e do controlo sintomático. Este designio numa doença como a IC avançada, que limita significativamente o tempo de vida justifica a necessidade da organização da prestação de Cuidados Paliativos a estes doentes.

Nível 3

Os hospitais do Nível 3 constituem Centros de Referência para o tratamento da IC avançada, a qual geralmente requer decisões relacionadas com intervenção cardíaca estrutural (ex.: reparação mitral percutânea), terapêutica de suporte de órgão (assistência ventricular mecânica) e/ou transplantação. Estes centros à semelhança dos Centros de Intervenção Estrutural, devem ter um reconhecimento próprio do seu estatuto, e regerem-se por regras semelhantes.

Frequentemente as instituições do Nível 3, acumulam a atividade do Nível II, mas nos restantes casos deve haver uma fácil comunicação e canais abertos para referenciação.

Existem no momento atual 4 centros a nível nacional com programas ativos de Transplantação cardíaca conhecidos como Centros de Referência.

- Centro Hospitalar e Universitário de São João – Porto
- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
- Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central – H. Santa Marta
- Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Ocidental – H. Santa Cruz

Consideramos que independentemente das condições técnicas locais, o conjunto de conhecimentos específicos sobre temas como a seleção de candidatos, avaliação de dadores, apoio circulatório como “ponte” até à transplantação, imunossupressão e patologia após transplante, constitui uma mais-valia das diferentes equipas, que é necessário preservar a todo o custo. Por este motivo é justificável a sua manutenção, bem como a consolidação e formação específica das equipas dedicadas a esta atividade, o que nem

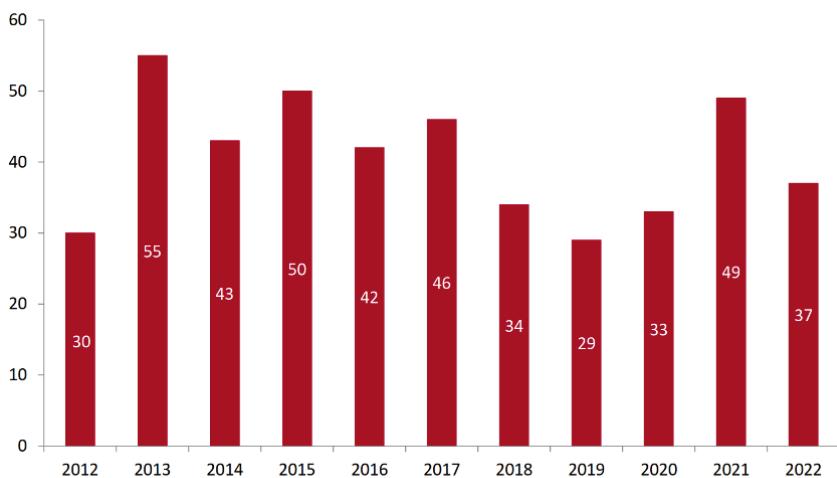
sempre tem sido possível atendendo à exiguidade dos profissionais disponíveis.

Sublinhamos também que esta atividade é altamente consumidora de recursos, pelo que deve ser garantida a possibilidade de coexistência com a atividade regular dos centros, particularmente os centros cirúrgicos.

É tema de aceso debate o relativamente reduzido número de procedimentos de transplantação por centro, atendendo à existência de uma legislação favorável à colheita de órgãos. Comparando o número de transplantes (TX) por milhão de habitantes realizado em Portugal com Espanha (que tem idêntica legislação) Portugal faz metade do número de procedimentos realizado no país vizinho (Estudo ATLAS: 2019 Portugal 2,8 TX por milhão de habitantes vs Espanha 6,47 TX por milhão de habitantes; 2020 Portugal 3,2 TX por milhão de habitantes vs Espanha 5,9 TX por milhão de habitantes). Consideramos que existe uma justificação multifatorial para esta

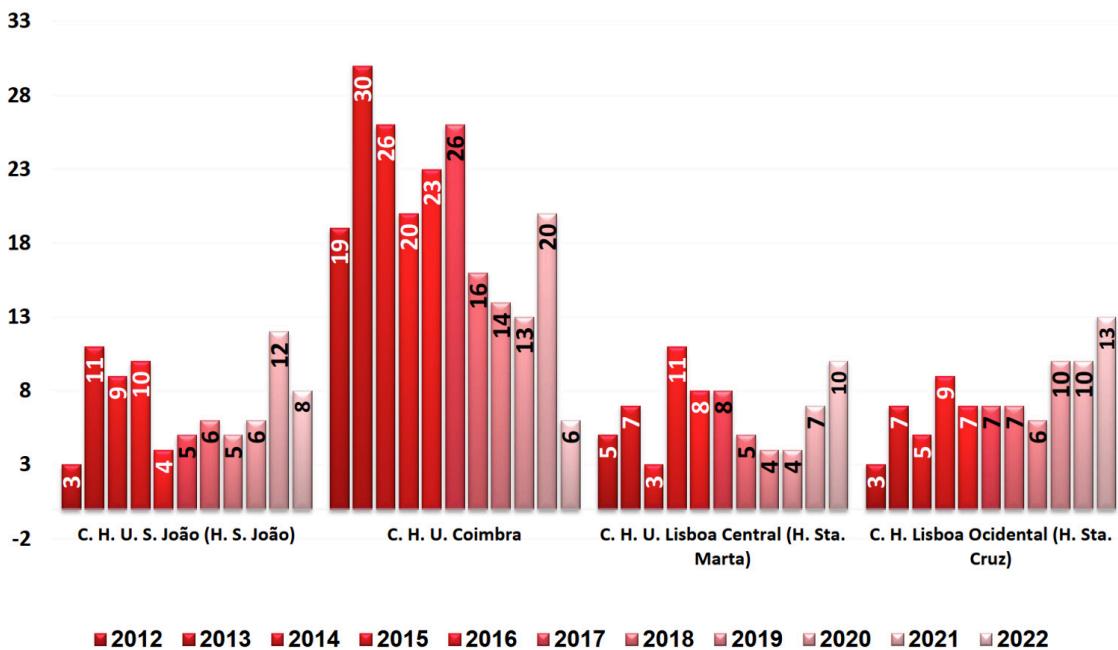
discrepância, em que a disponibilidade de recursos e a organização intrínseca dos Centros assume um papel central. Este debate deve ser aprofundado em sede adequada e daí resultar um conjunto de recomendações técnicas aplicáveis. No entanto, para otimizar recursos e melhorar o desempenho em termos de transplantação cardíaca em Portugal é imprescindível a criação de Centros de Referência de IC avançada provavelmente com estatuto idêntico aos Centros de Referência de Cardiologia de Intervenção Estrutural. E tal como nos Centros de Intervenção estrutural o subfinanciamento crónico e as metodologias de avaliação da produção hospitalar devem ser motivo de reavaliação e deve ser definida uma carteira de serviços. O centro deve ser dotado de recursos humanos, técnicos e financeiros que permitam cumprir carteira de serviços. Para tal deve ser definido um grupo de trabalho de especialistas na área para regulamentar a criação destes centros de referência.

Transplantação Cardíaca | Evolução 2012 - 2022



Fonte: IPST

Transplantação Cardíaca | 2012 - 2022



Fonte: IPST

Nos últimos anos o avanço tecnológico permitiu a introdução dos sistemas mecânicos de suporte circulatório de longa duração, com bons resultados clínicos.

No momento atual é desejável que a sua utilização esteja restrita aos Centros de Transplantação Cardíaca, garantindo a escolha adequada dos candidatos a cada uma das terapêuticas.

Por fim, e à semelhança do que já está definido para as Síndromes Coronárias Agudas com a Via Verde Coronária, é fundamental definir a Via Verde para o Choque Cardiogénico, apresentação frequente quer da doença coronária aguda quer da insuficiência cardíaca avançada. O Suporte Circulatório de Curta Duração tem o potencial de melhorar a sobrevida destes doentes, ao permitir as condições hemodinâmicas necessárias à vida até se verificar a resposta aos tratamentos

adequados. De notar, que a referenciação de doentes em Choque Cardiogénico para centros terciários e com capacidade técnica para manusear a complexidade clínica destes doentes está claramente definida e recomendada nas Guidelines de IC bem como nas Síndromes Coronárias Agudas. Assim, propõe-se a definição de rede de referenciação para doentes em Choque Cardiogénico para estruturas hospitalares que disponham de equipes e know-how para garantir cuidados intensivos cardíacos e suporte circulatório de curta duração a estes doentes. A definição desta rede de referenciação deverá acompanhar e interagir com a via verde coronária e ser objeto de grupo de trabalho específico.

VII - Intervenção Estrutural – Centros de Referência

A Portaria n.º 194/2014, de 30 de setembro /2014 veio criar o conceito de Centros de Referência, transpondo para a Realidade Nacional as Recomendações de uma Diretriz Europeia, que visa a criação de redes transnacionais com garantias de qualidade.

Posteriormente em 2015 foram abertas candidaturas para Centros de Referência de Intervenção Estrutural (Aviso DGS 2015).

As instituições reconhecidas são alvo de uma Auditoria Regular por parte da Direção Geral de Saúde, elaborando relatórios periódicos de atividade.

De acordo com o estabelecido, são critérios específicos para o reconhecimento dos Centros de Referência:

a) Ter realizado, nos últimos três anos, a seguinte média de procedimentos não específicos:

- i) 2500 cateterismos diagnósticos por ano;
- ii) 1000 procedimentos de intervenção (angioplastia e intervenção estrutural) por ano;
- iii) 200 angioplastias primárias por ano, (intervenção no enfarte agudo do miocárdio), com mortalidade inferior a 8 %

b) Ter realizado, nos últimos três anos, uma média global por ano de 125 dos seguintes procedimentos específicos de intervenção estrutural:

- i) Próteses valvulares aórticas percutâneas, com mortalidade a 30 dias inferior a 6%;
- ii) Reparação mitral percutânea;
- iii) Encerramento percutâneo de shunts;
- iv) Ablação septal alcoólica na miocardiopatia

hipertrófica obstrutiva;

- v) Encerramento do apêndice auricular esquerdo;

c) Possuir equipa multidisciplinar constituída por:

- i) Cardiologista habilitado com subespecialidade de cardiologia de intervenção;
- ii) Cardiologista com experiência curricular na realização de ecocardiograma transsesofágico tridimensional;
- iii) Equipa de cirurgia cardíaca; iv) Equipa de anestesiologia, com experiência curricular em anestesiologia cardíaca;
- iv) Equipa de perfusionistas;
- v) Equipa de intensivistas com perfil cardíaco;
- vi) Imagiologista com experiência curricular em imagiologia cardíaca;
- vii) Equipa médica e técnica de reabilitação cardíaca

d) Possuir acesso protocolado a:

- i) Equipa de cirurgia cardíaca pediátrica;
- ii) Cardiologia pediátrica;
- iii) Centro de transplantação cardíaca

e) Ter disponíveis os seguintes equipamentos e recursos:

- i) Duas salas de angiografia/hemodinâmica;
- ii) Técnicas de aterectomia
- iii) Imagiologia intra-coronária — ultrassonografia intravascular e tomografia de coerência ótica;
- iv) Ecocardiograma transsesofágico tridimensional;
- v) Tomografia computorizada (64 cortes);
- vi) Ressonância magnética (1,5 tesla);
- vii) Bloco operatório com acesso a equipamento

para a realização de circulação extra -corpórea;
 viii) Unidade de cuidados intensivos cardíacos e cardiotorácicos de nível II/III;
 viii) Unidade de eletrofisiologia/aritmologia;
 ix) Unidade de reabilitação cardíaca;

f) Garantir disponibilidade de atuação, 24 horas por dia, de:

- i) Cardiologista;
- ii) Equipa de cirurgia cardíaca;

g) Ter definido protocolos de atuação aferidos de acordo com normas científicas nacionais e internacionais de boa prática;

h) Indicar o responsável pela coordenação dos protocolos referidos na alínea anterior;

i) Participar em estudos clínicos;

j) Ter atividade formativa contínua de elevada diferenciação nas diferentes técnicas requeridas

k) Indicar a taxa de mortalidade aos 2, 3 e 5 anos

l) Indicar os resultados referentes aos seguintes indicadores (reportados aos anos de 2012, 2013 e 2014):

- i) Mortalidade intra-hospitalar e aos 30 dias;
- ii) Taxa de reintervenções não programadas;
- iii) Taxa de reinternamentos;
- iv) Necessidade de transplante cardíaco;
- v) Sobrevida ao fim de um ano e de cinco anos;
- vi) Número de procedimentos efetuados por ano e por cardiologista.

Foram reconhecidos neste processo os seguintes Centros de Referência:

- Centro Hospitalar e Universitário de São João – Porto;
- Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho – Gaia;
- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra;
- Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte;

- Hospital Santa Maria;
- Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central
 - Hospital de Santa Marta;
- Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental- Hospital de Santa Cruz.

Os exigentes critérios de seleção permitem definir um conjunto de instituições que dispõe de todas as condições para a prática das mais exigentes técnicas de Intervenção Estrutural, de que sobressai pelo seu número crescente e impacto financeiro a Implantação de Próteses Áorticas Percutâneas (TAVIs).

A lógica subjacente à criação dos Centros de Referência de Intervenção Estrutural foi assegurar que existem condições e recursos adequados para a realização dos procedimentos descritos, tendo como base para a equidade do acesso das populações a qualidade da assistência em detrimento da proximidade. Assegura-se assim que existe um volume adequado de procedimentos por operador, garantindo a otimização dos resultados.

Considerando esta racionalidade, só se justifica que estes procedimentos sejam realizados fora dos Centros de Referência, como resposta a necessidades assistenciais objetivamente identificadas, em parcerias protocolizadas com os mesmos e respeitando as normas existentes.

Condições de funcionamento dos Centros de Referência

Múltiplas questões têm sido apontadas nos últimos anos em relação ao funcionamento dos centros de referência, das quais se destacam as dificuldades no recrutamento de recursos humanos diferenciados e, mais insistentemente, o subfinanciamento crónico da sua atividade. É também imprescindível a consolidação de listas

de espera institucionais e suscetíveis de validação, à semelhança das listas cirúrgicas, possibilitando assim a sua monitorização e apoio a tomada de decisão fundamentada.

Com efeito a metodologia da avaliação da produção hospitalar necessita de uma ponderação atualizada, coincidente com o elevado custo dos dispositivos utilizados e especificidade das técnicas utilizadas.

O acompanhamento da atividade destes Centros foi atribuído à Direção Geral de Saúde, mas haveria certamente vantagem numa periódica divulgação dos resultados para efeitos de planeamento e até da sua aferição em termos internacionais, no contexto de Redes Transnacionais previstas pela

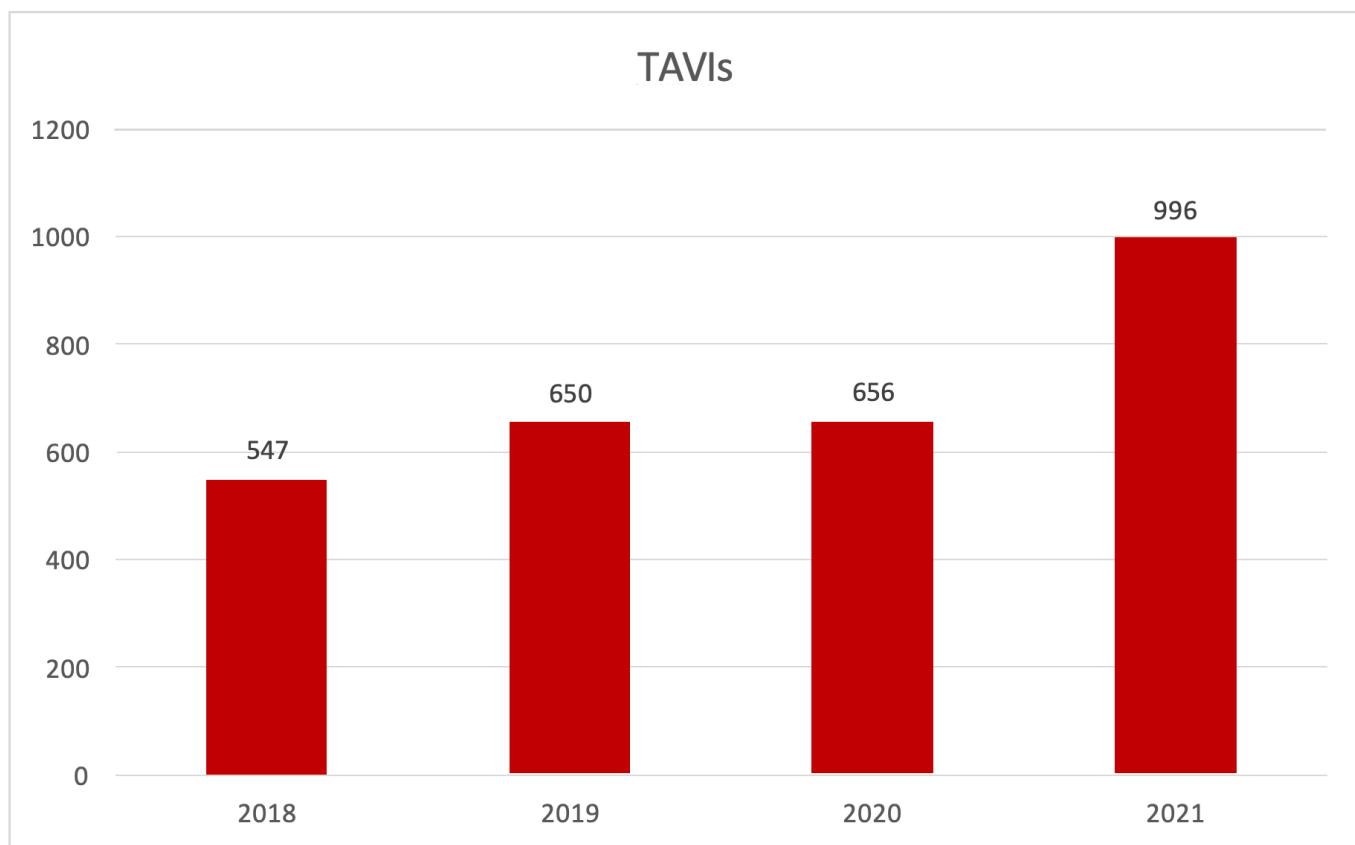
Comunidade Europeia.

Num futuro próximo antevê-se a possibilidade da criação de novos Centros de Referência coincidindo com a prevista instalação de novos Centros de Cirurgia Cardíaca.

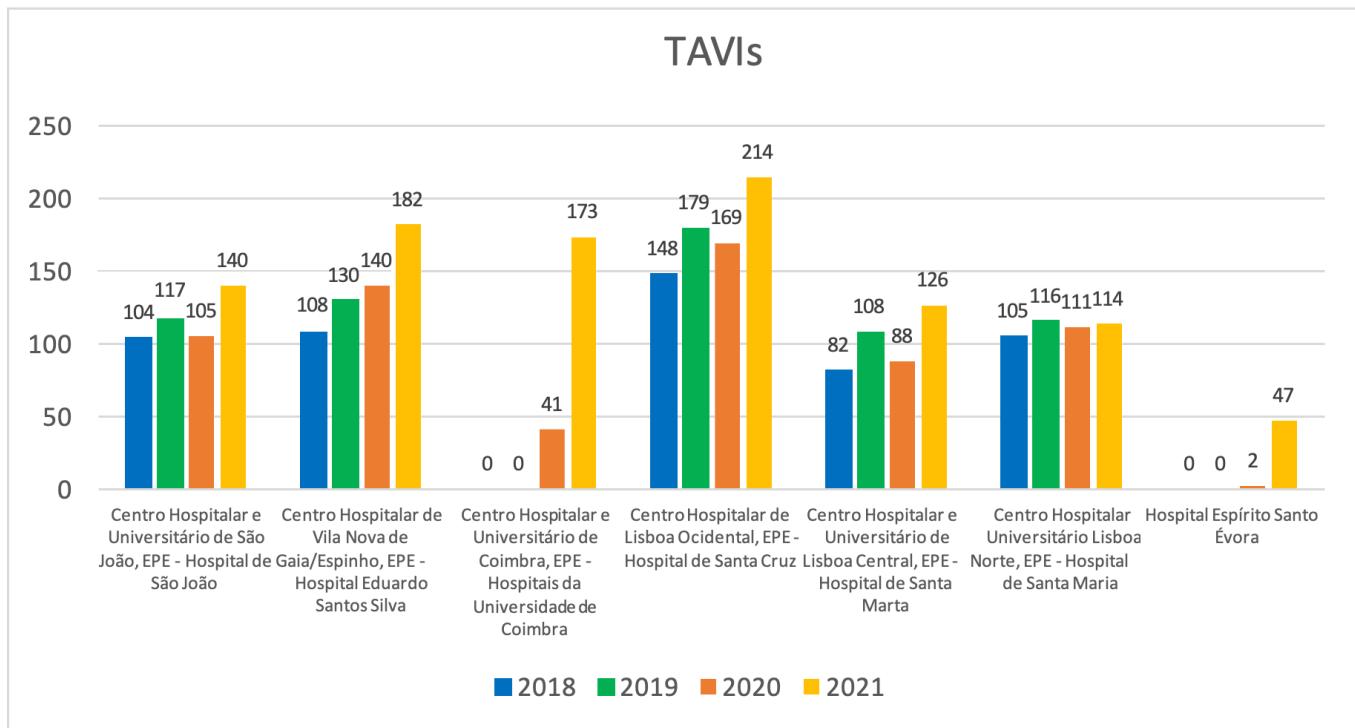
Toda a definição desta área deverá estar integrada com a Comissão Nacional dos Centros de Referência.

Evolução da atividade

A análise da atividade nos últimos 3 anos está fortemente condicionada pela situação de pandemia que originou um recentrar das prioridades da atividade hospitalar, com reflexos óbvios na produção nesta área específica.



Fonte: PNDCCV, 2022



Fonte: PNDCCV, 2022

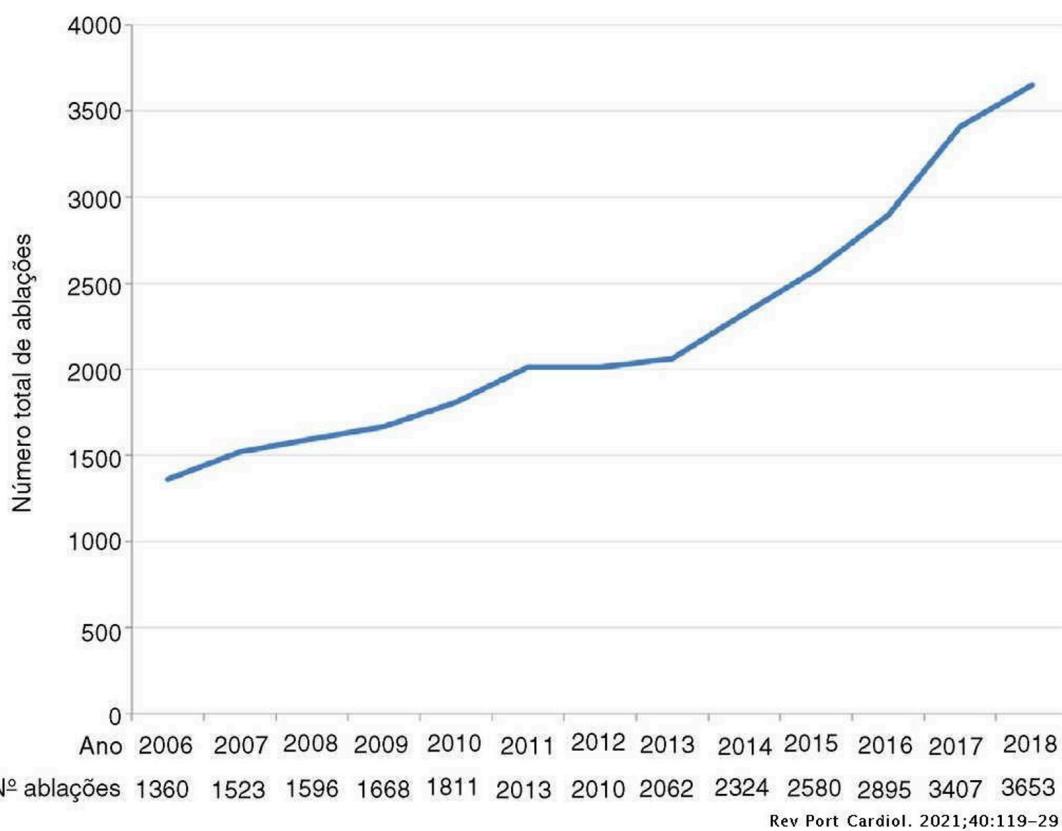
VIII - Arritmologia / Electrofisiologia

A Eletrofisiologia Cardíaca foi reconhecida em 2002 como subespecialidade da cardiologia, atendendo à elevada diferenciação exigida aos operadores e respetivas equipas. Comporta duas principais formas de intervenção:

- As técnicas de diagnóstico invasivo e consequente ablação por cateter, em doentes com arritmias supraventriculares (incluindo fibrilhação auricular) e ventriculares.
- A implantação de sistemas de *Pacing*, dispositivos cardioversores-desfibrilhadores (CDI) ou de sistemas de ressincronização cardíaca (CRT-D),

em doentes com risco de arritmias ventriculares malignas ou naqueles com insuficiência cardíaca grave e complexos QRS alargados.

Nos últimos anos verificou-se uma grande progressão do número de procedimentos de ablação, (como evidenciado no gráfico anexo), devido essencialmente à generalização das indicações na fibrilhação auricular. São procedimentos complexos, exigindo equipamento diferenciado e, mais importante, treino adequado. Como em muitas outras técnicas os resultados dependem de forma direta do volume de casos.



Registo Nacional de Eletrofisiologia Cardíaca 2017-2018

Nuno Cortez-Dias, Pedro Silva Cunhaa, Francisco Moscoso Costaa, Daniel Bonhorstb, Mário M. Oliveiraa
DOI: 10.1016/j.repc.2020.05.012

Neste momento existem 15 Centros do SNS a realizar procedimentos de ablação, número que parece apropriado. A orientação estratégica adequada passa por promover o incremento do número de procedimentos por Centro, permitindo assim dar resposta às necessidades.

Reconhecendo a evolução para procedimentos mais complexos, que possam necessitar de concentração de experiência e recursos, identifica-se como necessário a constituição de Centros de Intervenção Avançada em Arritmologia, a serem criados por um grupo de trabalho especificamente indicado. Até à definição destes centros, os procedimentos com risco significativo de complicações que exijam cirurgia cardíaca emergente devem ser efetuados em hospitais de tipologia A:

- Ablação de taquicardia ventricular num doente com disfunção ventricular;
- Ablação de taquicardia ventricular com abordagem epicárdica;
- Extração de elétrodos.

Deverá ser considerado um mínimo de 50 procedimentos anuais para o Centro manter o treino adequado de operadores e equipas.

Centros de Eletrofisiologia (Terapêuticas de Ablação)

REGIÃO NORTE

- Centro Hospitalar de Vila Nova Gaia/Espinho;
- Centro Hospitalar e Universitário de São João;
- Centro Hospitalar do Porto (Hospital de Santo António);
- Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães;
- Hospital de Braga;

- Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro (Vila Real).

REGIÃO CENTRO

- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra;
- Centro Hospitalar de Tondela-Viseu (Hospital São Teotónio, Viseu).

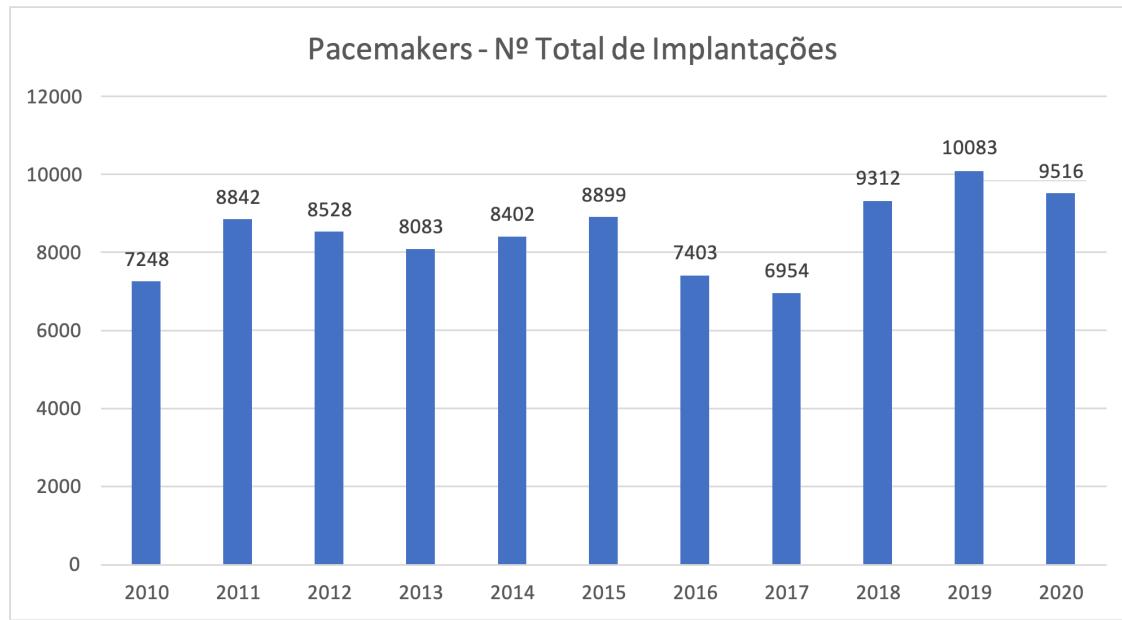
REGIÃO LISBOA E VALE DO TEJO

- Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (Hospital de Santa Cruz);
- Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte (Hospital de Santa Maria);
- Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central (Hospital de Santa Marta);
- Centro Hospitalar de Setúbal (Hospital de S. Bernardo, Setúbal);
- Hospital Fernando da Fonseca;
- Hospital Garcia de Orta.

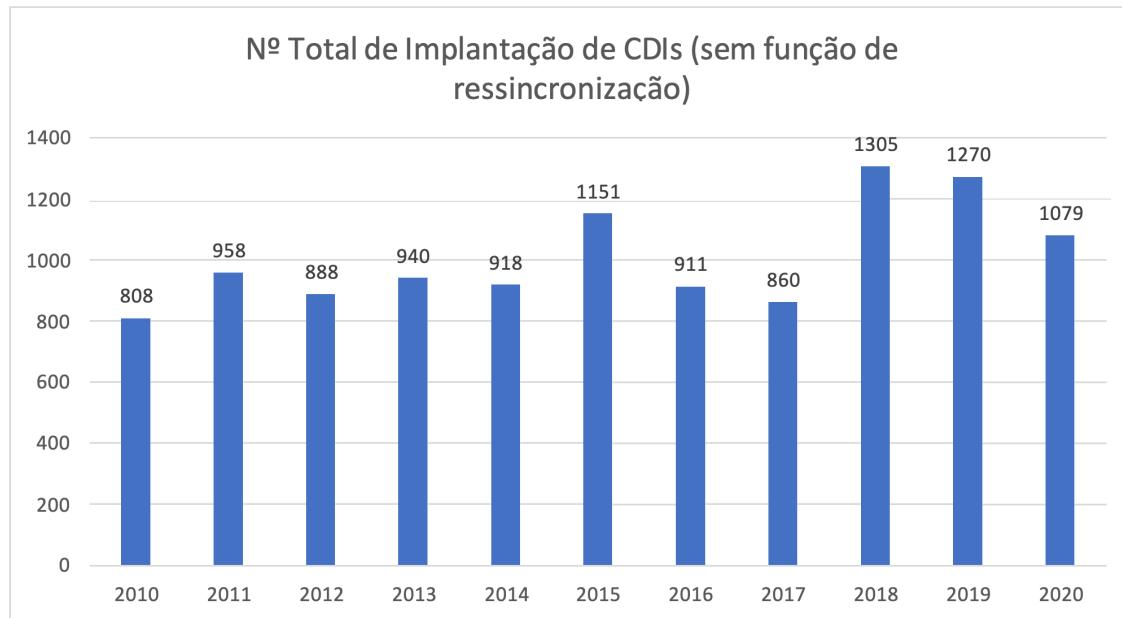
REGIÃO SUL

- Centro Hospitalar do Algarve (Hospital de Faro).

Apesar de haver também uma progressão do número de dispositivos implantados, a progressão verificada teve uma menor expressão.

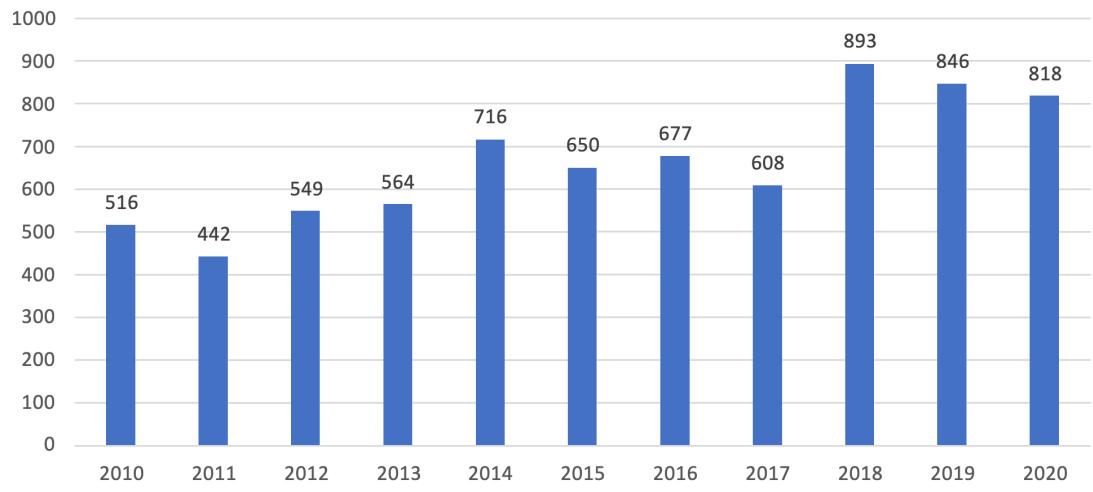


Fonte: PNDCCV, 2022



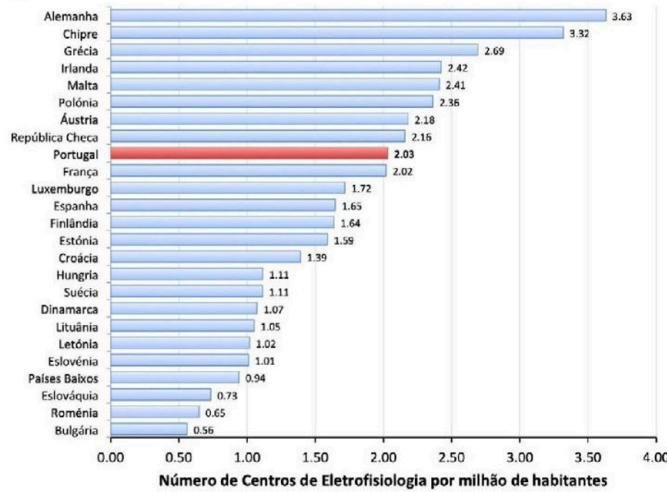
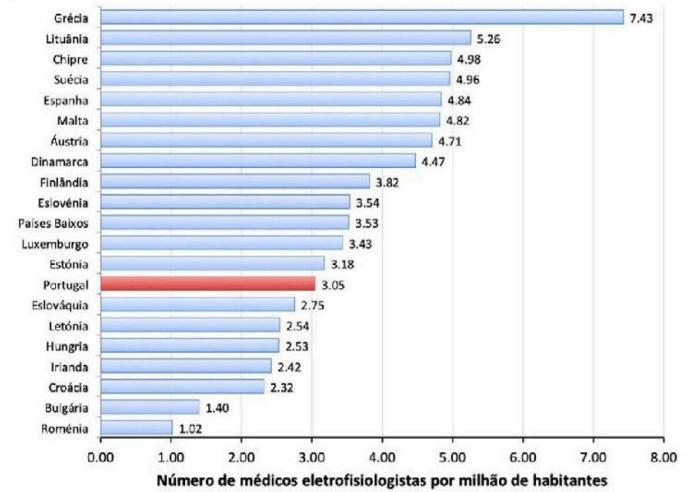
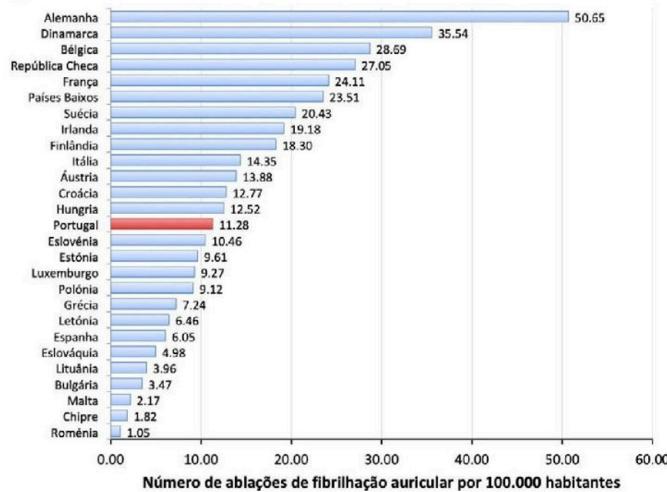
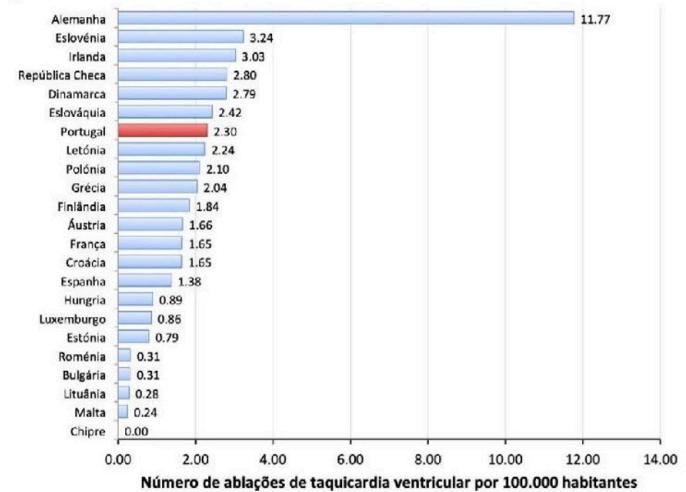
Fonte: PNDCCV, 2022

Nº Total de Implantação de CRT-D (dispositivos implantáveis de ressincronização e desfibrilação)



Fonte: PNDCCV, 2022

Saliente-se que implantação de sistemas de *Pacing* é praticada num muito maior número de Centros. Neste caso, poder-se-á prever um crescente aumento das necessidades relacionado com o progressivo envelhecimento da população.

A**B****C****D**

Rev Port Cardiol. 2021;40:119-29

IX - Hipertensão Arterial Pulmonar

A Norma nº 004/2018 de 19 de janeiro, da DGS veio regulamentar a atividade dos “Centros de Tratamento da Hipertensão Arterial Pulmonar”, definindo que apenas estes Centros, “que demonstrem junto da Direção Geral de Saúde, ter capacidade diferenciada para o diagnóstico, tratamento e seguimento da hipertensão arterial pulmonar, podem acompanhar doentes com esta patologia”.

São reconhecidos os seguintes Centros, que possuem Consulta Específica e meios para administração de tratamentos específicos:

- Centro Hospitalar e Universitário de São João (Centro de Adultos e Pediátrico);
- Centro Hospitalar do Porto – Hospital Santo António;

- Centro Hospitalar e Universitário Coimbra;
- Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Central – Hospital de Santa Marta (Centro de Adultos e Pediátrico);
- Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Norte;
- Hospital Garcia de Orta.

Foi criado um Programa específico de financiamento vertical para os fármacos utilizados neste domínio. De uma forma global a atividade destes Centros tem dado resposta às solicitações existentes, não havendo necessidade de planeamento de modificações.

X - Reabilitação Cardíaca

Trata-se da área cardiovascular com mais lacunas a nível nacional. A resposta atual abrange apenas 10 a 20% dos potenciais candidatos. São inegáveis as suas vantagens, promovendo uma mais rápida recuperação e reinserção social e laboral após os diferentes tipos de eventos, com intervenções modificadoras dos perfis de risco e adoção de estilos de vida mais saudáveis.

Por outro lado, foi dos setores de atividade que sofreu um maior impacto com a Pandemia COVID-19, com suspensão generalizada nos diferentes Centros.

Foi criado em 2017 um Grupo de Trabalho do Ministério da Saúde, Despacho 8597/2017, que avaliou de forma exaustiva as limitações existentes, propondo um conjunto de medidas visando o alargamento da acessibilidade os programas.

Seria de grande utilidade revisitar o documento final do trabalho desse Grupo, para o adaptar à realidade pós-pandémica.

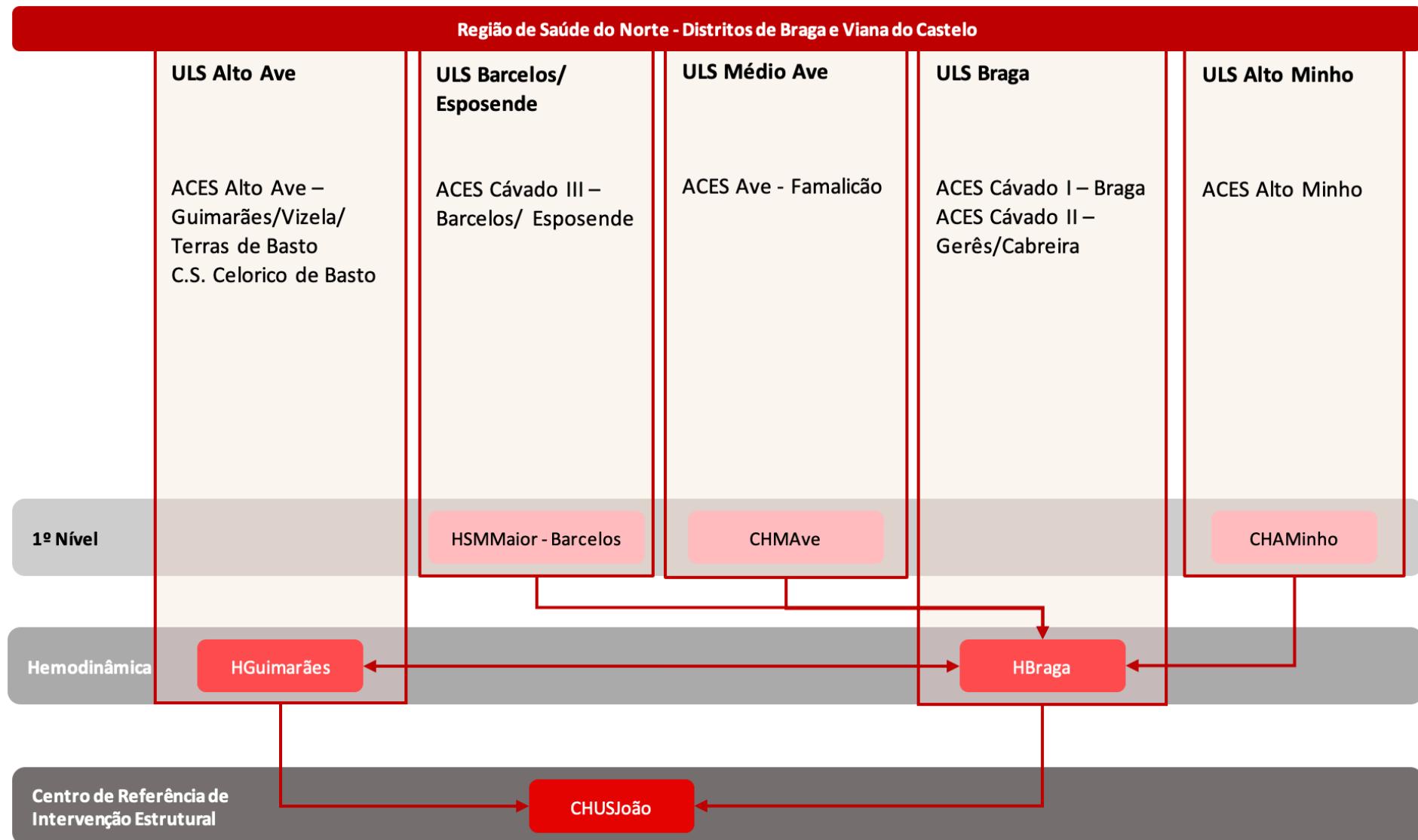
De uma forma global, poderá definir-se a insuficiência da resposta atual em duas dimensões:

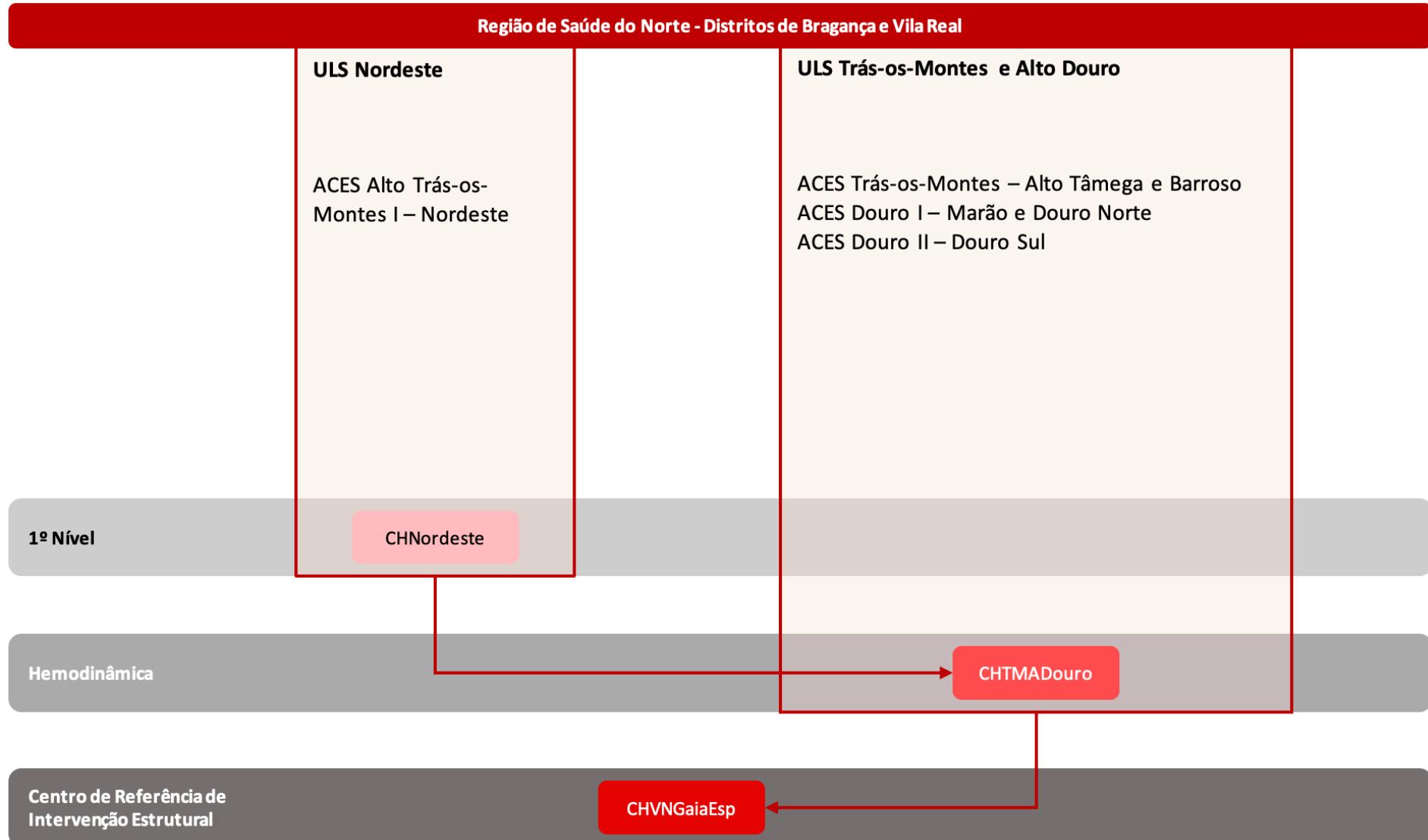
- Número insuficiente de doentes em reabilitação nos centros em funcionamento, particularmente nos Centros de Referência de Intervenção Estrutural e nos Centros de Cirurgia Cardíaca
- Necessidade de ampliação do número de Centros em funcionamento;

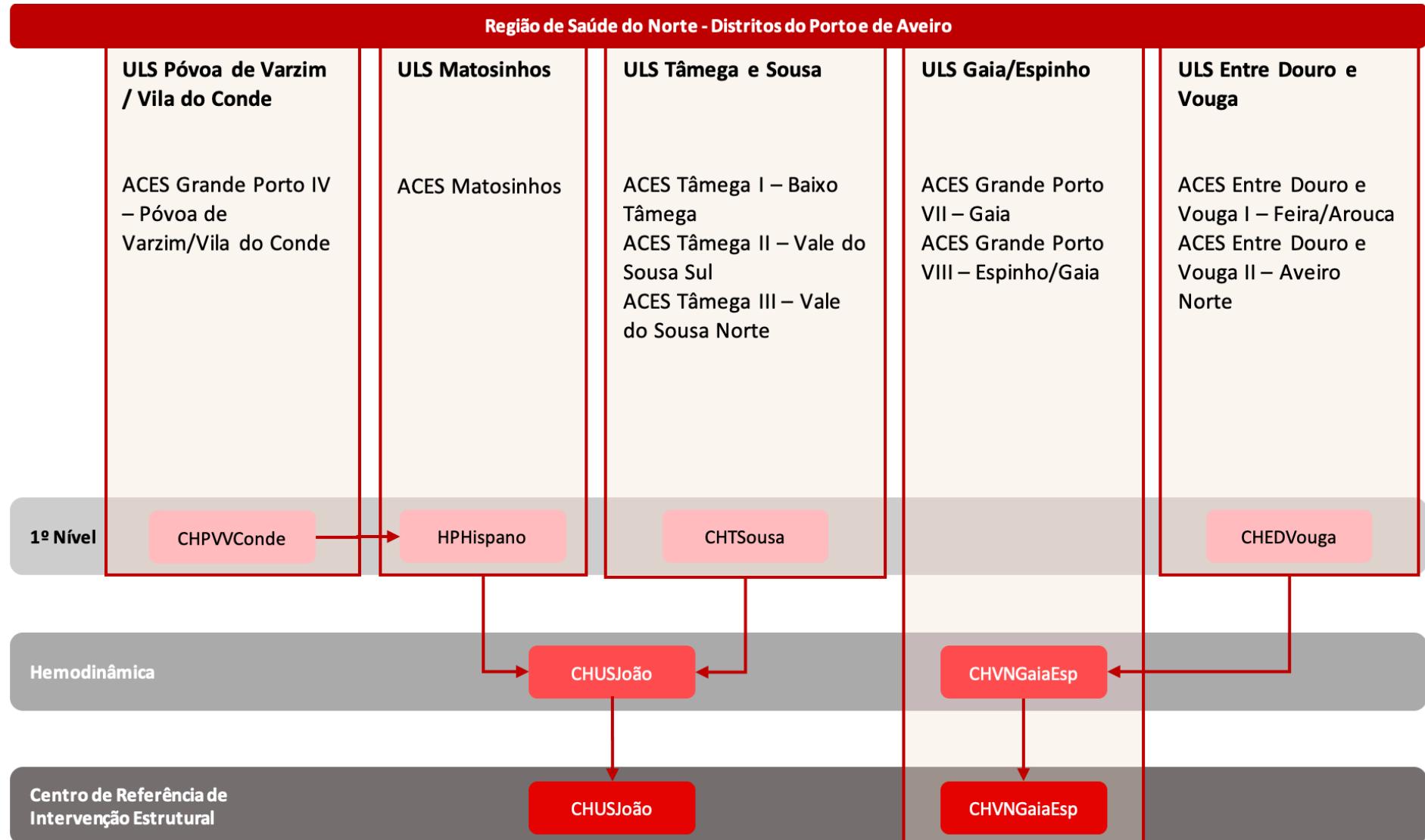
Uma vertente suscetível de um rápido incremento será a implementação de programas “Home based” incorporando nomeadamente tecnologias de videoconferência atualmente de utilização generalizada. Estes poderão complementar as fases de realização intra-hospitalar.

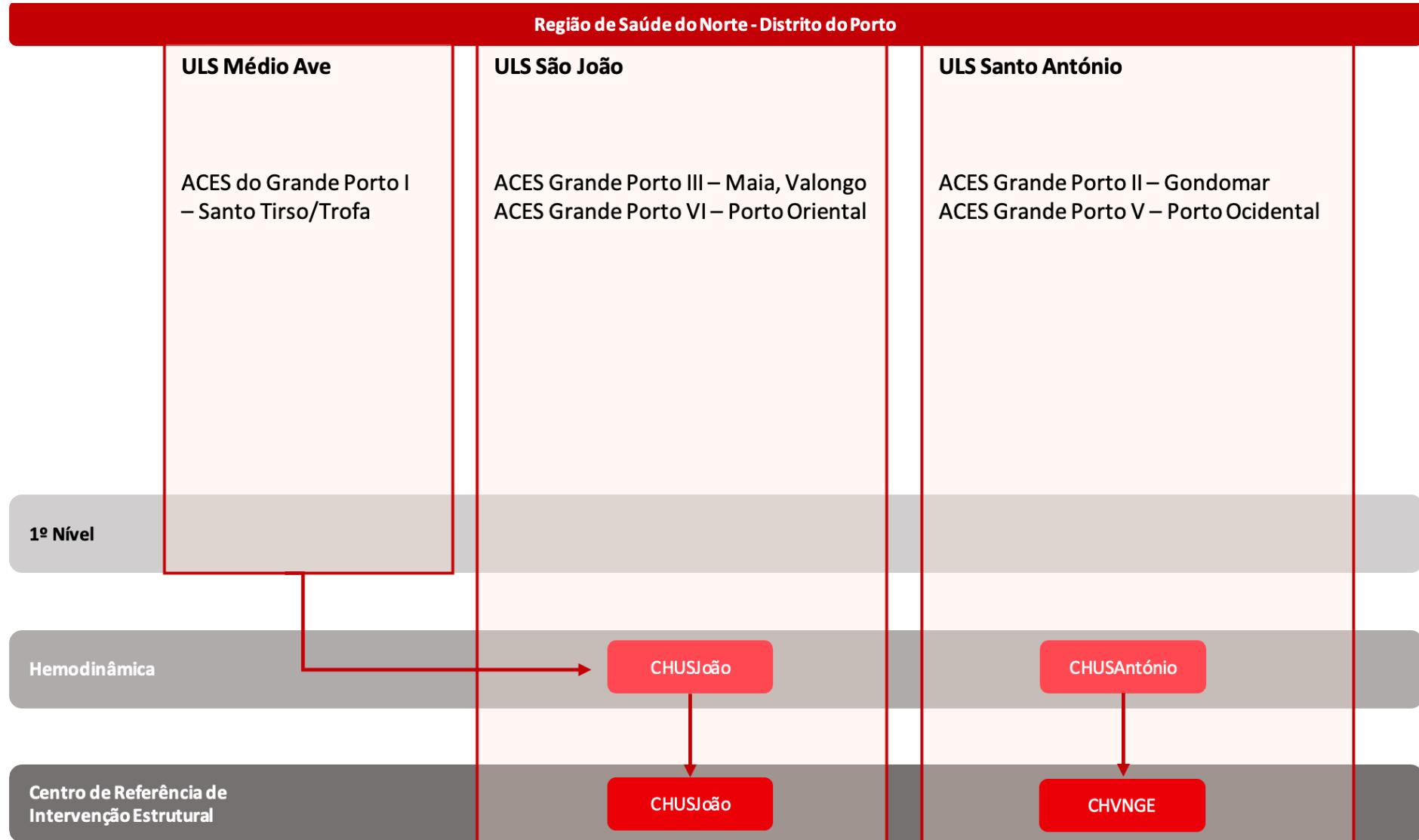
Centros com Programas de Reabilitação Cardíaca em funcionamento:

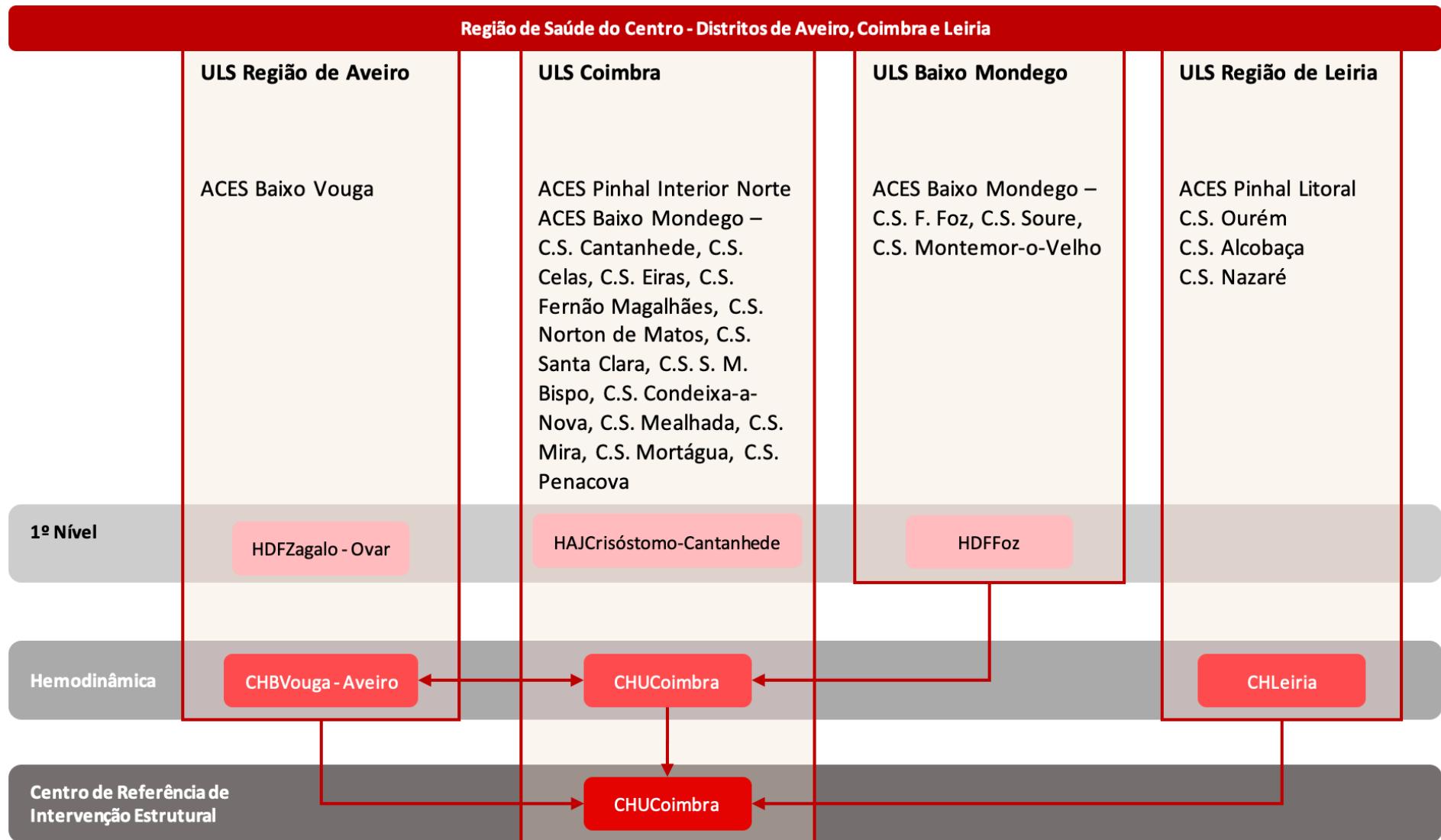
- Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro - Vila Real;
- Centro Hospitalar do Porto - Hospital de Santo António;
- Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho – Vila Nova de Gaia;
- Centro Hospitalar e Universitário de São João - Porto;
- Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga - Hospital São Sebastião, Santa Maria da Feira;
- Hospital de Braga;
- Hospital Senhora da Oliveira – Guimarães;
- ULS Matosinhos (Hospital Pedro Hispano);
- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra;
- Centro Hospitalar de Leiria;
- Centro Hospitalar e universitário de Lisboa Ocidental;
- Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central;
- Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte;
- Hospital Beatriz Ângelo - Loures;
- Hospital Garcia de Orta;
- Hospital Espírito Santo de Évora;
- Centro Hospitalar e Universitário do Algarve.

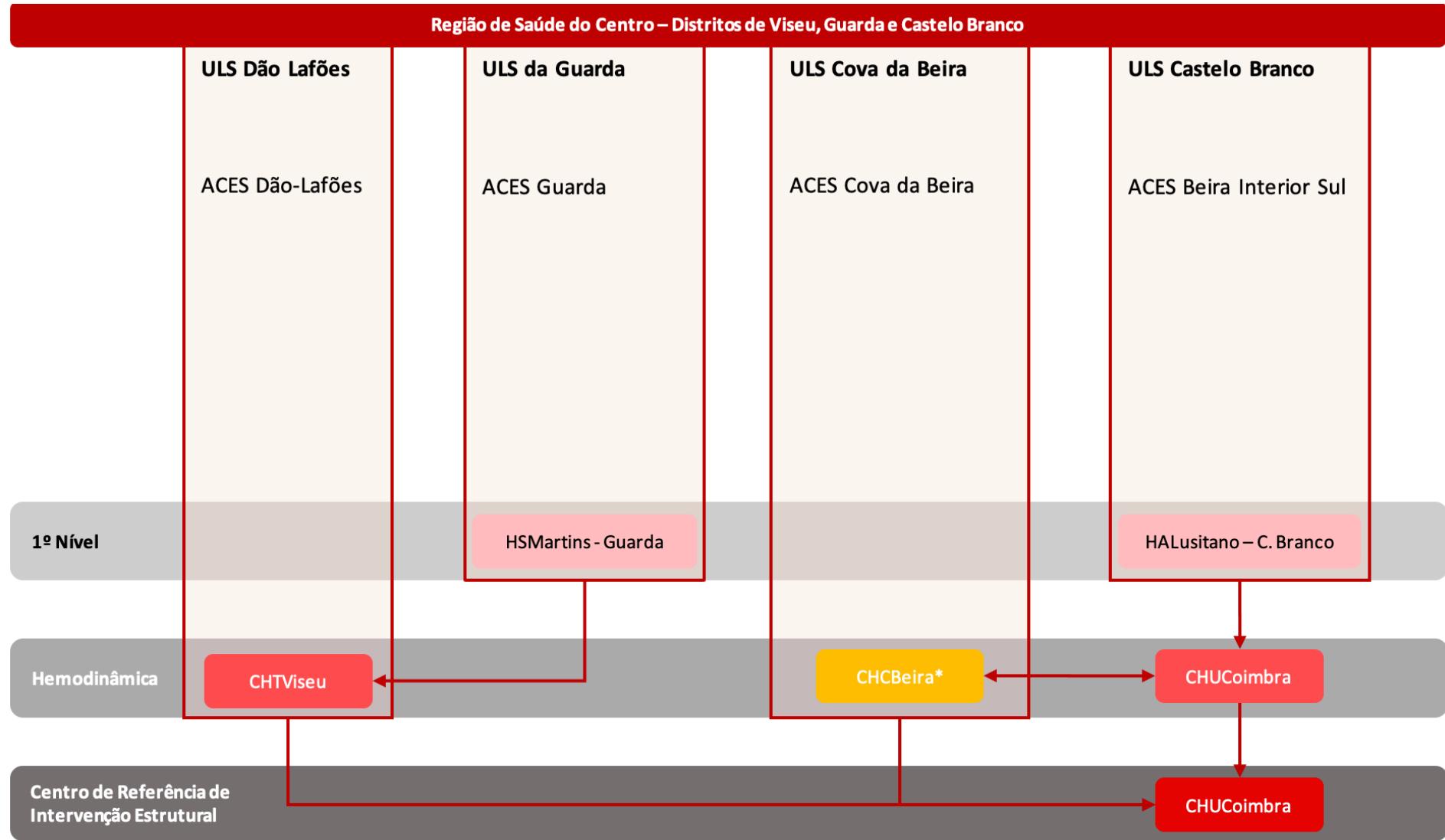




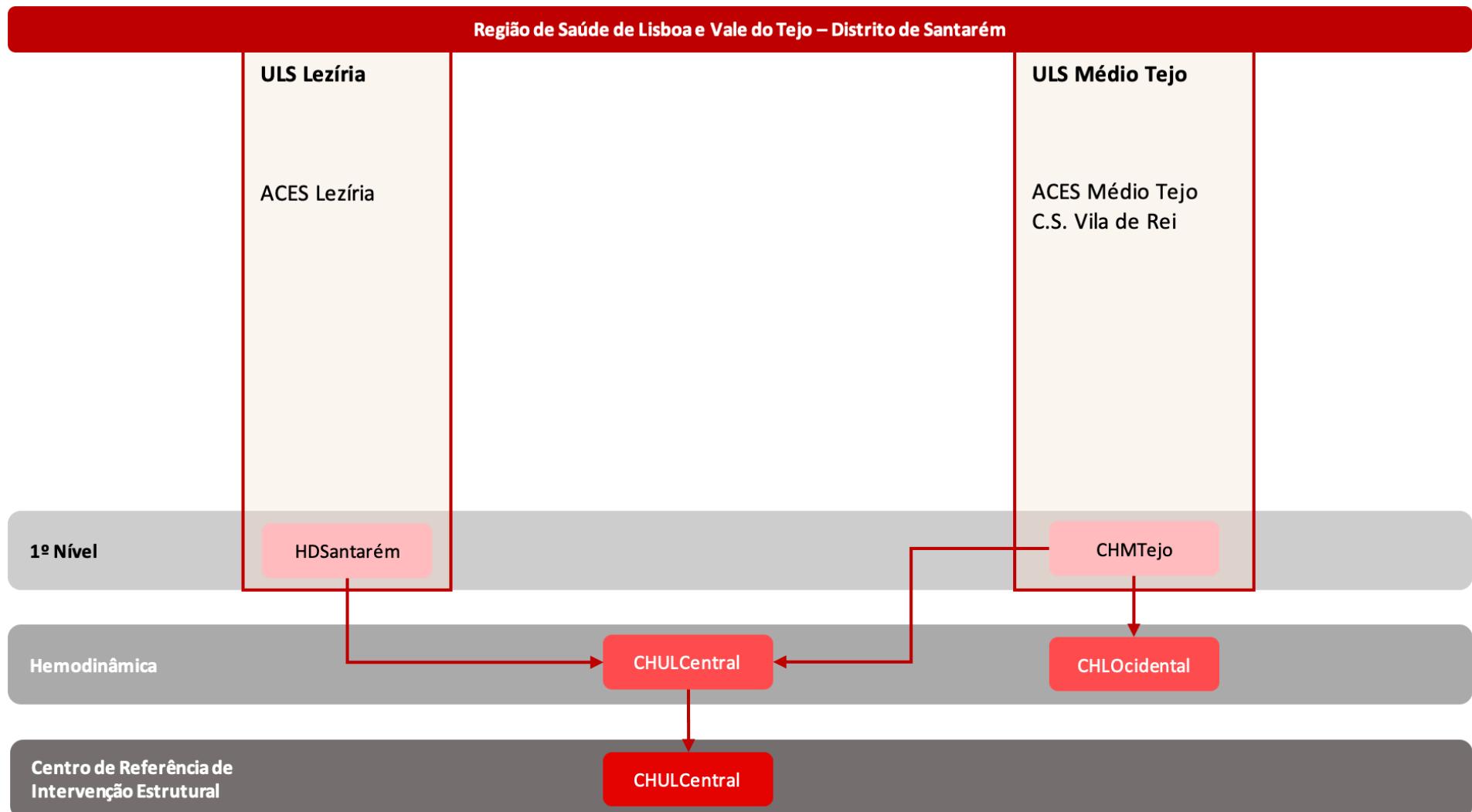


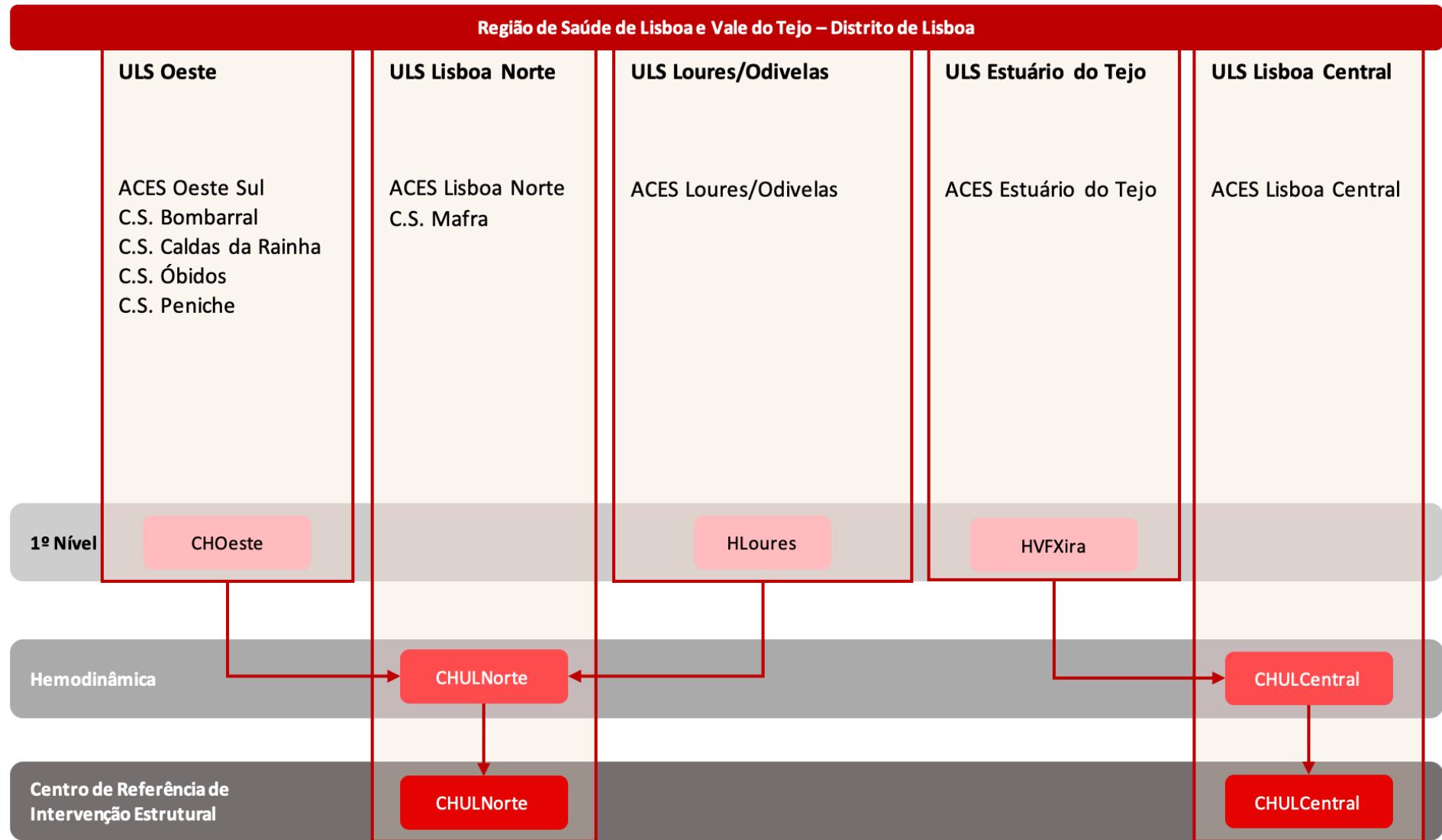


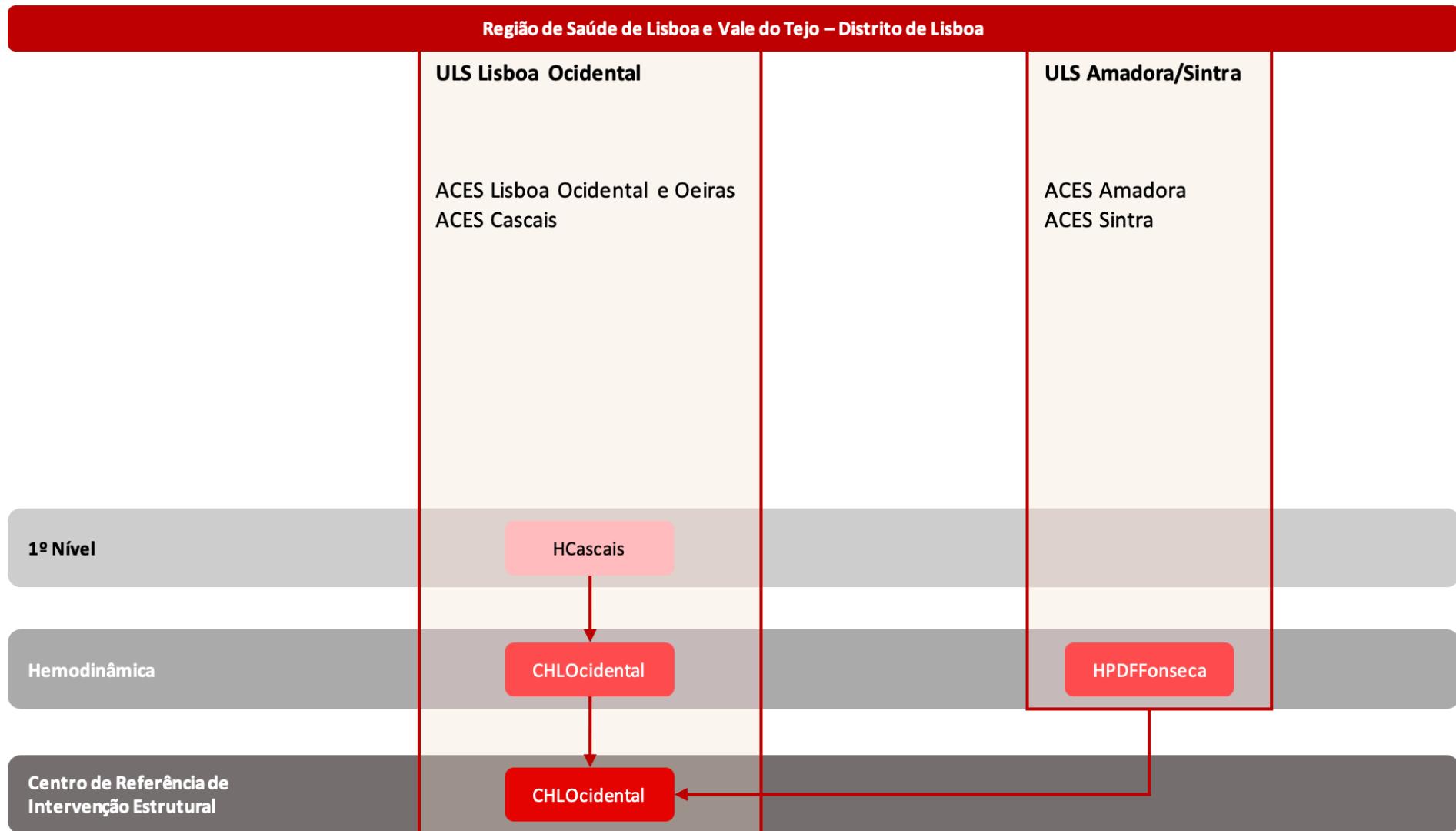


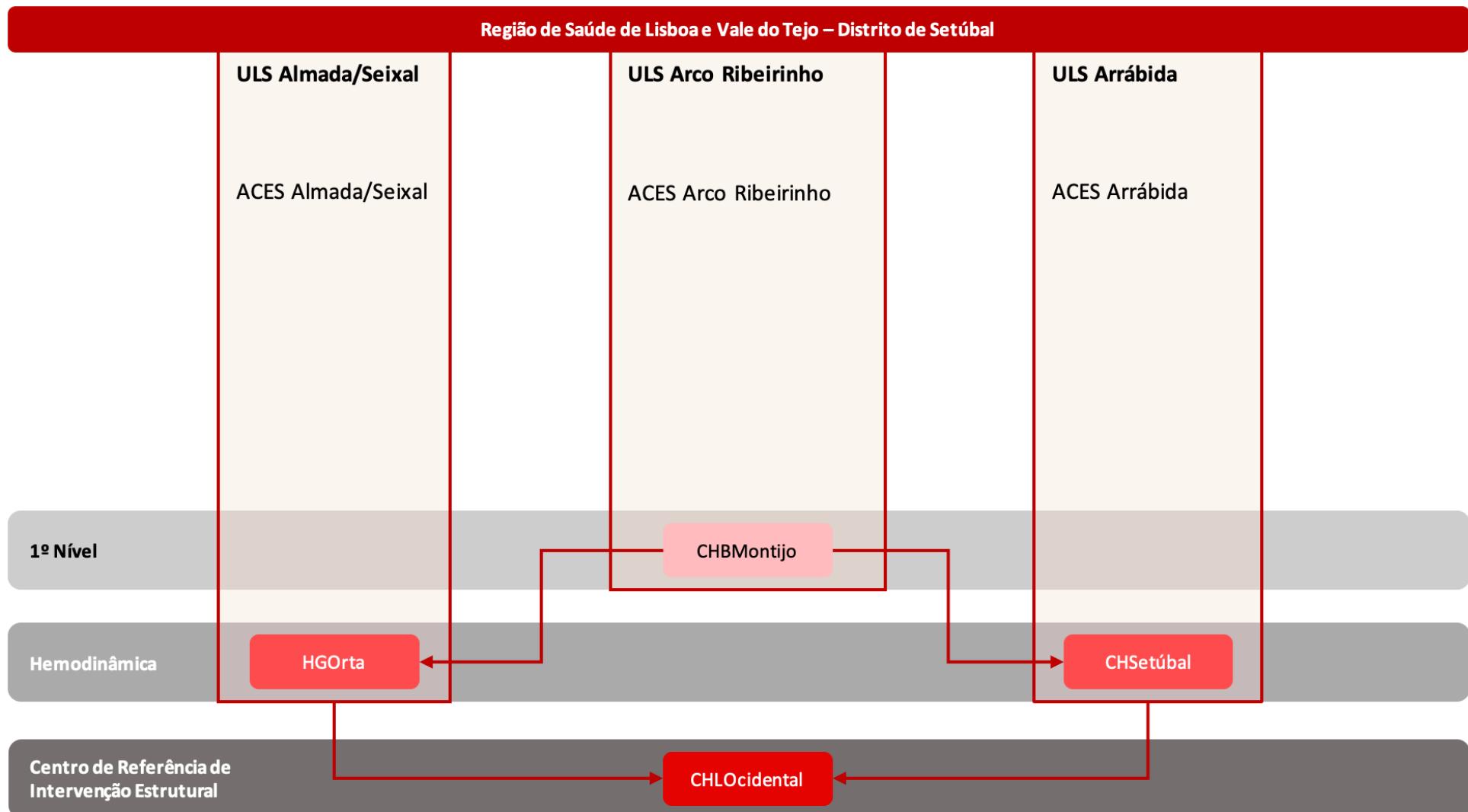


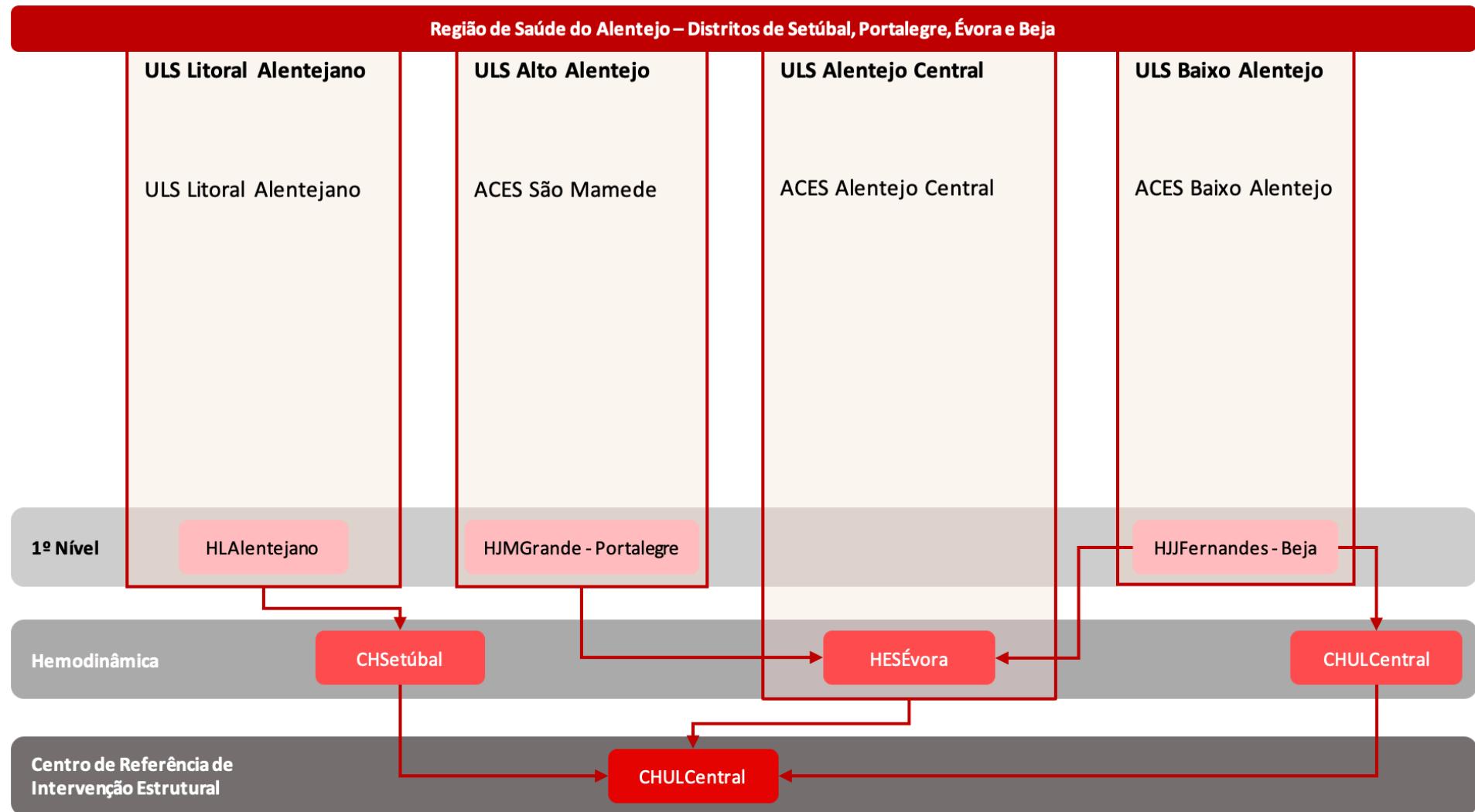
Nota*: Início do funcionamento do laboratório de hemodinâmica do Centro Hospitalar da Cova da Beira previsto para janeiro de 2024.

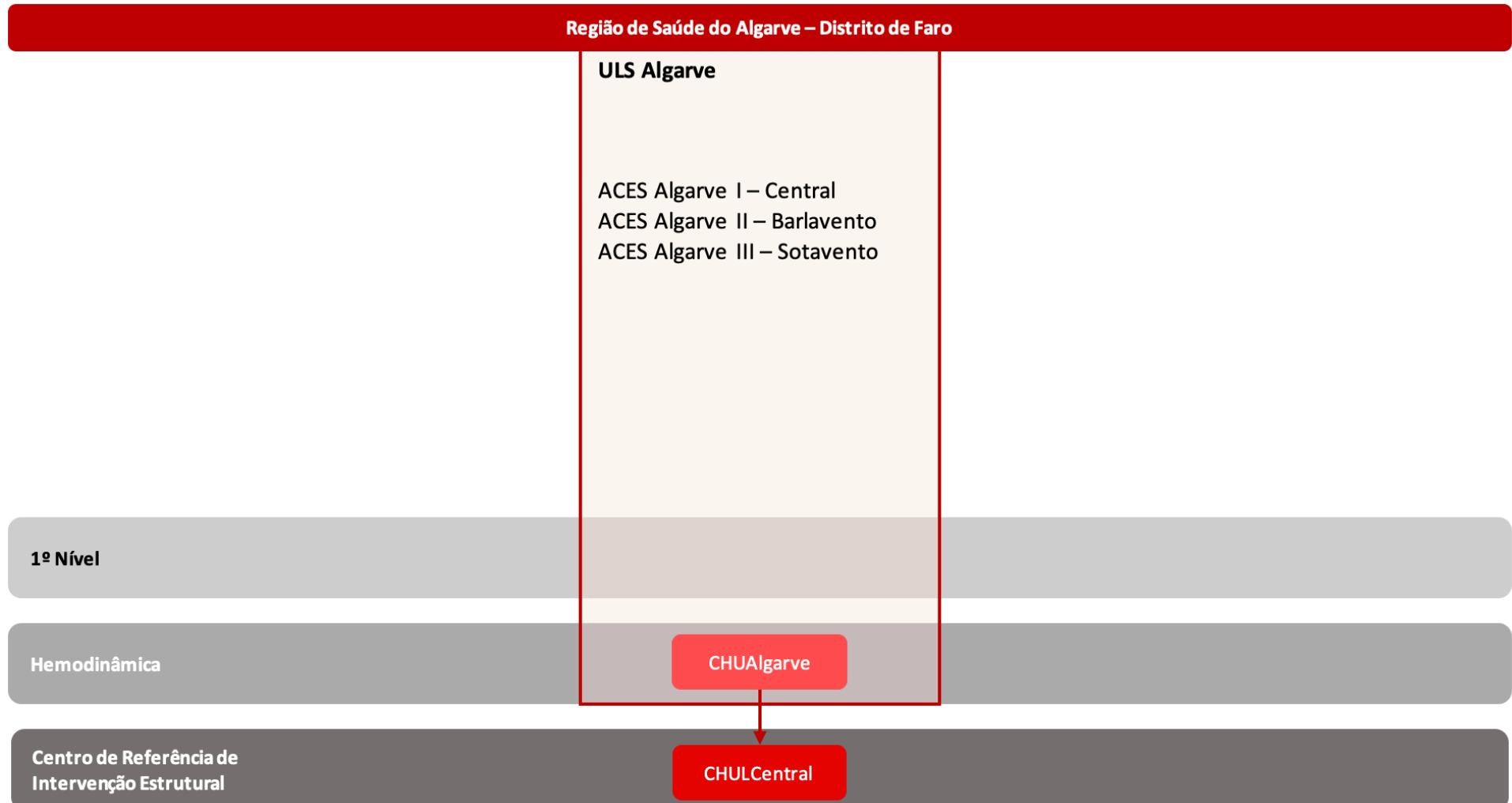












ANEXO 1

Registo Nacional do Enfarte Agudo do Miocárdio

Documento de trabalho para a sua implementação em Portugal

Introdução

A colheita, registo e análise de informação clínica faz parte da atividade diária dos profissionais de saúde, sendo uma condição essencial para a qualidade dos cuidados de saúde prestados ao nível do doente. A comunicação entre os diversos atores e a articulação das suas ações depende da informação que geram e partilham.

A coleção sistemática e padronizada dos dados clínicos de um conjunto alargado de doentes tem sido um dos alicerces da medicina baseada na evidência e é essencial para uma gestão mais eficiente em saúde. Num mundo cada vez mais orientado pelos megadados (Big Data) e em que a inteligência artificial, alimentada por um grande volume de dados, ganha cada vez mais predominância no funcionamento da sociedade, as organizações têm de ter um especial cuidado na forma como fazem a gestão dos dados por si gerados. O Serviço Nacional de Saúde (SNS) congrega todas as competências necessárias para a colheita, armazenamento e análise dos dados clínicos decorrentes da sua atividade, a uma escala nacional e de dimensão considerável no plano internacional. A implementação de registos nacionais pelo SNS tem o enorme potencial de gerar informação de qualidade relevante para o contínuo desenvolvimento da medicina, para a implementação de melhores práticas de gestão, para o desenho de políticas de saúde adequadas e para o apoio de novas tecnologias.

O Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) é uma doença aguda, de grande prevalência, de elevado risco de morte e morbidade, com o tratamento

bem estabelecido por orientações internacionais que depende de uma resposta atempada e da colaboração de várias instituições a nível pré-hospitalar, hospitalar e dos cuidados de saúde primários. Desta forma, o EAM surge como o paradigma da doença que deve motivar o desenvolvimento de um registo nacional promovido pelo SNS.

Fundamentação

1. Benefícios dos Registos Clínicos

O impacto positivo dos registos clínicos manifesta-se a vários níveis e favorece vários intervenientes. A listagem seguinte dos potenciais benefícios de um registo é adaptada do Patient Registries Workshop, promovido pela European Medicines Agency (EMA) em 2016 e disponível em https://www.ema.europa.eu/en/documents/report/report-patient-registries-workshop_en.pdf.

1.1 Para o regulador e autoridades de Saúde Pública

- Providencia dados robustos sobre a epidemiologia de uma doença e o seu tratamento;
- Disponibiliza informação atualizada sobre indicadores clínicos;
- Facilita a realização de estudos clínicos e de vigilância pós-autorização;
- Possibilita o seguimento epidemiológico de uma particular população de doentes;
- Suportam condições de acesso a novas terapêuticas e a avaliação do seu impacto;
- Avaliam os efeitos de novas recomendações clínicas;
- Identificam necessidades de planeamento e de regulação;
- Apoiam a melhoria contínua de qualidade e a

avaliação de desempenho;

i) Facilitam a colaboração multinacional.

1.2 Para os clínicos e investigadores

- a) Suporta a prática clínica diária e a decisão clínica com dados quantitativos e qualitativos atuais e específicos da sua população;
- b) Permite identificar barreiras à assistência clínica e limitações externas ao seu desempenho;
- c) Destaca insuficiências na evidência científica e promove a elaboração de hipóteses para investigação;
- d) Potencia a realização de estudos baseados em registos.

1.3 Para os doentes

- a) Providencia conhecimento médico-científico sobre a prevenção, tratamento e prognóstico da sua doença;
- b) Permite a avaliação independente sobre a qualidade da sua assistência;
- c) Promove a melhoria dos cuidados prestados;
- d) Permite uma melhor vigilância dos novos tratamentos e tecnologias.

2. Experiência nacional

Em Portugal existe desde 2002 o Registo Nacional de Síndromes Coronárias Agudas (NCT 01642329), promovido pela Sociedade Portuguesa de Cardiologia e coordenado pelo Centro Nacional de Colheita de Dados de Cardiologia. Conta com a participação voluntária de todos os serviços e departamentos de Cardiologia dos hospitais portugueses que aderiram à iniciativa. Os dados recolhidos incluem dados demográficos, características basais, evolução laboratorial, evolução clínica, terapêutica efetuada, dados da intervenção percutânea, dados da alta e seguimento aos seis meses (na primeira fase do

registro) ou ao primeiro ano (na segunda fase do registo).

Destaca-se ainda o Registo Nacional de Cardiologia de Intervenção (NCT01867801), da mesma altura, promovido pela Associação Portuguesa de Intervenção Cardiovascular, e que respeita à atividade de todos os Laboratórios de Hemodinâmica do país, reunindo dados das intervenções coronárias percutâneas desde 2002, em colaboração com o Centro Nacional de Colheita de Dados de Cardiologia.

Elaboração

1. Definição

Um Registo Clínico é definido como um sistema organizado que utiliza a metodologia de estudo observacional para a colheita uniforme de dados, de forma a avaliar a evolução clínica de uma população exposta a uma doença, servindo objetivos predefinidos de investigação clínica e do desenvolvimento de políticas de saúde.

2. Objetivos

O esforço de implementação de um registo de âmbito nacional ter de corresponder a propósitos claros, avaliados periodicamente e com resultados publicitados e capazes de impactar a atividade de investigação clínica, a atividade assistencial, a gestão de recursos e a definição de políticas de saúde. Sem objetivos definidos, e sem resultados periodicamente analisados e reportados, um registo clínico corre o risco de se transformar em apenas mais uma sobrecarga na atividade diária dos profissionais de saúde.

2.1 Objetivos gerais

Os objetivos gerais passam por:

- a) Aumentar o conhecimento atual sobre a epidemiologia do EAM;
- b) Desenvolver hipóteses para investigação clínica;
- c) Avaliar a utilização de novos fármacos ou tecnologias e o seu impacto nos resultados clínicos;
- d) Avaliar o impacto das ações de prevenção cardiovascular;
- e) Identificar subgrupos de maior risco;
- f) Monitorização da qualidade dos serviços prestados;
- g) Identificação de pontos fracos na cadeia de prestação de cuidados;
- h) Avaliação comparativa entre instituições e regiões;
- i) Armazenamento de dados para viabilização de tecnologias futuras que permitam apoio à decisão médica e otimização dos recursos de saúde.

2.2 Objetivos específicos

Os objetivos específicos devem ser posteriormente definidos no âmbito de um grupo de trabalho e necessitam de ser de definição fácil, mensuráveis, tangíveis, relevantes e temporais.

3. Seleção de dados

O registo deve incluir todos os indivíduos com EAM residentes em Portugal, independentemente do local de diagnóstico ou tratamento, incluindo os doentes que faleceram antes da admissão hospitalar ou da assistência médica. Deve ainda ser assegurada a comparação e integração futura com outros registos nacionais ou internacionais.

O projeto EUROCİSS (European Cardiovascular

Indicators Surveillance Set) foi estabelecido em 2000 pela União Europeia com o intuito identificar os dados relevantes para a monitorização das doenças cardiovasculares e uniformizar o seu registo nos países membros. Em 2007 o seu relatório final apresentou uma lista de indicadores do estado de saúde, fatores determinantes da saúde e indicadores do desempenho dos sistemas de saúde relativos ao EAM.

Mais recentemente foi publicado o Data standards for acute coronary syndrome and percutaneous coronary intervention: the European Unified Registries for Heart Care Evaluation and Randomised Trials (EuroHeart). Esta iniciativa da Sociedade Europeia de Cardiologia vem ao encontro da necessidade de definir, de forma pan-europeia, o conjunto de dados relevantes para a avaliação da realidade contemporânea das síndromes coronárias agudas e identificou 68 variáveis mandatórias para inclusão nos registos. Deverá existir uma especial preocupação em relação aos dados respeitantes a métricas e indicadores de qualidade. Na proposta da Norma da Direção Geral de Saúde sobre as síndromes coronárias agudas, apresentada em 2019, existe a recomendação para registo no processo clínico de:

- a) Hora de início dos sintomas;
- b) Hora do primeiro contacto estabelecido pelo doente;
- c) Local para o qual foi estabelecido o primeiro contacto (INEM, Serviço de Urgência, Centro de Saúde ou Unidade de Saúde Familiar, ...);
- d) Hora de realização do primeiro ECG;
- e) Identificação das várias instituições de saúde intervenientes, assim como das respetivas horas de admissão e de saída no caso de transferência;
- f) Identificação das instituições que recusaram a transferência do doente e o motivo;

- g) Tempos de transferência do INEM, definidos entre a hora de saída do local de assistência e a instituição de saúde de admissão;
- h) Tempo entre a admissão num Hospital com ICP primária 24h/7dias e a sua realização (lesão cruzada pelo fio guia);
- i) Tempo entre a admissão num Hospital sem ICP primária 24h/7dias e o início de fibrinólise, se tiver sido essa a opção;
- j) Tempo após a fibrinólise em que foi admitido um Hospital com Cardiologia de Intervenção;
- k) Motivo para não prescrição de estatina, ácido acetilsalicílico, inibidor do P2Y12, IECA/ARA em doente com fração de ejeção < 40%, ou betabloqueador em doente com fração de ejeção < 40%;
- l) Motivo de não integração em programa de reabilitação cardíaca;
- m) Motivo de não referenciação a consulta de cessação tabágica (se fumador).

A adaptação destes documentos à realidade atual e às condições de exequibilidade deverá constituir a base do Registo Nacional do EAM. Os elementos a incluir no registo devem fornecer dados sobre:

- a) Demografia da população;
- b) Apresentação clínica e da marcha diagnóstica;
- c) História médica;
- d) Procedimentos terapêuticos e terapêutica farmacológica;
- e) Evolução intra-hospitalar;
- f) Follow-up aos 30 dias, a um ano, aos dois anos e de 5/5 anos.

4. Colheita de dados

A colheita dos dados é um passo crítico para a qualidade de qualquer registo. A obtenção dos dados deve fazer parte um sistema permanente de colheita, presente nos diversos níveis de prestação de cuidados, com responsáveis bem definidos e

distribuídos ao longo da trajetória do doente com EAM. A coordenação entre os vários intervenientes nos diferentes contextos de assistência ao EAM será uma das principais dificuldades de operacionalização do registo. Consideram-se como condições necessárias:

- a) Recorrer a um sistema eletrónico web-based;
- b) Elaborar manual de definições e regras de preenchimento;
- c) Garantir a formação contínua dos profissionais envolvidos.

Como forma de garantia da qualidade dos dados devem também estar previstas várias formas de auditoria periódicas e os seus resultados fazerem parte da avaliação das organizações envolvidas.

5. Armazenamento e propriedade dos dados

O proprietário dos dados de deverá ser o Ministério da Saúde, o qual será responsável pelo seu armazenamento, pela sua segurança e pela sua disponibilização. O coordenador do Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares deverá ser o responsável pela gestão do registo.

6. Integração do registo com outros sistemas de informação de âmbito nacional

A integração com outras bases de dados sob a tutela do Ministério da Saúde é importante para otimizar os recursos ao dispor do registo e para o controlo da qualidade da informação. Existem sistemas de recolha e tratamento de dados com possibilidade de interação no âmbito do EAM na DGS, SPMS, ACSS e INEM. Destaque para o Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO), cuja integração com o registo permitirá a sua atualização permanente sobre mortalidade a curto e longo prazo.

7. Acesso aos dados

A utilização dos dados deverá depender de autorização prévia do coordenador do Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. A análise dos dados para fins de investigação clínica e académica deve depender do parecer de uma comissão científica própria e a regras transparentes, que permitam a equidade de acesso dos investigadores e respetivas instituições. A informação obtida no âmbito de investigação académica deve ser avaliada apenas por critérios de qualidade científica, e não poderá ser censurada, alterada ou manipulada.

8. Publicação periódica de resultados

O processamento sistemático e periódico de um conjunto de dados, e a partilha institucional da informação gerada, é importante para a vitalidade do registo e para o seu posicionamento ao serviço da melhoria dos cuidados assistenciais e promoção do desempenho das instituições envolvidas. Sugere-se a apresentação de tabelas, gráficos ou dashboards de forma semestral, com especial foco no benchmarking entre instituições e a publicação de um relatório anual com a informação mais relevante para a caracterização da epidemiologia do EAM e do desempenho na sua assistência. A calendarização dessa análise dos dados e a sua disponibilização aos vários intervenientes, bem como ao público em geral, enquadra-se nas funções do Programa Nacional Para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares.

9. Integração com Sociedades Científicas e a Academia

O desenho do registo nacional deve ser orientado para a integração e harmonização com registos de iniciativa académica já existentes, com particular destaque para o RNSCA, de forma a

evitar duplicação de esforços. O conjunto central de dados ubiquitários nos registos deve ser de fácil migração e a sua disponibilização deve estar protocolizada. Devem ser feitos todos os esforços para aproveitar a longa experiência da Sociedade Portuguesa de Cardiologia na elaboração de registos e a implementação deste registo oficial deve ser feito de forma a reforçar os seus objetivos científicos. O acesso aos dados por investigadores deve estar regulado e sujeito ao parecer da comissão científica. Os estudos resultantes do registo devem ser reunidos num repositório público para consulta geral.

10. Questões legais e Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados

O processo de elaboração do registo tem de ter assessoria jurídica específica, que permita que todos os aspetos relativos à colheita, armazenamento, tratamento e disponibilização dos dados sejam realizados sobre os preceitos legais nacionais e cumprindo com o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados 2016/679. Idealmente, o registo deverá ter um Encarregado de Proteção de Dados único e supra-institucional.

Implementação

1. Grupo de trabalho

Recomenda-se que a implementação do registo seja o fruto do trabalho desenvolvido por um conjunto de profissionais, que englobe as diversas competências necessárias para o seu desenho, planeamento e operacionalização. Para a constituição desse grupo propõe-se 3 cardiologistas nomeados pela coordenação do Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares (incluindo o coordenador do grupo), 1 cardiologista nomeado pela Sociedade

Portuguesa de Cardiologia, 1 cardiologista nomeado pela Direção do Colégio de Cardiologia da Ordem dos Médicos, 1 epidemiologista nomeado pela Direção Geral de Saúde, 1 especialista em Sistemas de Informação nomeado pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde e 1 jurista nomeado pelo Ministério da Saúde.

2. Metodologia

Será da responsabilidade de grupo de trabalho a elaboração da documentação de suporte do registo de acordo com os objetivos específicos por si definidos. A saber:

- Folha de colheita de dados com respetivas definições e critérios de inclusão;
- Manual de preenchimento e de utilização do sistema eletrónico de colheita de dados;
- Plano de monitorização e controlo de qualidade;
- Regulamento de utilização dos dados;
- Plano de publicação periódica de resultados.

Numa segunda fase, estes documentos devem ser alvo de uma discussão pública alargada à comunidade científica e médica em geral. Os contributos devem ser reunidos e disponibilizados para consulta.

Os documentos finais devem ser apresentados à coordenação do Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares a qual, juntamente com o Ministério da Saúde, terá a responsabilidade da arquitetura operacional do registo definindo:

- Os órgãos responsáveis pelo registo;
- O plano de governança do registo.

O grupo de trabalho deve acompanhar o primeiro ano do registo de forma a corrigir erros na sua elaboração, resolver eventuais problemas técnicos e identificar barreiras à concretização dos seus objetivos.

3. Cronograma



Conclusão

Este documento de reflexão resulta de uma necessidade identificada em obter mais informação e conhecimento sobre a saúde cardiovascular em Portugal, e sobre o EAM em particular. O Registo Nacional é uma ferramenta essencial para a melhoria da atividade assistencial e para uma melhor gestão e planeamento em saúde. A sua implementação será uma importante mais valia para as várias instituições nacionais envolvidas na luta contra as doenças cardiovasculares. Temos a expectativa que este documento seja um primeiro contributo e o primeiro passo para a sua atempada concretização.

Bibliografia

Jneid H, Addison D, Bhatt DL, Fonarow GC, Gokak S, Grady KL, Green LA, Heidenreich PA, Ho PM, Jurgens CY, King ML, Kumbhani DJ, Pancholy S. 2017 AHA/ACC Clinical Performance and Quality Measures for Adults With ST-Elevation and Non-ST-Elevation Myocardial Infarction: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures. *J Am Coll Cardiol.* 2017 Oct 17;70(16):2048-2090.

Timóteo AT, Mimoso J; em nome dos investigadores do Registo Nacional de Síndromes Coronárias Agudas. Portuguese Registry of Acute Coronary Syndromes (ProACS): 15 years of a continuous and prospective registry. *Rev Port Cardiol (Engl Ed).* 2018 Jul;37(7):563-573.

In collaboration with the Association of Cardiovascular Nursing and Allied Professions (ACNAP), Association for Acute CardioVascular Care (ACVC), European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions

(EAPCI), EURObservational Research Programme (EORP), ESC Patient Forum, ESC Working Group on Thrombosis and ESC Committee for Young Cardiovascular Professionals, Gorav Batra, Suleman Aktaa, Lars Wallentin, Aldo P Maggioni, Peter Ludman, David Erlinge, Barbara Casadei, Chris P Gale, Data standards for acute coronary syndrome and percutaneous coronary intervention: the European Unified Registries for Heart Care Evaluation and Randomised Trials (EuroHeart). *European Heart Journal*, Volume 43, Issue 24, 21 June 2022, Pages 2269–2285.

EUROCISS Project (European Cardiovascular Indicators Surveillance Set <http://www.cuore.iss.it/eurociss/eurociss.asp>)

ANEXO 2

Planeamento Integrado de Alta Hospitalar:

Impacto nos eventos clínicos

Inês Espírito Santo; Fátima Farias; Cristina Ferreira, Rui Cruz Ferreira, Fátima Pinto Cardiologia, Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central – Hospital de Santa Marta

RESUMO

Introdução e objetivo: As dimensões biopsicossociais do doente têm impacto na alta hospitalar. A melhoria dos cuidados de saúde ao individuo deve integrar estas dimensões com a característica clínica da doença aguda. A realidade do Sistema Nacional de Saúde Português carece ainda de uma harmonia e articulação dos serviços existentes. Em 2015 foi criado e implementado o Plano Integrado para a Alta Hospitalar (PIAH). O objetivo deste estudo foi estimar o impacto do PIAH nos eventos clínicos dos doentes com patologia cardíaca.

Métodos: Foi realizado um estudo retrospectivo e comparativo, criou-se dois grupos de doentes com 70 anos ou mais, integrados no PIAH e um grupo de controlo com doentes com internamento não programado, no mesmo serviço, com o mesmo critério etário. Foram incluídos 135 doentes do grupo PIAH e 138 do grupo de controlo.

Conclusões: A implementação deste projeto influenciou de forma significativa a diminuição dos eventos clínicos, nomeadamente redução dos reinternamentos. O aumento do número de consultas de acompanhamento pelo Médico de Família promoveu a reavaliação da situação clínica, educação para a saúde e maior adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico.

PALAVRAS-CHAVE

Plano Integrado para Alta Hospitalar; Insuficiência

Cardíaca; Cuidados de Saúde Primários; Reinternamentos

INTRODUÇÃO

Portugal é um dos países Europeus em que nos próximos anos, mais se fará sentir a pressão do envelhecimento populacional, no aumento da procura de Unidades de Saúde, com particular relevo nas doenças crónicas não transmissíveis (DCNT).

O envelhecimento demográfico, a cronicidade da doença e concomitantemente a fragmentação dos cuidados entre os diferentes níveis de serviços, constituem desafios prementes no Serviço Nacional de Saúde Português. A articulação efetiva entre os diferentes níveis de cuidados de saúde e sociais é imperiosa na elaboração de um plano participado e integrado que permita e garanta que a alta se efetue de forma estruturada e normalizada, assegurando a continuidade dos cuidados com qualidade e segurança, desde o momento da admissão até à alta hospitalar. O doente deve ser o ponto central deste sistema e as organizações de Saúde e todos os profissionais intervenientes devem articular-se sobre este.

A grande maioria das Altas Hospitalares atualmente são de pessoas com mais de 65 anos de idade. Nesta faixa etária, com patologias e uma situação social característica, as estratégias terapêuticas não se devem centrar apenas na situação aguda, mas sim numa abordagem integral e continua que integre os diferentes níveis do sistema de saúde e das organizações sociais (Escovall et al., 2010). Um adequado planeamento de Alta Hospitalar é essencial e tem impacto na eficiência e na qualidade hospitalar, quanto à segurança e satisfação do utente, à disponibilidade de camas para internamentos eletivos ou de urgência, bem

como à estandardização da gestão das altas hospitalares (The Health Boards Executive, 2003). Naylor (1994) estudou os efeitos de um protocolo de planeamento de alta adaptada para os idosos, para o cuidador e no custo dos cuidados e verificou que é necessário um planeamento de alta específica para potenciar resultados após a alta, bem como a diminuição dos reinternamentos. Doentes com insuficiência cardíaca submetidos a um planeamento de alta completo e adequado, apresentaram menos reinternamentos quando comparados com doentes com um planeamento de alta comum. A aplicação de um plano de alta integrada em utentes de alto risco reduz a ocorrência de reinternamentos e a melhoria da prestação de cuidados (Naylor et al., 1994).

OBJETIVOS

O estudo PIAH teve como objetivo primário estimar o impacto do projeto nos eventos clínicos dos doentes com patologia cardíaca. Secundariamente, apresentar as mais valias do projeto na continuidade e segurança dos cuidados.

MÉTODOS

O PIAH é um estudo epidemiológico retrospectivo e comparativo, nos doentes internados no Serviço de Cardiologia do CHULC. O estudo foi aprovado pela Comissão Nacional de Proteção de dados e pela Comissão de Ética para a saúde da Instituição.

Foi realizado um estudo retrospectivo e comparativo, criou-se dois grupos de doentes com 70 anos ou mais, integrados no PIAH e um grupo de controlo com doentes com internamento não programado, no mesmo serviço, com o mesmo critério etário. Foram incluídos 135 doentes do grupo PIAH e 138 do grupo de controlo.

PROJECTO PIAH

O Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central (CHULC), nomeadamente o Centro Universitário de Cardiologia estabeleceu um protocolo com os Agrupamentos do Centro de Saúde Lisboa Central (ACESLC) que integra 17 Unidades de Saúde Familiar no sentido de desenvolver planos transversais de acompanhamento e continuidade de cuidados de saúde e sociais aos utentes com internamento não programado no Serviço de Cardiologia, com início na admissão hospitalar e foco no momento da Alta.

Este Projeto é composto por quatro momentos: i) o conhecimento das necessidades biopsicossociais e culturais do utente; ii) o desenvolvimento do plano de cuidados; iii) a implementação do plano com a coordenação com o utente, pessoa significativa, e com os serviços da comunidade necessários para assegurar a continuidade dos cuidados ao utente e complementar o apoio da família; iv) o follow-up pós alta nas 48-72 horas e a 1 mês e (re) avaliação da efetividade das estratégias definidas.

Sendo um programa integrado tem inerente o envolvimento de uma equipa multidisciplinar, embora sejam três as categorias compreendidas em todas as situações: a equipa médica, a equipa de enfermagem e assistente social. Os outros profissionais interferem quando é relevante, face à particularidade de cada situação: o dietista, o psicólogo e o terapeuta, bem como outros serviços clínicos envolvidos no internamento e no processo de alta.

Assim, em 2015 iniciaram-se revisões da literatura, analisaram-se as características dos utentes com internamentos urgentes, a casuística destes internamentos, os gastos, as readmissões e criaram-se os primeiros esboços do programa de efetivação da alta hospitalar. Foram analisadas

as altas proteladas e as causas, as dificuldades sentidas pelos profissionais na articulação destes utentes com os serviços disponíveis na comunidade e criaram-se os critérios de inclusão no programa. Nesta fase foi crucial o protocolo estabelecido com o Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Central e a união de esforços para criar uma linha de comunicação bilateral, eficaz, que englobasse não só informação clínica, como também desse continuidade aos cuidados de enfermagem e mantivessem o seguimento social encetado de forma precoce no estabelecimento hospitalar. Os objetivos fundamentais dessa ação concertada são não prolongar o internamento mais que o estritamente necessário, assim como permitir que a alta se efetive de forma segura, assegurando a reabilitação e o restabelecimento da saúde de forma adequada.

A análise da casuística dos internamentos urgentes permitiu definir uma idade mínima de inclusão no programa, definindo-se depois, junto com a equipa médica, os critérios clínicos que necessitariam de maior vigilância por forma a prevenir a descompensação da situação de saúde. Foram igualmente analisadas as readmissões destes utentes e pode concluir-se que por detrás destas readmissões estavam muitas situações de incumprimento terapêutico, assim como de exclusão/risco social.

Foi então definido que seriam integrados no programa utentes internados de forma urgente, que pertençam às Unidades de Cuidados de Saúde Primários ou Unidades de Saúde Familiar do Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Central e com os seguintes critérios (ao momento da admissão Hospitalar):

- ≥70 anos de idade;
- ≥65 anos de idade que residam sozinhos;

- Insuficiência Cardíaca pela New York Heart Association em classe III ou IV;
- EAM classe Killip III, ou IV
- Incumprimento terapêutico;
- Em risco social.

O enfermeiro que estabelece o primeiro contacto com o doente sinaliza o doente e, através dos critérios estabelecidos, inclui o doente no programa. Cabe a este enfermeiro, também a avaliação do nível de independência nas atividades básicas de vida diárias no momento do internamento, através da aplicação do índice de Barthel e a ativação da rede de comunicação entre as várias entidades envolvidas, alertando via e-mail o Médico de Família e o enfermeiro responsável na Unidade de Saúde do ACES a que o utente está afeto, assim como o gabinete do projeto PIAH relativamente ao conhecimento do internamento do utente, diagnóstico e tratamento.

Durante o internamento, e se este for superior a sete dias, é dado novo alerta via e-mail aos mesmos profissionais da Unidade de Saúde referenciados anteriormente sobre a permanência do utente no serviço e plano sucinto de tratamento. É igualmente comunicada à data de alta o destino do utente, necessidades especiais identificadas, acompanhando-se as notas de alta médica, de enfermagem e social.

O modelo de admissão e acompanhamento dos utentes entre os níveis de cuidados são um fator essencial para o seu bem-estar e de segurança na continuidade de cuidados, em que é realizado o follow-up pela Unidade de Saúde do ACES às 48-72 horas e ao 1º mês após alta do Serviço de Cardiologia. Garante-se assim uma acessibilidade e linha de comunicação uma estreita do utente aos Cuidados de Saúde Primários e ao Hospital.

A identificação de Sintomas e Sinais de alerta são abordados através de avaliações médicas presenciais e não presenciais (mais falta de ar; mais dor torácica; mais edemas; desmaio; TA < 90; Frequência Cardíaca < 50). A decisão da estruturação da continuidade de cuidados fica a cargo do médico assistente.

ANÁLISE DE DADOS

Para o estudo do impacto da implementação do projeto PIAH procedeu-se à comparação entre os doentes acompanhados com mais de 70 anos de idade e um grupo de controlo. O grupo de controlo foi definido com base nos mesmos critérios clínicos, demográficos e sociais que definem o projeto PIAH. Foram utilizados os dados dos internamentos do ano precedente para efeitos comparativos apresentados neste artigo.

RESULTADOS

Constituem o estudo 135 indivíduos do grupo PIAH (idade média 79.7 ± 5.9 , género masculino 49.6%) e 138 do grupo de controlo (idade média 79.5 ± 5.6 ,

género masculino 47.8%, $p > 0.05$). Não se verificou diferença estatisticamente significativa nas características demográficas e clínicas, bem como na duração do internamento hospitalar (Grupo controlo 11.5 dias; Grupo PIAH 11.4 dias, $p=0.97$), em baseline.

À data de alta hospitalar verificou-se um maior número de consultas de seguimento agendadas (Grupo controlo 69.6%; Grupo PIAH 88.1%, $p=0.001$) e efetivadas (Grupo controlo 45.7%; Grupo PIAH 68.9%, $p=0.001$) no grupo PIAH. Observou-se ainda uma maior adesão à terapêutica prescrita (Grupo controlo 76.8%; Grupo PIAH 86.7%, $p=0.01$) e ao controlo dos fatores de risco cardiovasculares (Grupo controlo 34.8%; Grupo PIAH 51.1%, $p=0.005$) no grupo que integrou este projeto. Estes ganhos traduziram-se numa redução da mortalidade por todas as causas (Grupo controlo 13.8%; Grupo PIAH 5.9%, $p=0.03$) e mortalidade cardiovascular (Grupo controlo 13%; Grupo PIAH 5.2%, $p=0.024$) aos 30 dias no grupo PIAH. Apresentam-se os seguintes resultados relativamente ao grupo controlo e grupo PIAH aos 30 dias após alta:

| Eventos/ações | Grupo Controlo | Grupo PIAH | <i>p</i> |
|--|----------------|------------|----------|
| Consultas agendadas Medico de Família | 69.9% | 88.1% | 0,001 |
| Consultas Efectivadas no Médico de Família | 45.7% | 68.9% | 0,001 |
| Adesão à terapêutica | 76.8% | 86.7% | 0,001 |
| Adesão aos Fatores de risco Cardiovasculares | 34.8% | 51.1% | 0,050 |
| Morte por todas as causas | 13.8% | 5.9% | 0,030 |
| Morte por causa cardiovascular | 13.0% | 5.2% | 0,024 |
| Mais de um reinternamento aos 30 dias por todas as causas | 11.6% | 3.0% | 0,024 |
| Mais de um reinternamento aos 30 dias por causa cardíaca | 11.6% | 3.0% | 0,024 |
| Mais de uma ida à urgência aos 30 dias por todas as causas | 11.6% | 3.0% | 0,022 |
| Mais de uma ida à urgência por causa cardíaca | 11.6% | 3.0% | 0,018 |

A estimativa de redução de custos por idas à urgência e internamento com estes doentes foi de 98.319,12€. Esta estimativa foi calculada a partir dos custos por doente tratado na urgência e no internamento (contabilidade analítica de 2016).

DISCUSSÃO

Jack et al (2009) corroborou que um acompanhamento mais próximo do utente e da família, no que diz respeito ao processo de alta, permite reduzir as reincidências no hospital (no seu estudo, em 30%), através da realização de follow-up telefónico, na confirmação da medicação prescrita e na articulação com outros níveis de cuidados. O autor concluiu que uma abordagem sistemática à alta hospitalar pode reduzir o uso desnecessário dos serviços de saúde.

Ao longo dos anos, e à medida que as acreditações de qualidade hospitalar foram surgindo, surgiram com elas indicadores de qualidade e efetividade que começaram a ser tidos em consideração na gestão dos cuidados e dos recursos. O tempo de internamento é um destes indicadores, sendo a sua redução, quando existem programas metódicos e bem implementados de continuidade de cuidados hospitalares, associada a redução de custos 1-5.

Nos serviços de Cardiologia a realidade rege-se pelos mesmos parâmetros de qualidade nos cuidados de saúde, e a alta precoce é um importante indicador de cuidados bem geridos e planeados, assim como dos avanços tecnológicos nos métodos de tratamento da doença cardiovascular. Nas recomendações europeias de 2012 para o diagnóstico e tratamento do enfarte agudo do miocárdio 7 era recomendado dar alta aos utentes com este diagnóstico, quando não complicado, nas 72 horas após revascularização coronária completa.

A revisão destas recomendações em 2017 8 vai mais longe e encura a previsão desta alta para as 48 a 72 horas após revascularização coronária completa não complicada, desde que esteja implementado um programa de reabilitação cardíaca e disponível o follow-up adequado para estes utentes. Nestas situações de internamentos previsivelmente curtos é importante começar a gerir a alta no momento zero, pois é limitado o tempo existente para dar resposta às necessidades que estes utentes terão após a alta.

O follow-up das 48h - 72h é considerado pela literatura um dos principais instrumentos de avaliação e monitorização no pós alta, na identificação de potenciais sinais de alerta. Podendo assim, promover uma intervenção precoce e evitar idas à urgência e Reinternamentos. Quando aplicado o instrumento pela Unidade de saúde do doente, e o enfermeiro identificar um sinal de descompensação deve encaminhar para o médico de família, e caso este tenha dúvidas pode contactar o HELPLINE CARDIOLOGIA, canal de comunicação direta entre profissionais dos dois níveis de cuidados em que estão três médicos adstritos ao projeto, e podem aconselhar e agilizar uma melhor resposta à situação aguda do doente, e evitar potenciais eventos major.

Se as síndromes coronárias agudas perfazem a grande maioria dos utentes internados com critério urgente nos serviços de cardiologia, outra grande fatia destes internamentos são os utentes com insuficiência cardíaca descompensada. Nestes utentes, a alta precoce pode não ser possível em grande parte das situações e, a ser possível, terá de ser gerida caso a caso. Se tivermos em consideração que a mortalidade dos utentes internados com descompensação da sua insuficiência cardíaca após a alta nos primeiros 2

a 3 meses é de 7 a 11% e atinge os 36% num ano, enquanto os reinternamentos ocorrem em 25 a 30% dos casos durante os primeiros 2 a 3 meses e em 66% durante o primeiro ano 9-11, o desafio não se coloca em gerir a alta num curto espaço de tempo, mas sim conseguir dar uma resposta verdadeiramente eficaz a todas as dificuldades que estes utentes terão em reintegrar na comunidade após a alta.

O reforço para a saúde, é evidente no agendamento do nº de consultas efetivadas com o médico de família após o evento de internamento e por conseguinte no nº de ações desenvolvidas de educação para a saúde. Assim, promove-se uma abordagem integrada de cuidados de saúde e sociais que se inicia desde o momento da admissão, à alta hospitalar assegurando a sua continuidade, modificando o paradigma comunitário e de saúde vigente. Permite uma organização e intervenção continuada sobre os fatores protetores de risco clínico e sociais.

CONCLUSÕES

As mais-valias do PIAH são já conhecidas pela literatura e agora observados pelos resultados. Estes resultados sugerem de forma clara, que o Planeamento Integrado de Alta Hospitalar influência de forma significativa a diminuição dos eventos clínicos. Bem como, a efetivação das consultas de acompanhamento pelo Médico de família promoveu a reavaliação da situação clínica e possivelmente a educação para a saúde, ao apresentarem maior Adesão à Toma e ao Controlo Terapêutico.

Deste modo, a implementação deste projeto contribuiu para a obtenção de ganhos de saúde, satisfação do utente, e redução de custos diretos,

indiretos e intangíveis, através da redução de reinternamentos, morte e episódios de descompensação, redução de idas à urgência, e melhoria do planeamento dos cuidados, assegurando o acompanhamento e a continuidade de cuidados com segurança.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - Saad Khan, Asad Khan & Mitra Feyz. Decreased length of stay, cost savings and descriptive findings of enhanced patient care resulting from an integrated traumatic brain injury programme. *Brain Injury Volume 16, 2002 - Issue 6. Pages 537-554.*
- 2 - Raut M, Schein J, Mody S, Grant R, Benson C, Olson W. Estimating the economic impact of a half-day reduction in length of hospital stay among patients with community-acquired pneumonia in the US. *Current Medical Research and Opinion. 2009 Sep; 25(9):2151-7.*
- 3 - Helene Starks, Song Wang, Stuart Farber, Darrell A. Owens and J. Randall Curtis. *Journal of Palliative Medicine. 2013 Oct; 16(10): 1215–1220.*
- 4 - Kathleen Carey. Hospital Length of Stay and Cost: A Multilevel Modeling Analysis. *Health Services and Outcomes Research Methodology. March 2002, Volume 3, Issue 1, pp 41–56.*
- 5 - Steven J. Barad, Stephen M. Howell, Joyce Tom. Is a shortened length of stay and increased rate of discharge to home associated with a low readmission rate and cost-effectiveness after primary total knee arthroplasty? *Arthroplasty Today. Volume 4, Issue 1, March 2018, Pages 107-112.*
- 6 – Mujtaba Hasan. Readmission of patients to hospital: still ill-defined and poorly understood. *International Journal for Quality in Health Care. 2001: Volume 13, Number 3: pp 177-179.*
- 7 – Gabriel Steg, Stefan K. James, Dan Atar, Luigi P.

Badano, et al. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal, Volume 33, Issue 20, 1 October 2012, Pages 2569–2619.

8 – Borja Ibanez, Stefan James, Stefan Agewall, Manuel J Antunes, Chiara Bucciarelli-Ducci, Héctor Bueno, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal, Volume 39, Issue 2, 7 January 2018, Pages 119–177.

9 – Farmakis, D, J Parissis, and G Filippatos. 2015. Acute heart failure: epidemiology, classification and pathophysiology, ESC Textbook of Intensive and Acute Cardiac Care. 2nd ed. Oxford University Press, Oxford, UK.

10 – Storrow, AB, CA Jenkins, WH Self et al. 2014. The burden of acute heart failure on U.S. emergency departments. JACC Heart Fail 2:269–277.

11 – Farmakis, D, J Parissis, J Lekakis, and G Filippatos. 2015. Acute heart failure: epidemiology, risk factors, and prevention. Rev. Esp. Cardiol. (Engl Ed) 68:245–248.

SNS

CARDIOLOGIA



REDE DE REFERENCIAÇÃO HOSPITALAR DE CARDIOLOGIA 2023