



ORDEM
DOS
MÉDICOS

**Colégio de Especialidade de
Cirurgia Plástica Reconstructiva E Estética
Direcção**

**REORGANIZAÇÃO HOSPITALAR
da
CIRURGIA PLÁSTICA E RECONSTRUTIVA**

**Documento de Orientação
2014**



INTRODUÇÃO

A Direcção do Colégio de Especialidade de Cirurgia Plástica Reconstructiva e Estética reunida na Figueira da Foz a 15 de Novembro de 2014, decidiu aprovar o presente documento estratégico de Orientação sobre as linhas orientadoras da reorganização hospitalar na Especialidade.

LINHAS ORIENTADORAS da REORGANIZAÇÃO HOSPITALAR em CIRURGIA PLÁSTICA e RECONSTRUTIVA

1. ENQUADRAMENTO GENÉRICO

Como nota prévia enfatizamos que o número de Cirurgiões Plásticos e a estrutura organizativa da Especialidade não esgotam os factores que determinam a qualidade e adequação da assistência às necessidades da população...

Condicionalismos tão simples como a disponibilidade em horas de sala operatória, em camas hospitalares (embora o *shift* para o ambulatório seja nesta especialidade uma realidade palpável e crescente...) em pessoal de enfermagem e anestesiológicos podem interferir na rentabilidade dos Cirurgiões e na eficácia dos cuidados que poderiam prestar.

Por outro lado é esta uma Especialidade com fronteiras muito ténues com outras que lhe são afins e que geralmente se definem por áreas anatómicas, estabelecendo um panorama de competição por patologia, como é o caso da Oftalmologia, da ORL, da Ortopedia, da Cirurgia Geral, da Neurocirurgia, da Cirurgia Maxilo-facial, entre outras menos explicáveis...

E isto, em certos contextos, pode diminuir objectivamente a procura da Cirurgia Plástica.

E se neste complexo puzzle se introduzirem padrões de qualidade de Serviço, como a diminuição dos tempos de espera entre a referência e a consulta e os tempo de espera entre a decisão e a Cirurgia, poderemos encarar uma necessidade aumentada da força de trabalho.

E o número de cirurgiões pode ser especialmente enganador... de facto um número sensível de quadros dedicam-se quase exclusivamente à Cirurgia Estética o que, do ponto de vista do SNS, faz que se não se constituam em válvula de escape do sistema para os sectores mais favorecidos da população no que respeita a necessidades assistenciais de outra índole.



Objectivemos, mesmo assim, estes dois factores: a força de Trabalho e a Organização Hospitalar da Especialidade

2. A FORÇA DE TRABALHO EM CPR

A questão que se coloca é como é possível quantificar a necessidade de quadros nesta Especialidade

Ratio População / Cirurgiões Plásticos

Os *guidelines* internacionais de 2003 apontavam para ratios de 2,22 cirurgiões plásticos /100.000 hab. A sua aplicação em Portugal resultaria numa força de trabalho de 220 cirurgiões.

Este padrão reflecte um estudo baseado essencialmente em dados obtidos:

- em análises de ambulatório
- em ambientes em que a Cirurgia Plástica tem um padrão "restrito" no que respeita ao universo assistencial que tem... isto é, sem abranger áreas que entre nós lhe estão frequentemente cometidas como a cirurgia maxilofacial
- e, por outro lado, não autonomiza, na análise de necessidades, os meios próprios do sistema hospitalar público.

E têm que ser equacionados outros condicionantes:

As Alterações Demográficas

Uma abordagem previsionar baseada nas alterações demográficas sugere que a procura de cuidados de saúde implique, só em função deste factor, uma necessidade acrescida de médicos de 62% em 2030, que se materializa em 55% na área da Cirurgia Plástica...

A Disponibilidade de Tempo de Trabalho

A tendência geral é para a diminuição do horário de trabalho Médico.

Isto condiciona a necessidade de crescimento da mão de obra em cerca de 1% cada 4 ou 5 anos para manter a mesma disponibilidade



Em conclusão:

A conjugação de todos estes factores traduzir-se-ia por um universo global desejável de cerca de 350 cirurgiões plásticos dentro de 20 anos... ou seja numa taxa de crescimento líquido de cerca de 6 cirurgiões por ano

Se tomarmos este dado como uma referência resulta a necessidade de alocar recursos à formação e não aumentar "à pressão" as capacidades formativas de Serviços anémicos e muito menos "abrir" as portas da formação em Instituições sem condições objectivas para preparar Especialistas com um nível técnico que respeite as normas nacionais que são aliás irrepreensíveis

A nossa Proposta Organizativa tem em conta esta necessidade que se torna num ganho colateral de grande importância.

3. A ESTRUTURA ORGANIZATIVA

PREÂMBULO

É de notar que a Cirurgia Plástica é uma das raras Especialidades Médicas em expansão, estabelecendo a nível hospitalar relações com outras Especialidades, fazendo da Reconstrução uma parte integrante do tratamento cirúrgico numa plataforma multidisciplinar de que são exemplos excelentes a Traumatologia e a Oncologia...

E que se vai desenhando um papel cada vez maior da Especialidade nos novos caminhos da Medicina Regenerativa que sugerem a necessidade, a curto prazo, da articulação dos Serviços com meios tecnológicos avançados e o respectivo apoio logístico e humano em ambiente científico e de investigação diferenciado.

E isto, que é o futuro da Especialidade, torna obsoletas as "Unidades" de Cirurgia Plástica isoladas destes ambientes e numericamente anémicas.

Estas "Unidades" não têm massa crítica mínima para o desenvolvimento dos quadros, que só pode ser feito no âmbito dum Grupo de trabalho hierarquizado e organizado, quanto mais para desenhar e



promover um projecto assistencial coerente e integrado para as populações por que se assumem responsáveis. São, objectivamente, um desperdício de recursos insustentável.

SITUAÇÃO ACTUAL e PROPOSTAS da UNIDADE OPERACIONAL de PLANEAMENTO e INVESTIMENTOS do MINISTÉRIO da SAÚDE

A Unidade Operacional de Planeamento e Investimentos do Ministério da Saúde sobre Demografia Médica e Planeamento de Saúde em Cirurgia Plástica e Reconstructiva afirma o pressuposto de que todas as tarefas cometidas aos Serviços devam ser executadas pelos meios humanos propostos sem recurso a horas extraordinárias nem contratos de prestação de serviços e terem sido equacionados aspectos relacionados com a formação e idoneidade e o nº de internos por especialidade.

Cabe analisar a carteira de cuidados mínimos por tipologia hospitalar e as conclusões do estudo no que refere a CPRE em meio hospitalar público

Assim é proposta a existência de unidades/ serviços/ valências/ especialistas (?!) de CPRE em Hospitais ditos de tipologia A1 e A2. E num Hospital A2 é assumida a existência de Cirurgiões Plásticos com actividade de internamento/ Bloco Operatório e Consulta ignorando-se a visão dos relatores para o Serviço de Urgência de Especialidade nestes hospitais.

É de referir que os autores do projecto não quiseram ou não souberam enquadrar a Especialidade em texto explicativo prévio, como o fizeram com a generalidade das outras.

Depreendemos que, não estando capacitados para entender o que é a Especialidade e qual o seu papel e articulação em meio hospitalar, fizeram um exercício matemático possível sem suporte teórico suficiente.

Constatava-se uma diáspora de 104 Cirurgiões Plásticos, dos quais metade com mais de 50 anos de idade, por hospitais de diferenciação muito diversa a maior parte deles em unidades de 1 a 4 elementos, exceptuados os hospitais com Urgência Polivalente, 30 internos em formação e calculavam-se as necessidades, por critérios não explícitos, em 134, deduzindo um ritmo de entrada de 8-10 especialistas/ano a partir de 2015... já que não previam qualquer saída significativa de especialistas de 2012 a 2015.



Estes números e projecções são mais ou menos especulativos e a realidade actual já os desmentiu...
Há cada vez mais Cirurgiões Plásticos a abandonar o sistema...

O estudo, ao mesmo tempo que propõe um reforço marginal, o congelamento ou até a deplecção de Serviços de maior dimensão, sugere espantosamente o reforço de unidades onde quis o acaso, a conveniência de alguém ou a pressão política que tivessem ido "parar" 1 ou 2 Cirurgiões Plásticos.

PROPOSTA da DIRECÇÃO do COLÉGIO de ESPECIALIDADE de CPRE

(Para evitar equívocos não usámos qualquer terminologia convencional mas definimos condições objectivas que sobrevivem à volatilidade dos acrónimos)

1. Os Serviços de CPRE devem estar sediados em Hospitais :
 - tecnologicamente apetrechados,
 - em que os projectos de desenvolvimento científico e a formação sejam parte integrante da Missão,
 - dispondo da generalidade das valências cirúrgicas, mormente as que tratam o Trauma (Ortopedia, Neurocirurgia, ORL, Oftalmologia, etc.),
 - que tenham disponíveis técnicas de apoio complementar diferenciado (na Radiologia e Laboratórios p.e.),
 - áreas terapêuticas com capacidade e dimensão para a especialização (Fisiatria, p.e.),
 - e articulados com uma Urgência Polivalente.
2. Devem ter uma dimensão, meios logísticos e humanos capaz de responder às necessidades de diferenciação disciplinar, de formação e da Urgência Polivalente, sendo estas no mínimo de 2 Especialistas por dia da semana, acrescentando 2 Chefes de Serviço/categoria afim.
3. Os meios humanos agora dispersos devem ser reconcentrados nos hospitais deste tipo.
 - i. A realidade mostra que os elementos dispersos pelos hospitais periféricos são geralmente muito mais jovens e que a sua capacidade de trabalho na urgência não é aproveitada enquanto os médicos mais velhos nas unidades centrais são obrigados a esforço inadequado e as instituições compelidas a despesa acrescida em horas extraordinárias.



4. As necessidades assistenciais nesta Especialidade das outras instituições hospitalares e das populações que lhes são afectas devem ser cometidas às Unidades Hospitalares acima referidas segundo um figurino:
 - i. de afiliação hospitalar em modelo a gerir pelas Direcções de Serviço (com médicos em destacamento para cumprir as necessidades supervenientes no internamento ou de colaboração cirúrgica multidisciplinar in loco...)
 - ii. de referenciação directa à Consulta de Especialidade pelas consultas hospitalares dessas instituições sem prejuízo da que possa ser feita pelos Cuidados Primários das suas áreas de influência.
 - O modelo de pagamento destes serviços “inter-hospitalares” deve ser instituição a instituição
 - É urgente rever a situação das assimetrias contratuais entre diferentes hospitais afectos ao SNS, responsáveis por uma perda crescente de jovens especialistas em idade de fazer urgência para hospitais com autonomia administrativa e de gestão, à revelia de qualquer plano central, em regimes contratuais que os isentam dessa obrigação e rever também os limites dessa autonomia de modo a permitir a correcção da diáspora e a não voltar a ferir o planeamento geral.
 - iii. Tem o Sistema que se adaptar excepcional e casuisticamente a condicionalismos de natureza regional ou especial que recomendam excepções a este modelo de que são exemplos as Regiões Autónomas ou os Hospitais especializados:
 - De todo o modo em caso algum deverão funcionar Unidades abaixo do número mínimo de de 4 e Serviços de número inferior a 8 Cirurgias.
5. Há ainda que referenciar dois pontos “quentes” a autonomizar em termos organizativos.
 - i. A estrutura das Unidades de Queimados e a sua articulação com os Serviços de Cirurgia Plástica que as gerem tem-se demonstrado eficaz e suficiente...



A exceção é a insuficiência de meios e estrutura das Unidades de Queimados Pediátricos que necessita de uma forte proximidade de Intensivistas Pediátricos e de meios logísticos e humanos próprios.

Sendo deficitária recomendando-se a existência de duas Unidades Regionais supletivas entre si, com estas características, na dependência de Serviços de Cirurgia Plástica.

- ii. A outra questão explosiva ligada à actividade de Cirurgia Plástica e Reconstructiva no âmbito de urgência é a necessidade de uma rede que garanta em todo o tempo a realização de reimplantes...

E esta é uma questão de grande melindre social e ético para não falar da vertente económica que lhe está associada... De facto uma resposta inadequada do sistema tem consequências catastróficas na vida do traumatizado.

Os reimplantes não são compatíveis com a actividade normal das equipas de Urgência pelo

- seu carácter emergente,
- os apertados *timings* que lhe estão associados,
- a especificidade técnica da cirurgia
- a longa duração dos actos cirúrgicos,
- a dimensão das equipas necessárias à sua execução em segurança.
- a diferenciação dos executantes
- o enquadramento num esquema de treino específico que exige.

Assim, deverão ser estabelecidos

- 2 centros de referência regionais em régimen de chamada,
- segundo um modelo-tipo das equipas de transplantes, com coordenação e financiamento próprios,
- constituídas por dois especialistas apoiados por dois Internos de Especialidade por equipa de intervenção,
- no número de equipas de intervenção necessário à continuidade do Serviço,
- com acesso imediato e sem restrições a uma Sala Operatória equipada,
- e apoio de Unidade de Vigilância post-operatória permanente.



ORDEM
DOS
MÉDICOS

A única forma destes módulos assistenciais funcionarem é sendo completamente autonomizados da Urgência Geral de Cirurgia Plástica que funcionará como plataforma de triagem para a sua activação.