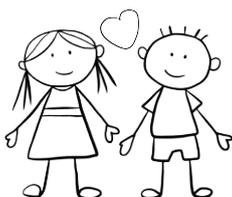


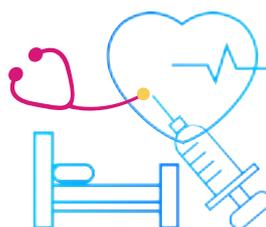
COMBATE À COVID-19 - RESULTADOS DE INQUÉRITO



ESTÁGIOS EM HOSPITAIS GRUPO 1



RECOMENDAÇÕES ANESTESIA EM PEDIATRIA



RECOMENDAÇÕES SEDAÇÃO E ANALGESIA



RECOMENDAÇÕES PARA A ELABORAÇÃO DO CURRICULUM VITÆ PARA EXAME FINAL DO INTERNATO



COLÉGIO DE ANESTESIOLOGIA

Newsletter 2

EDITORIAL

As crises sanitárias de 2002-2003 e de 2012 devidas, respetivamente, ao SARS no Sul da China e ao MERS-CoV no Médio Oriente, foram o prenúncio da pandemia actual provocada pelo SARS-CoV-2 que se iniciou na província de Wuhan, na China no final de 2019. Esse é um dos enfoques atuais e um dos temas principais desta *Newsletter*, retratando a resposta da nossa especialidade no combate a esta pandemia.

O estágio obrigatório em hospitais do Grupo I, conforme previsto na Portaria nº 92-A/2016 de 15 de Abril, que regulamenta o Programa do Internato de Anestesiologia, ocorreu pela primeira vez durante o ano de 2020. Apesar das dificuldades criadas pela pandemia, julgamos que o balanço foi por um sucesso. Estamos certos que acrescentará ainda mais valor no futuro próximo, quando as sucessivas experiências e as rotinas entretanto estabelecidas, ganharem robustez.

Divulgam-se, ainda, importantes documentos aprovados no último ano. O primeiro diz respeito à atualização das recomendações para a prática anestésica em Pediatria, baseadas no estudo multicêntrico APRICOT, no qual é realçada

a importância da experiência e prática regular do Anestesiologista nesta área, necessárias para a abordagem anestésica de crianças com idade inferior a 3 anos.

O segundo diz respeito às recomendações para analgesia e sedação, estabelecendo de forma clara as situações nas quais é exigida a presença de um Anestesiologista, para que o procedimento seja realizado com a devida qualidade e segurança.

Finalmente, incluímos o documento de revisão das recomendações para a elaboração dos *Curricula Vitae* dos candidatos aos exames finais da especialidade, a aplicar a partir de 2021.

Terminamos deixando uma mensagem de agradecimento a todos os Anestesiologistas pela forma exemplar com que abraçaram os desafios profissionais desencadeados pela pandemia.

Deixamos também uma palavra de esperança e confiança a todos, pelos difíceis tempos que ainda se avizinham, esperando que permaneçam de boa saúde e que o ano de 2021 nos traga o tão ansiado regresso à normalidade.

Bem hajam!

A Direção do Colégio de Anestesiologia 2017 - 2020





A Anestesiologia no Combate à 1ª Vaga da Pandemia COVID-19

Resultados dum Inquérito

A disseminação na Europa, e mais especificamente em Portugal da pandemia COVID-19 causada pelo vírus SARS-CoV-2, em Março de 2020, exigiu do SNS uma resposta organizacional e clínica que levou à reconfiguração da logística das Instituições Hospitalares. A prioridade dada à resposta aos doentes infectados por aquela doença, reduziu a actividade electiva não prioritária e condicionou o alargamento da capacidade instalada para a prestação de cuidados a doentes críticos. Existiu também a necessidade de reconversão das enfermarias cirúrgicas para internamento exclusivamente médico.

“houve necessidade da mobilizar logo no início da pandemia uma parte significativa de recursos humanos, designadamente dos médicos anestesiológicos”

Em consequência, houve necessidade da mobilizar logo no início da pandemia uma parte significativa de recursos humanos, designadamente dos médicos anestesiológicos que faziam parte dos quadros dos Serviços de Anestesiologia dos Hospitais Públicos, para o apoio ao doente crítico no reforço a equipas de cuidados intensivos e na criação de novas unidades de cuidados intensivos, em espaços anteriormente destinados a outras funções, e ainda no apoio à emergência externa e interna.

Assim, entendeu a Direcção do Colégio de Anestesiologia desenvolver um inquérito nacional que monitorizasse o contributo dos Anestesiológicos, do quadro dos 53 Serviços de Anestesiologia dos Hospitais Públicos do SNS (incluindo os Hospitais das Regiões Autónomas dos

Açores e da Madeira, assim como os Hospitais das Forças Armadas de Lisboa e Porto) para o combate à presente pandemia, entre o período de 13 de Abril a 21 de Junho de 2020.

“mobilização de médicos anestesiolistas para actividade em torno do doente crítico que chegou a envolver 209 especialistas e 170 Internos de Formação Específica de Anestesiologia”

Do levantamento efectuado foi possível identificar a existência em Janeiro de 2020, de 607 camas de nível III e 490 camas de nível II, 622 salas operatórias, 221 salas para procedimentos fora do bloco operatório e 881 camas em unidades de cuidados pós-anestésicos, para além de 1594 ventiladores provenientes das Unidades de Cuidados Intensivos, dos Blocos Operatórios e das salas para realização de procedimentos sob intervenção de Anestesiologistas fora de Bloco Operatório.

Em termos logísticos, os Planos de Contingência das diferentes Instituições Públicas Hospitalares nas fases iniciais permitiram prever, um total de 1524 camas de nível III, o que correspondia a um aumento de 251,1% das 607 camas existentes em Janeiro de 2020. Este esforço de re-configuração só foi possível devido à suspensão parcial ou total da actividade electiva não prioritária, que chegou a ser superior a 90% nos primeiros meses da pandemia (entre Março e Abril), e à mobilização de médicos anestesiolistas para actividade em torno do doente crítico que chegou a envolver 209 especialistas e 170 Internos de Formação Específica

de Anestesiologia (22,9% do total dos profissionais médicos dos Serviços de Anestesiologia) nos momentos mais críticos da primeira vaga da pandemia.

Como efeitos laterais deste combate nos meses de Março e Abril em 70,4% das Instituições com idoneidade formativa houve uma interrupção quase total dos estágios do Internato de Anestesiologia, e 47 profissionais anestesiolistas (especialistas e internos de formação específica) foram afectados pela COVID-19 (por doença ou quarentena), o que correspondeu a 2,9% do total dos profissionais médicos dos Serviços de Anestesiologia.

“A implementação de boas práticas no combate à pandemia COVID-19 (...) foi sendo crescente, chegando a que no período entre 15 e 21 de Junho, 9 dos 12 indicadores tivessem uma taxa de realização em mais de 90% das Instituições”

A implementação de boas práticas no combate à pandemia COVID-19 (circuitos diferenciados, testes para doentes internados, testes para doentes propostos para cirurgia, salas operatórias e quartos para trabalho de parto dedicadas, equipamento com filtros HEPA, utilização de máscaras e EPI adequados às diferentes situações), foi sendo crescente, chegando a que no período entre 15 e 21 de Junho, 9 dos 12 indicadores tivessem uma taxa de realização em mais de 90% das Instituições Públicas Hospitalares envolvidas, gráfico 1.

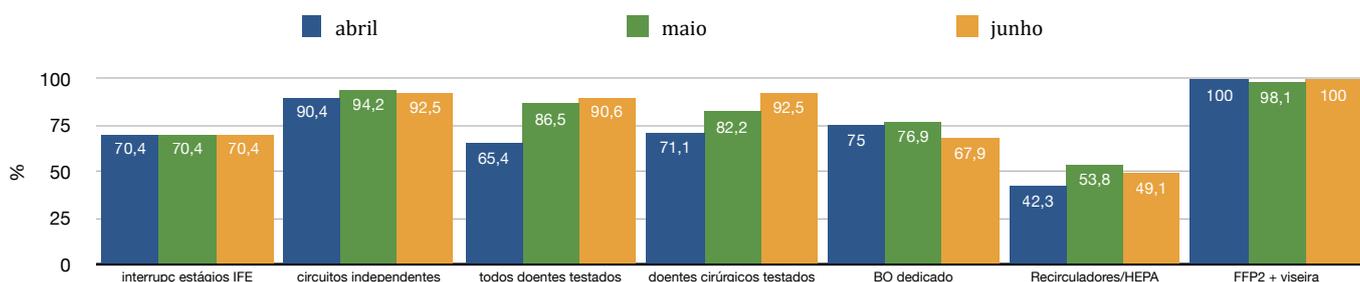


Gráfico 1. evolução dos indicadores ao longo dos meses Abril a Junho 2020

5. Conclusões

Com os resultados deste inquérito, constata-se que houve uma significativa reconfiguração hospitalar em Abril passado, na sequência da primeira vaga da pandemia, condicionando-a de forma inequívoca à prioridade de resposta aos doentes infectados pelo SARS-CoV-2, reduzindo a atividade eletiva não prioritária e alargando a capacidade instalada no âmbito da prestação de cuidados a doentes críticos. Em simultâneo, verificou-se de forma progressivamente crescente a implementação de boas práticas no sentido de aumentar a segurança de doentes e profissionais de saúde.

“uma demonstração notável de trabalho de equipa, capacidade e competência dos Anestesiologistas nestas áreas do conhecimento médico”

Outra importante constatação, refere-se à mobilização de uma parte significativa de recursos humanos dos Serviços de Anestesiologia, logo no início da pandemia, para o apoio ao doente crítico, quer no reforço a equipas de cuidados intensivos, quer na criação de novas unidades de cuidados intensivos em espaços anteriormente destinados a outras funções, quer ainda no apoio à emergência externa e interna. Este apoio concretizou-se na semana de 13 a 19 de Abril, em 267 Anestesiologistas, considerando os IFE de Anestesiologia que teriam terminado o Exame Final da Especialidade em Março passado, ver infografia. Trata-se de um número impressionante, já que representa quase um quarto do total de especialistas em Anestesiologia existentes nos quadros médicos dos hospitais públicos do SNS, gráfico 2. Este facto, materializa uma demonstração notável de trabalho de equipa, capacidade e competência dos Anestesiologistas nestas áreas do conhecimento médico.

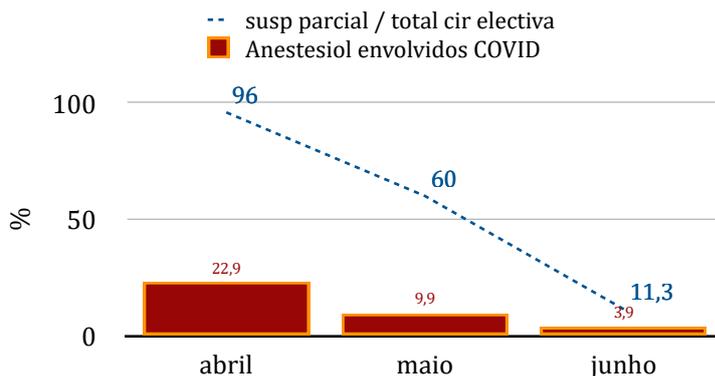
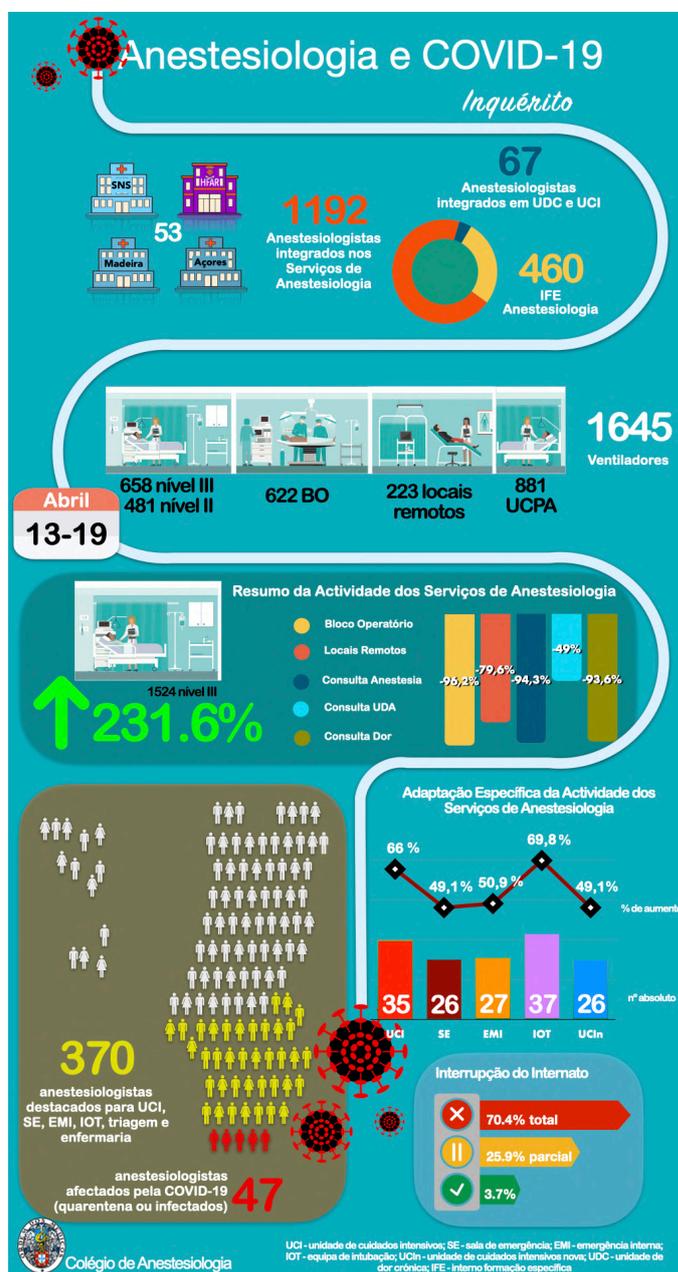


Gráfico 2. Evolução da suspensão da atividade cirúrgica e dos Anestesiologistas envolvidos no tratamento de doentes COVID19 ao longo dos meses Abril a Junho 2020.

Infografia mostrando os resultados apurados na semana de 13 a 19 de Abril 2020.



Estágio em Hospitais do Grupo 1

Tal como descrito na Portaria nº92-A/2016, encontrando-se o Interno numa fase em que a maioria das competências técnicas e dos conhecimentos científicos estão adquiridos e em fase de reflexão, integração e consolidação dos conhecimentos, procura-se, nos últimos 12 meses da formação, que o futuro especialista seja exposto a uma realidade diferente do seu local de formação habitual.

Neste sentido, foi legislada a existência de um estágio com duração de 2 meses, em hospitais ditos do grupo I e que não têm internos de formação específica (IFE).

A idoneidade destes hospitais é obrigatória para a realização deste estágio. Para tal, estes hospitais foram alvo de visitas de avaliação com critérios bem definidos para aquele objectivo.

A legislação determina ainda que o procedimento de distribuição dos internos seja realizado anualmente, usando um procedimento objectivo e sistemático, da responsabilidade da

Foi feita uma distribuição das vagas de forma rotativa e institucional entre os hospitais de origem, obedecendo preferencialmente, a uma distribuição também rotativa ao longo do ano e regional pelos hospitais de destino. Seguindo a metodologia adoptada, torna-se possível determinar, em função das vagas anuais de Anestesiologia, a distribuição até cerca de 5 anos de antecedência.

Obviamente, a lista dos hospitais (tipo I) que receberão IFE's é dinâmica e pode ser objecto de alterações ao longo do tempo (ver mapa).

A atribuição de vagas efectuada pela DCA é puramente institucional. A autonomia dos serviços é assim respeitada, ficando estes com a responsabilidade da distribuição nominal dos diferentes IFE ao longo do ano, tendo em consideração as vagas que dispõem.

A repartição das vagas foi realizada tendo em conta o número de IFEs de cada ano, nos diferentes Serviços com idoneidade formativa. Esta distribuição teve que ser feita para os internos abrangidos pela portaria que atualmente regula o internato (Portaria nº92-A/2016). Isto implicou a atribuição de vagas de 2020 a 2022, tendo-se procurado ir de encontro às aspirações da organização dos Serviços de Anestesiologia que definem a calendarização dos seus IFE. A partir de 2019 (e também já para 2020), todos os Serviços com IFE a iniciar o Internato, e que irão cumprir o estágio em hospitais tipo I de 2023 a 2025 já conseguiram calendarizar todos os estágios, acautelando os vários períodos de 2 meses que lhe foram atribuídos.



“A atribuição de vagas efectuada pela DCA é puramente institucional.”

Ordem dos Médicos através do respectivo colégio da especialidade.

Respeitando a legislação, a Direção do Colégio de Anestesiologia (DCA) optou por usar um procedimento objectivo e sistemático em vez de um procedimento subjectivo e aleatório, como seria um sorteio.



Centro Hospitalar de Médio Tejo: 1 - Hospital de Abrantes, 2 - Hospital de Tomar; 3 - Hospital da Guarda (ULS Guarda)



4 - Hospital de Viana do Castelo (CHAA); 5 - Hospital da Figueira da Foz ; 6 - Hospital de Famalicão (CHMA)

Os Directores de Serviço e os Responsáveis pela Formação dos hospitais de origem têm acesso, em tempo real e por via informática, a toda a distribuição prevista de 2020 a 2025 e a alterações

“Perante a troca de vagas, relembramos que são institucionais e nunca nominais”

que, porventura, venham a existir.

A atribuição de vagas de 2021 já está toda

A autonomia na distribuição nominal, e dentro desse âmbito as trocas de vagas entre serviços, resolvem a quase totalidade das situações excepcionais.

Nos casos de não utilização da vaga, o hospital (a Direcção do Serviço ou o Responsável pela Formação) deve comunicar à DCA que prescinde da mesma e solicitar uma nova para o período em que o IFE inicie a frequência do 5º ano. A vaga original fica livre e pode ser solicitada por outro hospital. A vaga solicitada será alocada em período disponível em Hospital do grupo I, preferencialmente na região,



7 - Hospital de Castelo Branco; 8 - Hospital de Santiago do Cacém (ULS Litoral Alentejano); 9 - Centro Hospitalar da Cova da Beira

categorizada nominalmente, tal como aconteceu em 2002 tendo em conta a distribuição que os Responsáveis de Formação / Directores de Serviço fizeram e que enviaram para a DCA.

Naturalmente que na consequência de baixas, licenças de maternidade, licenças sem vencimento, interrupções do Internato, ou até de IFEs que entraram em Julho por mudança de especialidade, entre outras existirão perturbações pontuais na distribuição, que seguramente se continuarão a verificar todos os anos.

mas eventualmente onde existir disponibilidade, se as vagas da região se encontrarem totalmente preenchidas.

“A atribuição de vagas de 2021 está toda categorizada nominalmente tal como aconteceu em 2020...”

Perante a troca de vagas, relembramos que são institucionais e nunca nominais, pelo que é apenas necessário um e-mail dirigido à DCA, do Responsável



10 - Centro Hospitalar do Barreiro Montijo; 11 - Hospital de Portimão (HBA); 12 - Hospital de Braga

ou Director de cada um dos serviços que pretendem a troca, a confirmá-la.

Relativamente ao alojamento, durante as visitas de avaliação de idoneidade, foi perceptível que são variadas as soluções encontradas por cada Instituição. No entanto, aquele está obrigatoriamente garantido pelo hospital do grupo I. Os internos devem atempadamente solicitar junto

“Sentimos que esta nova aposta na formação...parece ser muito positiva para os internos e para os serviços.”

dos hospitais de destino, caso necessitem, o respectivo alojamento.

A DCA tem informado a ACSS, via Ordem dos médicos, das diferentes etapas e de todo processo de distribuição.

Após contacto (aleatório) com alguns dos directores de serviço dos hospitais do grupo I e alguns internos que frequentaram o estágio em 2020 recebemos comentários globalmente positivos. Apenas no alojamento existiram alguns constrangimentos que entretanto foram ultrapassados. Não obstante, todos se mostraram muito agradados com o que ganharam. Sentimos que esta nova aposta na formação, que começou com a portaria de 2016 e se concretizou em 2020, parece ser muito positiva para os internos e para os serviços.



13 - Hospital de Portalegre (ULS Norte Alentejano); 14 - Hospital de Caldas da Rainha (CH Oeste); 15 - ULS Baixo Alentejo



Recomendações de Anestesia em Pediatria

Passados cerca de oito anos da publicação das primeiras Recomendações sobre Anestesia em Pediatria pela Direcção do Colégio de Especialidade de Anestesiologia, impõe-se uma revisão,



Enquadramento

A minimização dos riscos de eventos críticos associados à anestesia de lactentes e crianças sempre foi um desafio constante. Relativamente a este assunto Walid Habre e col. em 2017, publicaram um estudo observacional prospetivo, multicêntrico, abrangendo 261 hospitais, no sentido de documentar a morbi/mortalidade associada à anestesia pediátrica na Europa. As conclusões do Estudo Multicêntrico APRICOT (**A**naesthesia **P**Ractice **I**n **C**hildren **O**bservational **T**rial) promovido pela Sociedade Europeia de Anestesiologia Pediátrica, revelaram que *crianças com idade inferior a 3 anos e/ou história de prematuridade, patologia metabólica, genética ou neurológica, roncopatia, condição médica com febre ou sob medicação, hipersensibilidade das vias aéreas, têm um risco acrescido de ter uma complicação crítica grave, devendo ser anestesiadas sob a supervisão directa de um Anestesiologista com experiência e prática regular em anestesia pediátrica* (1).

Da análise da incidência de alguns eventos críticos em anestesia pediátrica foram encontradas diferenças 2 a 10 vezes superiores nalguns países, o que poderá refletir, entre outros fatores, treino inadequado e/ou inexperiência de alguns Anestesiologistas. Uma análise

multivariada, revelou que a frequência destes eventos críticos estava inversamente associada ao número de crianças anestesiadas (2).

Esta revisão das recomendações na prática da anestesiologia pediátrica, respeita os seguintes pressupostos:

- i. A prática médica e cirúrgica na população pediátrica, é reconhecida como tendo especificidades próprias, exigindo profissionais qualificados, com o adequado treino e experiência específica, sendo desaconselhável a sua execução de uma forma esporádica e ocasional.
- ii. Os doentes em idade pediátrica devem ser abordados em circuitos específicos para o efeito e em programas cirúrgicos dedicados.
- iii. Devem estar salvaguardadas as Recomendações de Consenso para a prática da Cirurgia Pediátrica, acordadas pelos Colégios de Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica e Anestesiologia, e homologadas pelo Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos:

http://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Cirurgia_Pediatria_recomendacoes_de_consenso_28052014_vfinal_rMS_5.pdf

Recomendações

1 – Crianças no período neonatal (até aos 28 dias ou, no prematuro, com idade pós-concepção até às 60 semanas)

Transferência para Hospital Central, com Serviço de Cirurgia Pediátrica e Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / Pediátricos.



Nas intervenções mais complexas e/ou em recém-nascidos de maior risco, considerar a possibilidade da presença de um segundo especialista em Anestesiologia.

A Prematuridade definida como o nascimento antes de completadas as 37 semanas de gestação, está associada a elevada probabilidade de alterações do neuro-desenvolvimento, doenças crónicas e situações que requerem cirurgia/anestesia, mais frequentemente do que os bebés de termo.

Assim, recomenda-se:

- o adiamento de procedimentos não prioritários até às 60 semanas de idade pós-concepção (IPC), para crianças nascidas antes das 37 semanas de gestação;
- se necessária uma intervenção urgente antes das 60 semanas IPC, devem garantir-se condições de vigilância e monitorização contínua durante 24 horas;
- se ocorrer apneia nas primeiras 12 horas do período de monitorização, a criança deve ser admitida numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / Pediátricos (3).

2 – Crianças no período de 29 dias a 3 anos

Considerar a realização da intervenção cirúrgica, se os seguintes pressupostos estiverem todos cumpridos:



-Doente com classificação ASA I ou ASA II, sem síndromes, e sem os factores de risco mencionados anteriormente decorrentes do estudo APRICOT; caso contrário, transferência para Hospital Central, com Serviço de Cirurgia Pediátrica e Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / Pediátricos.

- Anestesiologista qualificado, com experiência regular em anestesia pediátrica (recomenda-se a qualificação em SAV Pediátrico);
- Equipa de enfermagem com experiência;
- Condições de Bloco Operatório adequadas (ver ponto 3).

3 – Condições de Bloco Operatório adequadas

Equipamento específico e dedicado à população pediátrica:

- Carro de Ressuscitação devidamente equipado com monitor/desfibrilhador com pás de desfibrilhação pediátricas (tamanhos para todas as idades)

- Dispositivos de manutenção da via aérea para todas as idades, incluindo material para abordagem da via aérea difícil.

- Ventilador anestésico equipado com módulos de ventilação por pressão e volume, possibilitando ventilação mecânica de forma adequada à idade e peso dos pacientes.

- Equipamento de monitorização não invasiva, nomeadamente electrocardiografia, pressão arterial, oximetria de pulso, capnografia, temperatura, do relaxamento muscular, e, recomendável, da profundidade anestésica com EEG processado.

- Sistemas de administração de fluidos por via intravenosa (seringas e bombas perfusoras)

- Sistemas de aquecimento e manutenção da temperatura corporal.

- Tabelas escritas, de acesso rápido, com as concentrações, volumes e dosagens pediátricas dos fármacos.

- Recobro Anestésico / Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA)



4 – Nomeação de Responsável pela Área de Anestesia Pediátrica

De acordo com a organização de cada Serviço de Anestesiologia é recomendada a nomeação de um especialista responsável pela área de anestesia pediátrica.

5 – Aplicabilidade

Compete aos responsáveis das Instituições e Directores dos Serviços de Anestesiologia, de acordo com a sua realidade, criar as condições necessárias para a implementação destas recomendações, as quais visam o exercício de uma prática anestésica pediátrica com qualidade e segurança.



Bibliografia

- Habre W, Disma N, Virag K, Becke K, et al. Incidence of severe critical events in paediatric anaesthesia (APRICOT): a prospective multicentre observational study in 261 hospitals in Europe. *Lancet Resp Med* 2017; published online March 28. [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600\(17\)30116-9](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600(17)30116-9).
- Lerman J. Time for a paradigm shift in paediatric anaesthesia in Europe. *Lancet Resp Med* 2017; published online March 28. [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600\(17\)30117-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600(17)30117-0).
- Pang LM. Anesthesia for ex-premature infants and children. <https://uptodate.com> 2019

Recomendações de Anestesia em Pediatria



Período neonatal (28 dias) ou IPC < 60 semanas

se cirurgia programada, transferir para Hospital Central, com Serviço de Cirurgia Pediátrica e Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / Pediátricos

adiar procedimentos não urgentes, se prematuro com IPC < 60 semanas

se intervenção urgente, garantir condições de vigilância e monitorização contínua durante 24 horas

se ocorrer apneia nas primeiras 12 horas do período de monitorização, a criança deve ser admitida numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais / Pediátricos



Período entre 29 dias e 3 anos

ponderar procedimentos

ASA I-II, sem síndromes e sem factores de risco

anestesiologista qualificado (recomendado SAV pediátrico)

enfermagem qualificada

condições de BO adequadas



BO adequado

existência de equipamento específico e dedicado

carro de ressuscitação

dispositivos de manutenção da via aérea e da ventilação

monitorização não invasiva: ECG, SpO₂, TA, ETCO₂, relaxamento muscular, profundidade anestésica (recomendado)

administração de fluidoterapia,

aquecimento e manutenção da temperatura

tabelas de doses de fármacos

UCPA/recobro

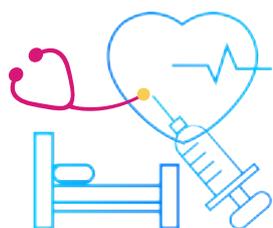


Nomeação de responsável e aplicação

recomendado nomeação de responsável pela área e criação de condições para implementação das recomendações



Direção do Colégio de Anestesiologia da Ordem dos Médicos



RECOMENDAÇÕES SOBRE PROCEDIMENTOS DE SEDAÇÃO E ANALGESIA



Enquadramento

O aumento exponencial das necessidades da prática de sedação e analgesia em ambiente fora do bloco operatório, nomeadamente na realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica nos mais variados locais, pode repercutir-se na qualidade e segurança desses actos. É importante por isso mesmo, definir recomendações nesta área.



Recomendações

- Entende-se por procedimentos de sedação e analgesia (PSA) a utilização de fármacos sedativos / hipnóticos, de curta duração de ação, isoladamente ou em associação com fármacos analgésicos (opióides e não opióides). Estes actos permitem a realização de procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos (PDT), e exigem uma cuidada vigilância do doente, evitando potenciais efeitos adversos/complicações.
- Para a execução de um PSA o doente deve ser submetido a uma avaliação pré-anestésica.
- Antes de se iniciar um PSA o nível de sedação pretendido deve ser estabelecido, cumprindo as recomendações da European Society of Anaesthesiology (ESAIC) (tabela 1).

Tabela 1. Níveis de Sedação

Nível 1	Totalmente acordado
Nível 2	Sonolento
Nível 3	aparentemente adormecido, responde a estímulos verbais
Nível 4	aparentemente adormecido, responde a estímulos físicos
Nível 5	ECG \leq 8 induzido por fármacos, sem resposta a estímulos físicos (elevado risco de depressão respiratória e cardiovascular)

- Durante um PSA é essencial monitorizar e registar continuamente o nível clínico de sedação alcançado pelo doente, bem como os fármacos administrados.
- É obrigatória a presença de um Anestesiologista, nas seguintes situações:
 - Todos os procedimentos com necessidade de um nível de sedação superior ao nível 2;
 - Todos os PSA em doentes com estado físico ASA > 2, independentemente do nível de sedação necessário;
 - Todos os PSA em doentes nos extremos etários (< 4 anos; > 70 anos), independentemente do nível de sedação necessário.
- Os locais onde se realizam os PSA devem estar equipados adequadamente de forma a garantir a segurança do doente, pelo que devem possuir:
 - Dimensões que possibilitem o fácil acesso a todos os equipamentos;
 - Maca que permita a posição de Trendelenburg;
 - Equipamento de monitorização clínica, que inclua no mínimo, pressão arterial não invasiva (PNI), ECG e SpO₂;
 - Equipamento de monitorização clínica com capnografia sempre que se pratiquem PSA em doentes com níveis de sedação > 2;
 - Carros de anestesia devidamente equipados, que incluam equipamentos de manuseio da via aérea (máscaras faciais, dispositivos supraglóticos, laringoscópios, tubos orotraqueais, etc.), e carro de emergência disponível em proximidade;
- Vigilância pós-PSA - o doente deve permanecer num local onde possa ser monitorizado até à transferência para a enfermaria ou alta para o domicílio, cumpridos os critérios de alta.



Recomendações para a elaboração do Curriculum Vitæ para Exame Final do Internato

Recomendações a entrar em vigor a partir de Janeiro de 2021

Aprovado pelo Conselho Nacional em 03.12.2019

O objetivo da elaboração do Curriculum Vitæ (CV) para apresentação no exame final do Internato de Formação Especializada (IFE) de Anestesiologia é expor de forma organizada, simples e precisa a atividade do candidato ao longo do seu Internato.

A Direção do Colégio de Anestesiologia elaborou as seguintes recomendações.

A. VOLUME I

1. Identificação (nome completo, data e local de nascimento, filiação)

2. Apresentação de um resumo curricular de acordo com os itens da Grelha Curricular em vigor (máximo de 1 página A4)

3. Percurso formativo

3.1. Formação Académica

3.1.1. Licenciatura e/ou Mestrado integrado em Medicina: Faculdade, data de conclusão e classificação final

3.1.2. Outras formações conducentes a grau (por exemplo, grau de mestre, grau de doutor, graus profissionais no estrangeiro, outras licenciaturas, etc.)

3.2. Internato de Formação Geral

3.3. Internato de Formação Especializada de Anestesiologia

3.3.1. Admissão à formação especializada de anestesiologia: ano, classificação e lugar ocupado na lista de ordenação final

3.3.2. Descrição sucinta do Hospital de colocação, Serviço de Anestesiologia e identificação dos responsáveis de formação, nomeadamente Diretor do Serviço e Orientador de Formação

3.3.3. Calendarização e Avaliação dos estágios dos módulos formativos

3.3.4. Avaliações anuais e classificação final do Internato

3.3.5. Casuística

3.3.5.1. Tabela onde se apresenta os números totais dos atos anestésicos diferenciados por estágios parcelares (valências), regime cirúrgico (cirurgia programada - de ambulatório e de internamento, e cirurgia de urgência), grupos etários anestesiados (<24 horas, 24 horas a 1 mês, 1 mês a 6 meses, 6 meses a 4 anos, 4 a 12 anos, 12 a 65 anos, 66 a 85 anos, > 85 anos), estado físico (ASA), técnica anestésica, duração do ato anestésico (< 60 min, 1 a 3 horas, >3);

3.3.5.2. Tabela onde se especificam técnicas de abordagem da via aérea

3.3.5.3. Tabela de monitorização para além da standard da ASA

3.3.5.4. Tabela com os casos clínicos de maior complexidade por estágio

3.3.5.5. Tabela de técnicas anestésicas regionais, central e periférica, realizada para anestesia e analgesia

3.3.5.6. Tabela de técnicas anestésicas combinadas

3.3.6. Estágios parcelares

Descrição sucinta dos estágios com apresentação da respectiva casuística:

i) Estágios de medicina do peri-operatório, com referência ao pré e pós-operatório, incluindo a actividade na consulta de anestesia (número de consultas realizadas e distribuição por especialidades) e o estágio na UCPA

ii) Estágios de Medicina da Dor, Aguda e Crónica

iii) Estágio(s) de Medicina Intensiva, com referência ao(s) local(is) de formação, bem como aos seguintes indicadores: número de camas, no de doentes tratados, sexo, tipo (médicos, cirúrgicos, ...), índices de gravidade e de trabalho da UCI, demora média, taxa de infecção associada, taxa de reintubação, técnicas não convencionais executadas, taxa de mortalidade e taxa de mortalidade normalizada.

3.3.7. Estágios opcionais

Descrição sucinta com referência a fundamentação da opção.

3.3.8. Medicina de Urgência e Emergência

Descrição da actividade desenvolvida no Serviço de Urgência e no âmbito da Medicina de

Emergência Intra e Pré-Hospitalar, com apresentação da respectiva casuística.

3.3.9. Morbi-mortalidade ao longo do internato

Com descrição do(s) caso(s), problema(as), abordagem e consequências.

3.4. Valorização Profissional

3.4.1. Cursos frequentados, com e sem avaliação

3.4.2. Programas de Doutoramento, Pós-Graduação, e Provas de avaliação de conhecimentos globais

Descrição sucinta de Programas de Doutoramento e Pós-Graduação frequentados ao longo do Internato de Formação Especializada de Anestesiologia

Provas de avaliação de conhecimentos globais no âmbito das Áreas em que a Anestesiologia é perita, realizadas por entidades formativas creditadas

3.5. Investigação

Descrição das actividades de investigação ao longo do Internato

3.6. Publicações e Apresentações

Trabalhos publicados e/ou comunicados em reuniões científicas nacionais e internacionais. É recomendada a inclusão por extenso destes trabalhos no Volume II do CV

3.7. Trabalhos escritos e/ou comunicados no âmbito dos Serviços e da Especialidade

3.7.1. Reuniões de Serviço

3.7.2. Reuniões do Programa de Formação do Internato

3.7.3. Outras Reuniões de Formação

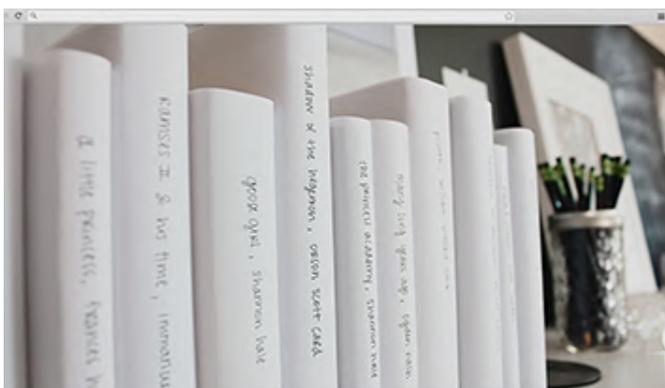
3.8. Contributo para os Serviços

Descrição sucinta da actividade desenvolvida para melhoria da organização e prestação de cuidados no âmbito da especialidade.

3.9. Formação ministrada dentro da especialidade

3.9.1. Médicos

3.9.2. Não médicos (população em geral, estudantes de medicina, outros grupos profissionais não médicos)



3.10. Reflexão sobre o internato (máximo de 350 palavras)

3.11. Interesses e atividades extra-profissionais

B. VOLUME II

O anexo II deve incluir cópias de todos os documentos que fazem prova das afirmações expressas ao longo do CV, designadamente:

- Certificados de Licenciatura / Mestrado Integrado, frequência do Ano de Formação Geral, frequência de cursos e congressos, etc.
- Notas dos diferentes estágios, e declaração da nota de final do Internato emitida pela Direcção do Internato do Hospital de colocação do Interno.
- Declarações diversas designadamente do Director de Serviço de Anestesiologia do Hospital de colocação do Interno, e de outros
- Serviços onde o IFE tenha desempenhado funções no âmbito do Internato de Anestesiologia, que atestem de forma discriminada o contributo do candidato para o(s) Serviço(s).
- Declarações relativas a actividades no âmbito da docência de alunos, designadamente da docência de alunos da licenciatura / mestrado integrado em Medicina, Medicina Dentária, Enfermagem, ou outras das ciências da saúde.
- Declaração do Orientador de Formação.
- Outras declarações e documentos julgados pertinentes.
- Publicações por extenso dos textos em que o IFE é autor ou co-autor, assim como cópia dos posters apresentados em congressos.
- Trabalhos escritos e/ou comunicados em reuniões gerais do Serviço e em reuniões de formação dos internos do Serviço.

