

Rede Nacional de Especialidade
Hospitalar e de Referenciação

ANATOMIA PATOLÓGICA



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE

Rede Nacional de Especialidade

Hospitalar e de Referenciação

Anatomia Patológica

Grupo de Trabalho

Maria José Santos Rosa Carneiro de Brito (Coordenador)	Anatomia Patológica	Hospital Garcia de Orta, E.P.E.
Ana Sofia Marques Nunes	Engenharia Biomédica	Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.
António Franklim Ribeiro Ramos	Anatomia Patológica	Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E.
José Manuel Pedrosa Baptista Lopes	Anatomia Patológica	Centro Hospitalar de São João, E.P.E.
José Manuel Valente Sequeira Cabeçadas	Anatomia Patológica	Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E.
Maria Augusta Gomes Cipriano	Anatomia Patológica	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.
Mário Alexandre Costa Rodrigues Ferraz de Oliveira	Anatomia Patológica	Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.
Rui Manuel Ferreira Henrique	Anatomia Patológica	Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E.

03 de agosto de 2016

ÍNDICE

Índice Tabelas	iii
Índice Figuras	iii
1 – Enquadramento legislativo e histórico	5
2 – Enquadramento da rede	11
2.1. Conceito de Rede de Referenciação.....	11
2.2. Âmbito da Especialidade.....	12
2.3. Âmbito da especialidade médica de Anatomia Patológica a nível hospitalar	13
2.4. Rede de referenciação hospitalar de Anatomia Patológica.....	14
3 – Caracterização e definição dos diferentes níveis e modelos organizativos de serviços.....	15
3.1. Princípios estruturantes da Rede de Referenciação de Anatomia Patológica	15
3.2. Nomenclatura e Quantificação da atividade em Anatomia Patológica	16
3.3. Caracterização dos componentes da Rede.....	17
3.4. Requisitos mínimos das diferentes unidades da Rede.....	24
3.5. Unidades de Fetopatologia.....	29
3.6. Normas de funcionamento das Unidades de Fetopatologia	30
4 – Indicadores a utilizar no desenvolvimento e na monitorização da rede.....	32
5 – Arquitetura da Rede de Referenciação.....	33
5.1. Princípios gerais de articulação entre os Serviços que constituem a Rede	33
5.2. Categorização dos Serviços de Anatomia Patológica constituintes da Rede.....	34

6 – Modelo formativo	37
6.1. Internato Médico de Anatomia Patológica	37
6.2. Desenvolvimento profissional continuado	37
7 – Políticas da qualidade.....	39
7.1. Gestão da Qualidade.....	39
7.2. Consulta inter-institucional, 2ª opinião e patologias de referenciação.....	40
7.3. Telepatologia	41
8 – Auditorias	42
9 – Necessidades Futuras	43
10 – Recomendações	45
11 – Anexos	49
11.1. Anexo 1 - Normas para quantificação do trabalho (<i>workload</i>) desenvolvido nos Serviços de Anatomia Patológica.....	49
11.2. Anexo 2 - Política da Qualidade e Sistemas de Gestão da Qualidade.....	61
11.3. Anexo 3 – Indicadores de caracterização dos Serviços de Anatomia Patológica	78
11.4. Anexo 4 - Indicadores de atividade da Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação de Anatomia Patológica	82
12 – Bibliografia	87
13 – Abreviaturas, siglas e acrónimos	88

ÍNDICE TABELAS

Tabela 1: Tipologia dos Serviços de Anatomia Patológica	35
Tabela 2: Distribuição percentual genérica das AP, de acordo com a Tipologia do Serviço	50
Tabela 3: Distribuição percentual das AP para profissionais com funções de Direção de Departamento/Serviço, de acordo com a Tipologia do Serviço	51
Tabela 4: Pontuação atribuída em função de tempo de trabalho (pontos diagnósticos, PD)	56
Tabela 5: Âmbito do exame macroscópico e do exame microscópico*	56
Tabela 6: Pontuação dos atos diagnósticos em Anatomia Patológica (base: Tabela da A.C.S.S., I.P.)	59
Tabela 7: Indicadores de caracterização dos Serviços de Anatomia Patológica (BASE ANUAL)	78
Tabela 8: Indicadores de atividade da Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação de Anatomia Patológica (Base Anual)	82

ÍNDICE FIGURAS

Figura 1: Ano de produção e entidade de aprovação das RNEHR publicadas.	8
Figura 2: Modelo organizacional geral da Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e Referenciação de Anatomia Patológica.	36

1 – ENQUADRAMENTO LEGISLATIVO E HISTÓRICO

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) depara-se com diversos desafios desencadeados, sobretudo, pelas alterações demográficas, mudanças nos padrões de doença, inovação tecnológica e mobilidade geográfica.

Considerando as vertentes do acesso e a equidade em saúde, intrínsecas à prestação de cuidados no seio do SNS, e a necessidade de assegurar cuidados de saúde a todos os cidadãos, importa que as diferentes instituições hospitalares garantam a prestação de forma coordenada e articulada entre si, e com os restantes níveis de cuidados. Neste âmbito, as redes de referência hospitalar, atualmente designadas de Redes Nacionais de Especialidades Hospitalares e de Referência (RNEHR), assumem um papel orientador e regulador das relações de complementaridade interinstitucionais, perspetivando-se a implementação de um modelo de prestação de cuidados de saúde centrado no cidadão.

Vários são os normativos legais e documentos técnicos que abordam a temática das redes hospitalares e a sua importância estratégica como garante da sustentabilidade e eficiência do SNS. A Lei n.º 64-A/2011, de 30 de dezembro, que aprova as **Grandes Opções do Plano para 2012-2015**, bem como o **Programa do XIX Governo Constitucional**, preconizam a melhoria da qualidade e acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, mediante a reorganização da rede hospitalar através de uma visão integrada e mais racional do sistema de prestação de cuidados.

Na sequência do Memorando de Entendimento celebrado com a União Europeia, o Banco Central Europeu e o Fundo Monetário Internacional, foi criado o **Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar** (GTRH) - Despacho do Ministro da Saúde n.º 10601/2011, de 16 de agosto, publicado no Diário da República, II Série, n.º 162, de 24 de agosto - cujo relatório final intitulado “Os Cidadãos no Centro do Sistema, Os Profissionais no Centro da Mudança” definiu oito Iniciativas Estratégicas, corporizadas, cada uma, por um conjunto de medidas, cuja implementação e monitorização, promoverão o cumprimento de um programa de mudança, com a extensão, profundidade e densidade exigidas numa verdadeira reforma estrutural do sector hospitalar português.

No seu relatório, o GTRH defende que na reorganização da rede hospitalar devem ser considerados diversos fatores, nomeadamente: (i) critérios de qualidade clínica; (ii) proximidade geográfica; (iii) nível de especialização; (iv) capacidade instalada; (v) mobilidade dos recursos; (vi) procura potencial; (vii) acessibilidades; (viii) redes de referência por especialidade; (ix) equipamento pesado de meios complementares de diagnóstico e terapêutica disponível; (x) *benchmarking* internacional e (xi) realidade sociodemográfica de cada região.

O GTRH elenca, ainda, um conjunto de fragilidades inerentes às RNEHR existentes, designadamente: (i) desatualização da maioria das redes (a maioria foi elaborada até 2006 e nunca ajustada); (ii) inexistência de um modelo único e homogêneo do documento; (iii) inexistência de aprovação ministerial para algumas das RNEHR publicadas; (iv) ausência de integração entre RNEHR de diferentes especialidades que se interpenetram; (v) inexistência de inclusão dos setores convencionados e privados (nos casos em que se possa aplicar), contemplando apenas o universo do SNS; (vi) falta de integração do conceito de Centros de Referência e (vii) indefinição quanto ao prazo de vigência das RNEHR.

No primeiro Eixo Estratégico “Uma Rede Hospitalar mais Coerente”, o GTRH propõe a elaboração da Rede de Referência Hospitalar de forma estruturada e consistente e dotada de elevados níveis de eficiência e qualidade dos cuidados prestados. Para o efeito, e com o desígnio de redesenhar a rede hospitalar naqueles pressupostos, é proposta a revisão das RNEHR atuais, bem como a elaboração das redes ainda inexistentes, promovendo-se uma referência estruturada e consistente entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares (considerando toda a rede de prestação, desde os cuidados de primeira linha aos mais diferenciados), assegurando uma melhor rentabilização da capacidade instalada aos níveis físico, humano e tecnológico.

De igual forma, o **Plano Nacional de Saúde 2012-2016** apresenta um conjunto de orientações, nos eixos estratégicos “Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde” e “Qualidade em Saúde”, propondo o reforço da articulação dos serviços de saúde mediante a reorganização dos cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados integrados, cuidados pré-hospitalares, serviços de urgência, entre outros, consolidando uma rede de prestação de cuidados integrada e eficiente. Pretende-se, deste modo, uma rede hospitalar coerente, racional e eficiente, consubstanciada num sistema integrado de prestação de cuidados.

Por outro lado, a **Portaria n.º 82/2014, de 10 de abril**, veio estabelecer os critérios que permitem categorizar os serviços e estabelecimentos do SNS, de acordo com a natureza das suas responsabilidades e quadro de valências exercidas, bem como o seu posicionamento na rede hospitalar, procedendo à sua classificação. Trata-se de um normativo legal que define, predominantemente, orientações estratégicas para a construção de uma rede hospitalar coerente, assegurando a resposta e satisfazendo as necessidades da população.

Acresce que a carteira de valências de cada instituição hospitalar é operacionalizada através do contrato-programa, de acordo com o respetivo plano estratégico. Perante um quadro de reorganização das instituições de saúde hospitalares (no que se refere à disponibilização e coordenação da carteira de valências, aos modelos organizativos e de integração de cuidados), a redefinição do que devem ser os

cuidados hospitalares e como se devem integrar com os diferentes níveis de cuidados com a garantia de uma melhor articulação e referenciação vertical, permite intervir complementarmente no reajuste da capacidade hospitalar.

Desta forma, as RNEHR desempenham um papel fulcral enquanto sistemas integrados, coordenados e hierarquizados que promovem a satisfação das necessidades em saúde aos mais variados níveis, nomeadamente: (i) diagnóstico e terapêutica; (ii) formação; (iii) investigação e (iv) colaboração interdisciplinar, contribuindo para a garantia de qualidade dos cuidados prestados pelas diferentes especialidades e subespecialidades hospitalares.

Assim, as RNEHR permitem a: (i) articulação em rede, variável em função das características dos recursos disponíveis, dos determinantes e condicionantes regionais e nacionais e o tipo de especialidade em questão; (ii) exploração de complementaridades de modo a aproveitar sinergias, concentrando experiências e permitindo o desenvolvimento do conhecimento e a especialização dos técnicos com a consequente melhoria da qualidade dos cuidados e (iii) concentração de recursos permitindo a maximização da sua rentabilidade.

Nesta conformidade, a **Portaria n.º 123-A/2014, de 19 de junho**, estabeleceu os critérios de criação e revisão das RNEHR, bem como as áreas que estas devem abranger. De acordo com o número 2 do artigo 2.º daquele diploma, foram determinados os princípios aos quais as RNEHR devem obedecer, nomeadamente: “a) permitir o desenvolvimento harmónico e descentralizado dos serviços hospitalares envolvidos; b) eliminar duplicações e subutilização de meios humanos e técnicos, permitindo o combate ao desperdício; c) permitir a programação do trânsito dos utentes, garantindo a orientação correta para o centro indicado; d) contribuir para a melhoria global da qualidade e eficácia clínica pela concentração e desenvolvimento de experiência e competências; e) contribuir para a diminuição dos tempos de espera, evitando a concentração indevida de doentes em localizações menos adequadas; f) definir um quadro de responsabilização dos hospitais face à resposta esperada e contratualizada; g) permitir a programação estratégica de investimentos, a nível nacional, regional e local e h) integrar os Centros de Referência.”

No sentido de dar cumprimento ao disposto na portaria supramencionada, o **Despacho n.º 10871/2014, de 18 de agosto**, veio determinar os responsáveis pela elaboração e/ou revisão das RNEHR. Com efeito, o processo inicia-se com a elaboração das seguintes RNEHR: Oncologia Médica, Radioterapia e Hematologia Clínica; Cardiologia; Pneumologia; Infecção pelo VIH e SIDA; Saúde Mental e Psiquiatria; e Saúde Materna e Infantil, incluindo Cirurgia Pediátrica. Posteriormente, o **Despacho n.º 6769-A/2015, de 15 de junho**, veio designar os responsáveis pela elaboração ou revisão das RNEHR de Anatomia

Patológica, Anestesiologia, Cirurgia, Cirurgia Geral, Gastrenterologia, Hepatologia, Medicina Física e de Reabilitação, Medicina Intensiva, Medicina Nuclear, Nefrologia, Oftalmologia, Ortopedia, Patologia Clínica, Neurorradiologia, Radiologia, Reumatologia e Urologia.

Em termos históricos, as RNEHR tiveram origem no **Programa Operacional da Saúde – SAÚDE XXI**, na sequência das principais recomendações do Subprograma de Saúde 1994-1999, constituindo-se, na altura, como o quadro de referência de suporte ao processo de reforma estrutural do sector da saúde. No eixo prioritário relativo à melhoria do acesso a cuidados de saúde de qualidade, a medida 2.1 do referido programa (“Rede de Referência Hospitalar”) objetivava implementar RNEHR pelas áreas de especialização tidas como prioritárias, visando a articulação funcional entre hospitais, mediante a diferenciação e identificação da carteira de serviços, de modo a responder às necessidades da população, garantindo o direito à proteção e acesso na saúde.

Deste modo, as RNEHR instigaram um processo de regulação e de planeamento da complementaridade entre instituições hospitalares, contribuindo para a otimização e gestão eficiente da utilização de recursos, com vista a assegurar um quadro de sustentabilidade a médio e longo prazo do SNS.

Das 47 especialidades médicas definidas pela Ordem dos Médicos, 41 são especialidades predominantemente hospitalares. Década e meia volvida após a elaboração das primeiras RRH apenas 23 especialidades se encontram integradas em RNEHR (*vide* Figura 1), sendo que as alterações ocorridas no SNS nos últimos anos não estão refletidas nas RRH mais antigas.

Embora apenas algumas das RNEHR publicadas tenham merecido aprovação ministerial, a Portaria n.º 123-A/2014, de 19 de junho, considera em vigor as RNEHR criadas e implementadas.



Figura 1: Ano de produção e entidade de aprovação das RNEHR publicadas.

No âmbito da especialidade da Anatomia Patológica, foi elaborada em 2003 a Rede de Referência Hospitalar de Anatomia Patológica sob a responsabilidade da Direção-Geral de Saúde (DGS), constituindo o presente documento a sua revisão.

2 – ENQUADRAMENTO DA REDE

2.1. CONCEITO DE REDE DE REFERENCIAÇÃO

As RNEHR são sistemas através dos quais se pretende regular as relações de complementaridade e de apoio técnico entre todas as instituições de saúde públicas e privadas, 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.

Neste contexto, uma RNEHR 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;
- Otimização de recursos permitindo a maximização da sua rentabilidade.

No desenho e implementação de uma RNEHR deve-se:

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

Como princípio orientador as redes devem ser construídas numa lógica centrada nas necessidades da população e com base em critérios de distribuição e rácios, previamente definidos, de instalações, equipamentos e recursos humanos.

Este documento traduz os princípios orientadores sobre os quais devem assentar as decisões futuras relativamente a instituições no âmbito da Anatomia Patológica. Atendendo aos avanços científicos e tecnológicos que se estão a verificar e a necessidade de considerar as evidências que, entretanto, surjam, deverá este documento ser revisto dentro de 5 anos.

2.2. ÂMBITO DA ESPECIALIDADE

A Anatomia Patológica é a especialidade médica responsável pela análise morfológica e molecular de órgãos, tecidos e células, com o objetivo de determinar ou contribuir decisivamente para o diagnóstico de lesões, com implicações no tratamento e prognóstico das doenças, bem como na sua prevenção e deteção precoce.

Engloba, basicamente, o exercício da HISTOPATOLOGIA (biópsias, peças cirúrgicas e exames per-operatórios), da CITOPATOLOGIA (esfoliativa e aspirativa) e da NECRÓPSIA (autópsia anátomo-clínica).

Tem por base metodológica a observação macroscópica e microscópica (microscopia de luz e eletrónica) bem como a realização de técnicas complementares de diagnóstico, designadamente no âmbito da biologia molecular, através do exercício da Patologia Molecular, permitindo diagnósticos mais precisos e seguros para a tomada de decisões clínico-terapêuticas. As técnicas complementares de diagnóstico incluem a imuno-histoquímica, a análise de imagem, a citometria de fluxo, a hibridação *in situ*, a captura híbrida, ou outras em uso, bem como todas as metodologias de análise molecular existentes ou que venham a ser desenvolvidas e validadas para este âmbito. Estas técnicas permitem identificar especificamente agentes patogénicos de natureza biológica, química ou física, determinar com maior precisão a patogénese das lesões, identificar alvos terapêuticos e fatores preditivos de resposta à terapêutica, bem como detetar alterações genómicas somáticas e germinativas.

Embora com uso restrito, as autópsias anátomo-clínicas fornecem dados importantes para validação de procedimentos clínico-terapêuticos nas instituições hospitalares, disponibilizando informação para os dados epidemiológicos relativos à mortalidade em Portugal. Contribuem, ainda, para o ensino médico e continuam a ser meio de investigação de novas doenças, da ação de agentes patogénicos e dos efeitos de meios terapêuticos. Assim, as autópsias anátomo-clínicas constituem um procedimento de garantia da qualidade da assistência médica, sendo um indicador indispensável para aferir a qualidade global do S.N.S.

Para além da atividade de diagnóstico, a Anatomia Patológica tem uma contribuição relevante na prevenção secundária, através da participação em programas organizados de rastreio oncológico, com o objetivo de permitir intervenção terapêutica mais precoce, incrementando a sobrevivência dos pacientes oncológicos e para a diminuição da incidência de cancro.

A Anatomia Patológica é necessária ao exercício assistencial da generalidade das especialidades médicas e cirúrgicas. Desta forma, o anatomopatologista deverá integrar equipas de análise e decisão multidisciplinar, no âmbito da patologia oncológica e não oncológica.

Os relatórios anatomopatológicos concisos e completos, incluindo, nas situações aplicáveis, o resultado e interpretação das técnicas complementares realizadas, com conclusões claras e precisas, produzidos em tempo clinicamente oportuno, são um pilar fundamental da assistência no S.N.S., com repercussões na qualidade da decisão clínica e dos cuidados prestados aos utentes.

2.3. ÂMBITO DA ESPECIALIDADE MÉDICA DE ANATOMIA PATOLÓGICA A NÍVEL HOSPITALAR

A Anatomia Patológica, na sua vertente assistencial, tem por objetivo central o diagnóstico baseado no exame morfológico de órgãos, tecidos e células, coadjuvado, quando necessário, por técnicas complementares adequadas, como anteriormente enunciado. Como Especialidade médica, interrelaciona-se com a generalidade das especialidades médicas e cirúrgicas no estabelecimento do diagnóstico, na identificação dos fatores de prognóstico das doenças, reconhecimento de alvos terapêuticos e, também, na sua prevenção. Tem, ainda, uma intervenção relevante na avaliação da qualidade dos cuidados médicos prestados e do funcionamento hospitalar.

A atividade de diagnóstico anatomopatológico integra, essencialmente, as seguintes áreas:

1. Macroscopia e histopatologia (biópsias e peças cirúrgicas);
2. Citopatologia (esfoliativa e aspirativa, execução de punção biópsia);
3. Exames per-operatórios (exames extemporâneos, de âmbito histopatológico e/ou citopatológico),
4. Técnicas complementares de diagnóstico que incluem a imuno-histoquímica, a análise de imagem, a citometria de fluxo, a hibridação *in situ*, a captura híbrida, ou outras em uso, bem como todas as metodologias de análise molecular existentes ou que venham a ser desenvolvidas e validadas neste âmbito;
5. Autópsia anátomo-clínica.

O exercício da Anatomia Patológica hospitalar inclui, ainda, as seguintes atividades:

6. Participação em consultas multidisciplinares de análise e decisão terapêutica;
7. Organização e participação em reuniões anátomo-clínicas;
8. Desenvolvimento profissional continuado;
9. Participação ativa em programas de controlo e garantia de qualidade;

10. Realização de auditoria clínica no âmbito da Especialidade e/ou em colaboração com outras Especialidades Médicas e Cirúrgicas;
11. Referenciação de casos de patologias específicas;
12. Investigação, incluindo vertentes de âmbito básico, translacional e clínico-patológico;
13. Ensino e formação, no âmbito da Especialidade de Anatomia Patológica e de outras Especialidades Médicas e Cirúrgicas (Internato de Formação Específica), do Ensino Médico e de outras áreas das Ciências da Saúde;
14. Participação em comités profissionais e instâncias de decisão cuja natureza possa condicionar a organização e o funcionamento dos serviços de Anatomia Patológica.

2.4. REDE DE REFERENCIAÇÃO HOSPITALAR DE ANATOMIA PATOLÓGICA

2.4.1. DEFINIÇÃO E OBJETIVOS

A Rede de Referenciação Hospitalar de Anatomia Patológica é o sistema integrado e hierarquizado de Serviços de Anatomia Patológica, com sede hospitalar, que visa satisfazer, de forma concertada, as necessidades de assistência hospitalar no diagnóstico, na formação, investigação, colaboração interdisciplinar e garantia de qualidade no âmbito da especialidade de Anatomia Patológica.

A articulação dos Serviços numa rede organizacional tem como objetivos principais:

1. Melhorar de forma contínua a qualidade da atividade assistencial anatomopatológica.
2. Maximizar a rentabilidade de meios humanos e de recursos técnicos.
3. Uniformizar procedimentos e práticas de trabalho.
4. Garantir a qualidade da prática profissional.
5. Assegurar programas de qualidade na formação de Especialistas.
6. Contribuir para o desenvolvimento profissional continuado.
7. Fomentar e criar condições para o desenvolvimento da investigação básica, translacional e aplicada.

3 – CARACTERIZAÇÃO E DEFINIÇÃO DOS DIFERENTES NÍVEIS E MODELOS ORGANIZATIVOS DE SERVIÇOS

3.1. PRINCÍPIOS ESTRUTURANTES DA REDE DE REFERENCIAÇÃO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

A Rede de Referenciação de Anatomia Patológica estrutura-se nos seguintes princípios:

1. Os serviços de diagnóstico a prestar enquadram-se nas áreas tradicionais (autópsias, histopatologia, citopatologia) e noutras do âmbito imunomorfológico, citométrico e molecular;
2. A organização dos recursos em Serviços de Anatomia Patológica atenderá, primariamente, à estrutura da rede existente, e também considerará a distribuição populacional, sobretudo para exames do âmbito do ambulatório, neles se incluindo o rastreio das doenças oncológicas;
3. A instalação dos recursos a afetar na prática da especialidade, no que respeita ao seu tipo e à sua dimensão, atenderá a uma hierarquia de organização que se baseará na classificação/tipologia das instituições e Serviços de acordo com as normas definidas ou a definir pelo Ministério da Saúde;
4. Os níveis de organização são definidos pelo âmbito da carteira de serviços prestados em função da natureza das responsabilidades assistenciais e quadro das valências efetivamente exercidas pelas instituições nos quais os Serviços estão integrados;
5. São estabelecidos rácios indicadores para a quantidade de trabalho expectável para cada Especialista em função da tipologia da instituição e para a relação entre o número ideal de Médicos Especialistas e o número de Técnicos num dado serviço;
6. Os Serviços de Anatomia Patológica de tipologias institucionais distintas articulam-se entre si, designadamente para a consulta em casos de manifesta dificuldade diagnóstica ou fora do âmbito específico, envio de material para segunda observação, realização de técnicas complementares diferenciadas e articulação com centros de referência em determinadas patologias, legalmente constituídos/reconhecidos;
7. As áreas de competência específica, tradicionalmente associadas a determinadas especialidades (ex: Neuropatologia, Dermatopatologia), devem integrar a organização e os recursos físicos e humanos dos Serviços de Anatomia Patológica, devendo o Serviço assegurar a salvaguarda da autonomia técnica que se julgue apropriada a cada caso;
8. A realização de autópsia anátomo-clínica de etiologia infecciosa específica dispõe de uma organização própria, com concentração de recursos em Serviços de Anatomia Patológica para o efeito equipados;
9. A organização e funcionamento de um sistema de controlo interno de qualidade dos diagnósticos anatomopatológicos e do resultado das técnicas e métodos complementares devem incluir todos os componentes da Rede;

10. A estruturação dos programas de formação pós-graduada (internatos da especialidade) deve basear-se no princípio da complementaridade dos Serviços de Anatomia Patológica da Rede, por forma a fornecer todas as valências necessárias ao treino adequado dos formandos;
11. A participação na formação médica pré-profissional poderá implicar adaptações de pormenor dos princípios gerais enunciados, especialmente no caso das instituições membro dos Centros Académicos-Clínicos.

3.2. NOMENCLATURA E QUANTIFICAÇÃO DA ATIVIDADE EM ANATOMIA PATOLÓGICA

No âmbito deste processo de revisão da Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação em Anatomia Patológica, foi elaborado um conjunto de normas para cálculo da quantificação de trabalho (*workload*) na Especialidade Médica de Anatomia Patológica, incorporando princípios da categorização dos Serviços de Anatomia Patológica adiante explicitados, os quais têm por base o seu grau de diferenciação e hierarquia na Rede. Estas normas foram baseadas no modelo de avaliação do *workload* em Anatomia Patológica preconizado pelo *Royal College of Pathologists* do Reino Unido [1] o qual tem em linha de conta a complexidade dos atos diagnósticos em Anatomia Patológica. Dado que a generalidade dos Serviços de Anatomia Patológica em Portugal utiliza para a quantificação dos seus procedimentos diagnósticos as normas emanadas da A.C.S.S., I.P. com gestão e disponibilização dos dados em suporte informático, estas constituíram a base para o estabelecimento do esquema de avaliação da quantificação de trabalho. É de sublinhar que o trabalho desenvolvido na Especialidade de Anatomia Patológica não se restringe à atividade diagnóstica e inclui a participação em consultas de grupo multidisciplinar, orientação de Médicos Internos, preparação de trabalhos e apresentações, atualização profissional, entre outras, como atrás enunciado. Com as adaptações necessárias, estes princípios e normas poderão ser aplicáveis ao exercício da atividade da Especialidade de Anatomia Patológica no sector privado, mediante decisão da Ordem dos Médicos.

Este documento proporciona aos Serviços e Laboratórios uma ferramenta para avaliação da quantificação de trabalho assistencial no seu conjunto e em cada uma das suas vertentes, permitindo aferir as necessidades de recursos humanos qualificados para a realização das atividades próprias do Anatomopatologista, com a qualidade e a segurança adequadas, bem como a distribuição adaptada de trabalho entre os diversos Médicos Especialistas, em função do respetivo horário de trabalho e atividades adicionais que possam estar previstas. Atendendo à sua extensão e especificidade, estas normas fazem parte integrante deste documento, como Anexo (11.1. Anexo 1 - Normas para quantificação do trabalho (*workload*) desenvolvido nos Serviços de Anatomia Patológica página 49).

3.3. CARACTERIZAÇÃO DOS COMPONENTES DA REDE

3.3.1. PRINCÍPIOS BÁSICOS

A tipologia dos Serviços de Anatomia Patológica a seguir apresentada tem como base o reconhecimento de níveis hierárquicos e funcionais, baseados na quantidade e complexidade do trabalho assistencial, os quais são maioritariamente influenciados pela natureza e âmbito de atuação da unidade hospitalar na qual se inserem. Assim, na tipologia dos Serviços de Anatomia Patológica consideram-se 3 categorias ou tipos, tomando em linha de conta os pressupostos atrás enunciados e o disposto na Portaria nº 147/2016 de 19 de maio. Os princípios gerais subjacentes a esta tipificação são os seguintes:

- A existência de um Serviço de Anatomia Patológica fisicamente estabelecido na unidade hospitalar pressupõe um volume anual de exames que justifique a necessidade de pelo menos 3 Médicos Especialistas em tempo completo (40 horas semanais) ou equivalente. Tomando em linha de conta os princípios enunciados no 11.1. Anexo 1 - Normas para quantificação do trabalho (*workload*) desenvolvido nos Serviços de Anatomia Patológica, tal corresponde a um mínimo anual de 44.000 pontos diagnósticos (PD). Este número de Especialistas é considerado o mínimo indispensável para o funcionamento adequado, de acordo com as boas práticas, de um Serviço de Anatomia Patológica autónomo, para salvaguarda da qualidade da atividade assistencial e das condições de trabalho e de desenvolvimento profissional dos anatomopatologistas;
- Os Serviços devem ser dotados com recursos humanos e equipamento tecnológico adequados à prossecução dos seus objetivos e adaptados à quantidade e complexidade de trabalho assistencial requeridos;
- Os Serviços devem ter condições que permitam exercer as atividades de assistência, ensino/formação e investigação na observância dos critérios de segurança e em condições dignas, com minimização de riscos para os utentes e para os profissionais;
- É de sublinhar que as funções dos anatomopatologistas integrados nos serviços hospitalares não se limitam à atividade de diagnóstico, mas também incluem, de forma importante e crescente, ações formativas e de ensino, atividades de gestão, participação em grupos multidisciplinares, organização e participação ativa em reuniões anátomo-clínicas, entre outras;
- A eficiência e a qualidade da atividade de diagnóstico anatomopatológico dependem também da existência de Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica qualificados, Assistentes Técnicos - Administrativos e Assistentes Operacionais devidamente preparados e em número adequado às necessidades. Assim, como princípio, a relação Médico/Técnico de Anatomia Patológica deve ser 1:1,5-2, em função da complexidade e quantidade do trabalho técnico/assistente técnico/administrativo (por exemplo, realização de prática supervisionada de macroscopia,

espectro de técnicas auxiliares de diagnóstico realizadas, manutenção de arquivo de blocos/lâminas, controlos de qualidade, manutenção de armazenamento de consumíveis, manutenção de equipamentos/instalações, manutenção informática de todo o sistema de informação, entre outras).

3.3.2. TIPOLOGIA DOS SERVIÇOS DE ANATOMIA PATOLÓGICA NA REDE DE REFERENCIAÇÃO

Tomando em linha de consideração estes princípios, a articulação entre os diversos tipos de serviços prestadores de cuidados de saúde no âmbito da Anatomia Patológica decorrerá das relações hierárquicas na Rede a seguir propostas e das que venham a ser definidas pela Tutela. Para esta definição devem ser tomadas em linha de consideração as características de cada unidade de saúde e do respetivo Serviço de Anatomia Patológica. Assim e segundo as respetivas características, consideram-se três níveis de prestação de cuidados em Anatomia Patológica, a que correspondem tipologias hierarquizadas:

Serviços de Anatomia Patológica de Tipo I: correspondem ao nível mais básico e periférico, com capacidade para diagnosticar as patologias mais comuns, devendo reconhecer as menos comuns e abordá-las garantindo a colaboração com os Serviços de tipologia superior (Tipo II ou III).

Serviços de Anatomia Patológica de Tipo II: correspondem ao nível intermédio de cuidados, com capacidade para diagnosticar não apenas as patologias mais comuns, mas também as menos prevalentes, colaborando na sua abordagem quando solicitado pelos Serviços de Tipo I. Deverá garantir a colaboração dos Serviços de Tipo III nas situações que necessitem de uma abordagem de grande especialização e experiência, com disponibilidade de recurso a métodos auxiliares de diagnóstico mais diferenciados.

Serviços de Anatomia Patológica de Tipo III: correspondem ao nível mais central e diferenciado, incluindo Serviços localizados em unidades hospitalares especializadas (por exemplo, Institutos de Oncologia, Centros Académicos-Clínicos), dotados dos recursos humanos e materiais requeridos para abordar a vasta maioria das patologias. Poderão incluir Centros de Patologia Especializada (CPE) e constituir parte integrante de Centros de Excelência.

A caracterização dos Serviços em níveis atende aos parâmetros seguintes:

1. Quantidade de atividade diagnóstica anual, determinada de acordo com as normas de avaliação da quantificação de trabalho em Anatomia Patológica (vide 11.1. Anexo 1 - Normas para quantificação do trabalho (*workload*) desenvolvido nos Serviços de Anatomia Patológica);
2. Áreas (“valências”) praticadas e tecnologias disponíveis;

3. Diversidade e complexidade de patologias observadas;
4. Número de anatomopatologistas em equivalente de tempo completo/semana (ETC);
5. Atividade de formação no âmbito da Especialidade de Anatomia Patológica;
6. Atividades de investigação.

Assim, constituem parâmetros de referência os seguintes:

3.3.2.1. Quantidade de atividade diagnóstica e de apoio clínico anual de referência:

A quantificação de atividade diagnóstica, avaliada de acordo com as normas constantes do Anexo 1, constitui um dos critérios *major* para a definição da Tipologia do Serviço de Anatomia Patológica, devendo também levar em consideração a complexidade e diversidade de patologias objeto de análise. Como termos de referência, devem ser considerados os seguintes:

Tipo I – Valor anual igual ou superior a 44 000 PD

Tipo II – Valor anual igual ou superior a 70 000 PD

Tipo III – Valor anual igual ou superior a 93 000 PD

Considera-se, pelas razões atrás expostas, que um valor quantificado anual inferior a 44 000 PD não justifica, em princípio, a existência de um Serviço de Anatomia Patológica autónomo e fisicamente estabelecido numa instituição de saúde. Nestas circunstâncias, deverá ser procurado, preferencialmente, o estabelecimento de parcerias para realização desta atividade nas estruturas da Rede de Referência que apresentarem capacidade de resposta, em função dos recursos humanos e materiais disponíveis.

3.3.2.2. Valências praticadas e tecnologias disponíveis

Para esta finalidade são consideradas as valências clássicas (Citopatologia, Histopatologia e Autópsia), bem como as principais tecnologias auxiliares de diagnóstico (por exemplo, Imuno-histoquímica, Citometria, Análise de Imagem e Patologia Molecular):

Tipo I – Prática efetiva das valências de Citopatologia e Histopatologia, sendo facultativa a valência de Autópsia (caso não exista, implica a existência de protocolo de colaboração na Rede para a sua realização sempre que necessário), com capacidade de tecnologias auxiliares no âmbito da Imuno-histoquímica (disponíveis no Serviço ou garantidas com protocolo de colaboração na Rede para a sua realização sempre que necessário).

Tipo II – Prática efetiva das valências de Citopatologia, Histopatologia e Autópsia, com capacidade de tecnologias auxiliares no âmbito da Imuno-histoquímica.

Tipo III – Prática efetiva das valências de Citopatologia, Histopatologia e Autópsia, com capacidade de tecnologias auxiliares no âmbito da Imuno-Histoquímica, Citometria, Análise de Imagem, e de Patologia Molecular (disponíveis no Serviço ou na instituição, ou garantidas com protocolo de colaboração com outra instituição para a sua realização sempre que necessário).

3.3.2.3. Diversidade e complexidade de patologias observadas

Este parâmetro diz respeito ao tipo de patologias que são observadas e analisadas por rotina no Serviço, sendo consideradas patologias não-neoplásicas e neoplásicas e, de ambas, as dos diferentes aparelhos, sistemas e órgãos.

Tipo I e II – Capacidade diagnóstica para as patologias mais comuns e reconhecimento das situações de maior complexidade diagnóstica, as quais devem ser alvo de referência, mediante protocolo, para as instituições da Rede que possuam experiência e meios adequados para a realização do diagnóstico

Tipo II – Capacidade diagnóstica para as patologias mais comuns e para a maioria das menos prevalentes, sendo que as de mais elevada complexidade diagnóstica devem ser alvo de referência, mediante protocolo, para as instituições da Rede que possuam experiência e meios adequados para a realização do diagnóstico

Tipo III – Capacidade diagnóstica para as patologias mais comuns e para patologias que pela sua complexidade e especificidade requerem experiência acumulada e o recurso a tecnologias auxiliares de diagnóstico de elevada diferenciação (por exemplo, Citometria, Análise de Imagem e Patologia Molecular).

3.3.2.4. Número de anatomopatologistas em equivalente de tempo completo (ETC)

Neste parâmetro, devem ser consideradas as necessidades efetivas do Serviço face à quantidade de trabalho calculado em equivalente de tempo completo (40 horas)/semana (ETC) e o todos os contratos de trabalho efetivamente existentes.

Tipo I – Número de anatomopatologistas em ETC ≥ 3 .

Tipo II – Número de anatomopatologistas em ETC ≥ 5 .

Tipo III – Número de anatomopatologistas em ETC ≥ 7 .

3.3.2.5. Atividade de formação no âmbito da Especialidade de Anatomia Patológica

A atividade de formação no âmbito da especialidade é parte integrante do perfil profissional do anatomopatologista e a sua prática deve ser enquadrada nos programas definidos pelo Ministério da Saúde.

Tipo I – A atividade de formação deve ser obrigatoriamente articulada com Serviços de tipo II ou III de forma a garantir o contacto com a diversidade e complexidade exigível no Programa de Formação do Internato de Anatomia Patológica em vigor.

Tipo II – Poderão ter atividade de formação autónoma caso exista diversidade e complexidade da casuística no Serviço. Contudo, a realização de estágios de formação específicos em Serviços de tipo III pode ser necessária para garantir o contacto com a diversidade e complexidade exigível no Programa de Formação do Internato de Anatomia Patológica em vigor.

Tipo III – Devem possuir os recursos humanos e físicos para garantir atividade de formação autónoma para garantir o contacto com a diversidade e complexidade exigível no Programa de Formação do Internato de Anatomia Patológica em vigor, embora possa haver estabelecimento de parcerias para complemento de formação.

3.3.2.6. Atividades de investigação

A atividade de investigação é parte integral do perfil profissional do anatomopatologista. Contudo, a extensão e nível desta prática depende das estruturas e meios disponibilizados pela instituição hospitalar à qual se encontra vinculado:

Tipo I – É recomendada a prática de atividade de investigação, sendo exigível histórico de trabalhos publicados quando o Serviço se candidata a receber Médicos em formação específica. Esta atividade poderá desenrolar-se no âmbito de colaborações estabelecidas ao abrigo da Rede de Referenciação.

Tipo II – Deve existir atividade de investigação organizada, sendo exigível histórico de trabalhos publicados quando o Serviço se candidata a receber Médicos em formação específica. Esta

atividade poderá desenrolar-se no âmbito de colaborações estabelecidas ao abrigo da Rede de Referênciação.

Tipo III – A atividade de investigação é um imperativo para este tipo de Serviços, devendo a sua demonstração feita através da aferição de publicações científicas e outras formas de disseminação do conhecimento científico.

Em resumo, as categorias de Serviço de Anatomia Patológica podem caracterizar-se da seguinte forma:

Serviço de Anatomia Patológica de Tipo I:

- Deve ter quantidade anual de atividade diagnóstica e apoio clínico igual ou superior a 44 000 PD;
- Deve possuir as valências de Citopatologia e Histopatologia, sendo facultativa a valência de Autópsia, e realizar tecnologias auxiliares no âmbito da Imuno-histoquímica;
- Deve ter patologia diversificada, mas pode não ter experiência na patologia (menos comum) de algumas especialidades médico-cirúrgicas;
- Deve ter um número de anatomopatologistas em equivalente de tempo completo/semana (40 horas) igual ou superior a 3;
- Pode participar na formação (parcial) no âmbito da Especialidade de Anatomia Patológica, desde que garanta a integração em programas específicos inseridos na Rede;
- É recomendável ter atividade de investigação, que é exigível para participar na formação no âmbito da Especialidade de Anatomia Patológica, desde que integrada em programas específicos inseridos na Rede, para garantir o contacto com a diversidade e complexidade prevista no Programa de Formação do Internato de Anatomia Patológica.

Serviço de Anatomia Patológica de Tipo II

- Deve ter um volume de atividade de diagnóstico e apoio clínico igual ou superior a 70 000 PD;
- Deve possuir as valências de Citopatologia, Histopatologia e Autópsia, garantindo a realização de tecnologias auxiliares no âmbito da Imuno-histoquímica, sendo as restantes facultativas;
- Deve ter patologia diversificada e que inclua a grande maioria da patologia das especialidades médico-cirúrgicas;
- Deve ter um número de anatomopatologistas em equivalente de tempo completo/semana (40 horas) igual ou superior a 5;
- Pode participar na formação (parcial) no âmbito da Especialidade de Anatomia Patológica, devendo assegurar a colaboração com Serviços de Tipo III para garantir o contacto com a

diversidade e complexidade exigível no Programa de Formação do Internato de Anatomia Patológica;

- Deve ter atividade de investigação organizada, sendo exigível histórico de trabalhos publicados quando o Serviço se candidata a receber Médicos em formação específica.

Serviço de Anatomia Patológica de Tipo III

- Deve ter um volume de atividade de diagnóstico e apoio clínico igual ou superior a 93 000 PD;
- Deve possuir as valências de Citopatologia, Histopatologia e Autópsia, com realização de tecnologias auxiliares no âmbito da Imuno-histoquímica, Citometria, Análise de Imagem e Patologia Molecular;
- Deve ter patologia diversificada e que inclua a totalidade ou a grande maioria da patologia das especialidades médico-cirúrgicas;
- Deve ter um número de anatomopatologistas em equivalente de tempo completo (40 horas) igual ou superior a 7;
- Deve ter competência integral para formação no âmbito da Especialidade de Anatomia Patológica;
- Deve possuir e demonstrar atividade regular e organizada de investigação.

3.3.3. CENTROS DE PATOLOGIA ESPECIALIZADA (CPE)

Definem-se como Centros de Patologia Especializada (CPE), as unidades laboratoriais dedicadas exclusivamente a áreas específicas da patologia humana, consideradas na sua vertente do diagnóstico anatomopatológico.

As CPE podem corresponder Serviços de Anatomia nos quais o diagnóstico é efetuado por anatomopatologistas inscritos no respetivo Colégio de Especialidade da Ordem dos Médicos, bem como outros Serviços ou suas Unidades que tenham desenvolvido práticas de diagnóstico anatomopatológico por médicos que não possuam título de anatomopatologistas.

O desenvolvimento de cada área específica do diagnóstico deve decorrer obrigatoriamente sob a responsabilidade de um Serviço de Anatomia Patológica, pelo que as situações existentes, e não conformes, com este princípio deverão evoluir para a integração em Serviços de Anatomia Patológica da Rede.

Para a existência de um CPE é considerado necessário um volume de trabalho diagnóstico igual ou superior a 20 000 PD. O número de especialistas alocados para o Centro/Unidade deve ser de 2 ou mais elementos.

Os CPE existentes devem depender, no que respeita ao seu programa funcional, de um Serviço de Anatomia Patológica de Tipo III.

3.3.4. SERVIÇOS INTEGRADOS EM INSTITUIÇÕES COM CENTROS DE EXCELÊNCIA

De acordo com as normas emanadas do Ministério da Saúde, os Serviços de Anatomia Patológica poderão estar integrados em instituições nas quais foram reconhecidos Centros de Excelência para diagnóstico e tratamento de patologias específicas. Estes Serviços poderão constituir-se como estruturas de referência para essas áreas da patologia.

3.4. REQUISITOS MÍNIMOS DAS DIFERENTES UNIDADES DA REDE

3.4.1. COMPONENTES DE UM SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

Um Serviço de Anatomia Patológica deve ter, resumidamente, uma área laboratorial, uma área de trabalho para médicos(as) e técnico(a) coordenador(a), uma área para o sector administrativo e áreas de apoio.

Os Serviços de Anatomia Patológica deverão estar devidamente dimensionados para dar resposta à quantidade de trabalho deles requerida e dotados do número de profissionais requeridos para responder às necessidades da instituição na qual se inserem.

A – Área de acolhimento/administrativa

- Receção de amostras/ Secretaria;
- Sala/zona de espera (utentes, acompanhantes, colaboradores da instituição para entrega de amostras clínicas, etc.);
- Sala de colheitas (e.g., biopsia aspirativa), com área útil mínima de 4m², com possibilidade de outras áreas anexas com a mesma finalidade, eventualmente organizadas em “boxes”. Deverá ter anexa ou em proximidade imediata uma instalação sanitária, adaptada a pessoas com mobilidade condicionada.

B - Área laboratorial/técnica

- Sala/zona de macroscopia com ventilação e extração adequada de vapores, com área útil mínima de 12m² (idealmente deverá contemplar área para processamento, com nível de segurança biológica (NSB) 2);
- Área para histopatologia: corte, montagem e coloração de rotina, com ventilação e extração adequada de vapores, com área útil mínima de 25m² (poderá incluir área para processamento);
- Área para citopatologia, com área útil mínima de 12m²;
- Área para imunocitoquímica, com área útil mínima de 10m²,

Nota: as áreas descritas poderão partilhar espaço comum, com zonas dedicadas.

C - Área de autópsias

- Sala de autópsias, com área útil mínima de 24m², com NSB 3 ou 4;
- Sala de lavagem, com área útil mínima de 6m²;
- Vestiário de pessoal;
- Instalações para depósitos de cadáveres, com área útil mínima de 12m², caso os mesmos não possam ser centralmente depositados nas instalações *post-mortem* da instituição hospitalar.

D - Área de pessoal

- Gabinete para o Diretor de Serviço;
- Gabinetes para os Médicos Especialistas e Internos;
- Gabinete para o Técnico Coordenador;
- Sala de reuniões / biblioteca;
- Sala para descanso dos colaboradores do Serviço (facultativa).

E - Área logística

- Sala de lavagem de material, com área útil mínima de 12m²
- Sala para armazenamento de amostras clínicas, com extração adequada de vapores.
- Sala de arquivo (blocos de parafina, lâminas, documentos, etc.)
- Sala de armazenamento de produtos químicos.
- Vestiários para os colaboradores (pode a instituição dispor de vestiários gerais)

F – Equipamentos

Apenas se enumeram os principais equipamentos que devem integrar um serviço de Anatomia Patológica. A sua dimensão/capacidade e número dependerão do volume de exames, não podendo ser objeto de especificação neste documento. Não estão também incluídos equipamentos e sistemas inerentes à segurança e prevenção. Deverão existir sempre:

- Sistema de exaustão frontal na área de observação macroscópica das peças cirúrgicas, preferencialmente integrado num sistema modular de bancada;
- Processador automático de tecidos;
- Centro de inclusão em parafina;
- Micrótomos;
- Placas/Tinas de extensão;
- Equipamento de coloração automática;
- Centrífuga;
- Estufas de incubação e secagem;
- Balanças de precisão;
- Micrótomos de congelação;
- Microscópios;
- Sistemas fotográficos macro e microscópico;
- Sistema informático.

G – Área de autópsias

- Salas destinadas exclusivamente à realização de autópsias;

Área ampla, adequada ao número e tipo de mesas de autópsia e incluindo zona para “visitantes” (médicos assistentes, internos, estudantes, autoridades judiciais e policiais, de acordo com o nível do serviço).

Para uma sala com uma mesa de autópsia, 24 m²:

- Água corrente;
- Boa ventilação e sistema extrator com filtros;
- Boa iluminação.
- Mesas de autópsia, com água corrente e mesas de dissecação.
- Revestimentos das paredes e do chão com superfícies lisas, facilmente laváveis.
- Chão com escoamento de água.

- Janelas com redes anti-inseto.
- Vestiário(s) com lavatório(s) e duche(s);
- Espaço para trabalho de secretaria, elaboração de relatórios e arquivo de documentos. (pode ser partilhada com o secretariado geral);
- Espaço para conservação de peças, blocos e lâminas. (não tem que ser de uso exclusivo);
- Casa mortuária, com frigoríficos para conservação de corpos (a capacidade deve, também, ter em conta fins-de-semana prolongados, eventuais avarias e outras situações excecionais);
- Maca(s) para cadáveres;
- Instrumentos de dissecação;
- Serra elétrica (com extrator de poeiras);
- Balança para pesagem de órgãos;
- Recipientes para colheitas de líquidos biológicos, órgãos, tecidos e produtos para estudo microbiológico, toxicológico e bioquímico;
- Tabuleiros para transporte de produtos;
- Equipamento para radiografia (autópsias de fetos e perinatais);
- Equipamento de proteção pessoal (batas, aventais, barretes, luvas, máscaras, óculos, botas);
- Equipamento de limpeza.

3.4.2. CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA AUTÓPSIAS DE CADÁVERES COM DOENÇAS INFECCIOSAS

Todas as autópsias devem ser efetuadas em boas condições de higiene, minimizando os riscos de infeção dos executantes e de disseminação de eventuais agentes infecciosos.

Nos casos de suspeita ou confirmação de infeções, que possam ter consequências mais graves para os executantes e que exijam medidas de maior confinamento, justificam-se medidas de segurança especiais. Estão, neste caso, as encefalopatias espongiiformes, as infeções pelo VIH, a tuberculose (com carácter obrigatório para as formas multirresistentes) e outras de reconhecida perigosidade.

As autópsias de patologia destes tipos serão exclusivamente realizadas em instalações (Unidades) que cumpram, entre outros que se justifiquem, critérios técnico-científicos definidos no ponto anterior. Essas instalações poderão ser construídas de novo, justificando-se, nas condições atuais da organização hospitalar, que existam em número de três, respetivamente no Porto, Coimbra e Lisboa. As responsabilidades técnicas das três Unidades de autópsias de alto risco serão atribuídas aos serviços de Anatomia Patológica das instituições hospitalares em que se encontrem sediadas as respetivas Unidades.

Os anatomopatologistas dos diferentes serviços da Sub-Rede respetiva poderão ser chamados a fazer estas autópsias mediante protocolos previamente estabelecidos.

A execução de autópsias de patologia infecciosa de maior risco exige:

- Autópsia nunca efetuada intempestivamente e sempre tão *in situ* quanto possível, reduzindo ao máximo a manipulação de órgãos;
- Dissecção de vísceras só após, pelo menos, 1 semana de fixação;
- Etiquetas para marcação de todo o material perigoso;
- Normas escritas sobre todos os procedimentos para minimização de riscos na sala de autópsias;
- Inspeção mensal das condições de higiene e de equipamento, com registo do resultado;
- Sala com mobiliário e objetos limitados ao indispensável;
- Pavimento e bancadas completamente lisos, impermeáveis e laváveis;
- Superfícies resistentes aos solutos desinfetantes;
- Zona de transferência para entrada e saída da Unidade;
- Sistema de ventilação adequado e devidamente testado, com filtros absolutos (HEPA) (manutenção regular indispensável);
- Sistema de descontaminação dos efluentes antes da descarga final;
- Limpeza regular e especializada da sala, com utilização de solutos desinfetantes adequados;
- Controlo de vetores (rede anti-insetos nas janelas, sem janelas com possibilidade de abertura);
- Acesso limitado ao pessoal autorizado;
- Sinalização de perigo biológico;
- Médicos e técnicos experientes e devidamente informados dos riscos e procedimentos a seguir;
- Três elementos por autópsia (patologista, técnico, elemento circulante), vacinados contra a hepatite B (a vacina antitetânica e a BCG poderão estar recomendadas);
- Vestiário para médicos e técnicos (com duche);
- Equipamento de proteção pessoal descartável e de qualidade: blusa, calças, bata, avental, barrete com extensão ao pescoço, óculos, máscara de bico de pato, máscara com viseira, proteção para os sapatos, botas, luvas cirúrgicas, luvas de borracha grossa anti-golpe, luvas de rede metálica;
- Lavatório equipado para desinfeção das mãos;
- Recipiente para desinfeção das botas;
- Saco impermeável para cadáver (adultos e crianças);
- Material absorvente para líquidos biológicos;

- Plástico impermeável (a metro) para proteção de superfícies e da balança;
- Suportes para cabeça descartáveis;
- Sacos plásticos fortes e transparentes para proceder à autópsia do crânio;
- Sacos plásticos grandes, impermeáveis e resistentes, para transporte de resíduos para incineração (inclusivamente, do material absorvente ensopado),
- Serras manuais para o crânio, descartáveis ou esterilizáveis;
- Instrumentos reservados para as autópsias de maior risco (sem bicos);
- Aspirador de líquidos cirúrgicos e desinfetável;
- Máquina elétrica para lavagem de instrumentos, desinfetável periodicamente;
- Recipientes para desinfecção de instrumentos e luvas metálicas;
- Autoclave apropriado ou meios seguros de transporte do material a autoclavar fora da sala de autópsias;
- Desinfecção cuidada da mesa de autópsia e da mesa de órgãos depois de removido o corpo.

3.4.3. CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA AUTÓPSIAS EM CASOS DE DOENÇAS PRIÓNICAS

Condições de autoclavagem:

- *Porous load, high vacuum*, 1 ciclo de 18 min a 134-137° C ou 6 ciclos de 3 min a 134-137° C.

Solutos desinfetantes.

- Hipoclorito de sódio 20000ppm, 1 hora (para superfícies e instrumentos) (uso desagradável e corrosivo para o aço);
- Hidróxido de sódio 2N, 1 hora (para superfícies e instrumentos) (não usar em alumínio);
- Ácido fórmico a 96% para desinfecção de tecidos e cortes de parafina para estudo histológico.

3.5. UNIDADES DE FETOPATOLOGIA

A legislação sobre Centros de Diagnóstico Pré-Natal (Despachos Ministeriais n.ºs 5411/97, de 6 de Agosto e 10325/99, de 20 de Maio) recomenda o exame fetopatológico a todos os nados-mortos e recém-nascidos falecidos com anomalias e facilita o transporte entre hospitais de concelhos diferentes. Nas Comissões Técnicas do Ministério da Saúde que têm sido formados, no âmbito do diagnóstico pré-natal, os Anatomopatologistas e os Geneticistas devem estar sempre incluídos.

O controlo de qualidade, parte integrante da atividade dos Centros de Diagnóstico Pré-Natal, é realizado quer na vertente da Fetopatologia, quer na de Neonatologia. A Fetopatologia assume, assim, uma dupla importância neste contexto: no diagnóstico e no controlo de qualidade.

Assim, devem ser criadas e reconhecidas Unidades de Fetopatologia transdisciplinares, sediadas em Serviços de Anatomia Patológica, vocacionadas para esta área e cujo objetivo será o diagnóstico integrado da doença ou anomalia fetal numa perspetiva de pesquisa etiológica, aconselhamento genético e prevenção.

Cada Unidade de Fetopatologia deverá ter pelo menos um anatomopatologista (preferencialmente, dois anatomopatologistas) com diferenciação em fetopatologia e realizar um mínimo de 100 exames/ano (incluindo autopsias fetais e neonatais, exames de produtos de abortamento, entre outros).

De acordo com as necessidades atuais prevê-se que, nesta data, cinco Unidades sejam suficientes para o País, duas na ARS Norte, uma na ARS Centro e duas na ARS de Lisboa e Vale do Tejo, que deverão também dar apoio aos hospitais das ARS do Alentejo e Algarve.

Devem depender, preferencialmente, de Serviços de Anatomia Patológica de Tipo III ou, eventualmente, de Tipo II, e contar com a colaboração de Serviço de Genética ou outro de capacidade equivalente, legalmente reconhecida.

Todos os outros hospitais devem enviar os fetos/recém-nascidos falecidos para as Unidades de Fetopatologia que lhes servem de referência, de acordo com esta Rede.

3.6. NORMAS DE FUNCIONAMENTO DAS UNIDADES DE FETOPATOLOGIA

A Unidade de Fetopatologia rege-se pelas seguintes normas:

- Deverão ser enviados todos os recém-nascidos falecidos no período neonatal, os fetos mortos com mais de 22 semanas ou 500 gramas de peso e todos os fetos nos quais se suspeite de anomalias ou em que se tenha verificado interrupção médica da gravidez por anomalias congénitas, independentemente da idade gestacional ou peso;
- Será preenchida a Folha de Registo Nacional de Anomalias Congénitas;
- Será enviado juntamente com o feto/recém-nascido um relatório onde conste a identificação e todos os dados clínicos disponíveis, segundo modelo a fornecer pela Unidade de Fetopatologia.

- Tratando-se de uma interrupção programada é indispensável o envio de líquido amniótico ou outro produto biológico para estudo citogenético. Nos outros casos, e sempre que possível, deverá ser colhido sangue fetal em tubo heparinizado;
- Até ao momento do envio, que deverá ocorrer o mais cedo possível, o cadáver e a placenta serão conservados no frigorífico a 4° C e nunca congelados. O transporte deverá realizar-se dentro de uma caixa com isolamento térmico, se possível com placas de refrigeração. Nunca deverá utilizar-se soro fisiológico como meio de conservação. Quando a distância o justifique e a idade gestacional for inferior a 22 semanas o feto poderá ser enviado em formol, apesar de a formalização prejudicar a avaliação dismorfológica;
- A Unidade de Fetopatologia procede ao exame anatomopatológico, avaliação dismorfológica, estudos genéticos e radiológicos e outros considerados indicados. Emitirá ainda um relatório final que será enviado ao Serviço de origem;
- Os fetos com 24 ou mais semanas de gestação terão, obrigatoriamente, funeral, pelo que serão devolvidos ao serviço de origem com relatório de autópsia;
- Será sempre participado aos pais o resultado do exame fetopatológico. Se se tratar de uma situação do foro obstétrico, o esclarecimento deverá ser dado no Serviço de origem (Centro de Diagnóstico Pré-Natal, se houver). Se se tratar de uma situação genética, ou se for necessário obter elementos da história clínica, os pais serão convocados para a consulta de Fetopatologia;
- Os casos serão discutidos periodicamente com os médicos dos Serviços de origem;

4 – INDICADORES A UTILIZAR NO DESENVOLVIMENTO E NA MONITORIZAÇÃO DA REDE

O funcionamento da Rede de Referência deve ser monitorizado, de forma a permitir saber se a mesma está a funcionar de acordo com o planeado, ou se carece de revisão/ajustamento. A Rede deve desenvolver-se no sentido de estar apta a responder às necessidades efetivas das populações, o que pela sua dinâmica implica uma revisão periódica de modo ajustar eventuais disfunções.

A monitorização da Rede de Referência deve desenvolver-se em dois planos: (1) o dos elementos constituintes (i.e., Serviços de Anatomia Patológica) e (2) o do fluxo da atividade que se desenrola ao abrigo da estrutura própria da Rede.

Quanto ao primeiro plano, os indicadores devem corresponder aos dados básicos de caracterização dos recursos humanos e materiais, assim como da produção, ao nível assistencial, formativo e investigacional. Estes elementos constam, em regra, dos relatórios de atividades anuais de cada Serviço, sendo, portanto, de desejavelmente fácil obtenção e comparação, desde que seja uniformizado os indicadores constantes na Tabela 7 (11.3. Anexo 3 – Indicadores de caracterização dos Serviços de Anatomia Patológica).

Quanto ao plano do funcionamento em Rede, os parâmetros a monitorizar devem refletir a natureza, volume e complexidade das atividades/iniciativas desenvolvidas no âmbito da Rede de Referência, uma vez mais incorporando as vertentes básicas da atividade própria dos Serviços. Neste sentido, são propostos os indicadores constantes da Tabela 8(11.4. Anexo 4 - Indicadores de atividade da Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência de Anatomia Patológica):

5 – ARQUITETURA DA REDE DE REFERENCIAÇÃO

5.1. PRINCÍPIOS GERAIS DE ARTICULAÇÃO ENTRE OS SERVIÇOS QUE CONSTITUEM A REDE

O funcionamento integrado da Rede de Referência supõe uma colaboração interinstitucional cujo âmbito ultrapassa o da simples relação de carácter legal ou contratual. De facto, o objetivo último da RNEHR de Anatomia Patológica é dotar os Serviços de Anatomia Patológica das condições necessárias à prossecução das suas atividades num ambiente de segurança e de qualidade diagnóstica que sejam homogéneos e comuns a todo o S.N.S., permitindo a uniformização de procedimentos e de boas práticas profissionais.

Neste sentido, é fundamental assegurar que o sistema de referência funciona de acordo com os pressupostos da categorização dos Serviços de Anatomia Patológica, *i.e.*, os Serviços de menor complexidade e volume devem, nas circunstâncias adequadas, realizar a referência para os Serviços de maior dimensão e complexidade. Embora a regra deva ser a referência de Serviços de Tipo I para Serviços de Tipo II e destes para Serviços de Tipo III, poderão as circunstâncias ditar que a referência possa ser realizada diretamente de Serviços de Tipo I para Serviços de Tipo III. Adicionalmente, embora deva prevalecer, em geral, a lógica de organização de base regional, nada deve obstar, caso exista possibilidade e capacidade instalada, a que as parcerias de referência se estabeleçam numa base inter-regional.

A referência não pode, contudo, ser realizada de forma unilateral e intempestiva, seja para casos de particular dificuldade diagnóstica, seja para referência de carácter temporário ou permanente de parte ou totalidade de atividade diagnóstica. Tal significa que a instituição que referencia e a instituição que é referenciada / recetora da referência devem estabelecer acordos formais de parceria no âmbito da rede, nos quais estejam devidamente estabelecidos, entre outros, os mecanismos de referência, nomeadamente os canais de comunicação a utilizar bem como os tempos de resposta expectáveis. Por outro lado, não pode ser exigido a um Serviço de Tipo II ou Tipo III com condições insuficientes sob o ponto de vista de recursos humanos e/ou de equipamento técnico (a determinar com base nas normas expostas neste documento), que aceite receber trabalho diagnóstico de outros Serviços / instituições sem que estejam garantidos os pressupostos mínimos de capacidade de resposta estimada como necessária para o exercício seguro e com qualidade da Especialidade de Anatomia Patológica (conforme as normas constantes do 11.1. Anexo 1 - Normas para quantificação do trabalho (*workload*) desenvolvido nos Serviços de Anatomia Patológica). Sem prejuízo deste facto, deverão, ainda, ser claramente definidos os custos inerentes à referência e a forma como os mesmos serão suportados, assim como deverá ser assegurado que a atividade de trabalho desenvolvida no Serviço de referência, ao abrigo das normas

da rede de referência, seja devidamente contabilizada para a quantificação de trabalho do Serviço e individual do(s) anatomopatologista(s) envolvido(s).

O funcionamento da Rede deve, ainda, permitir uma racionalização de recursos humanos e equipamentos disponíveis nos diversos níveis, estimulando a complementaridade e a colaboração em detrimento da sobreposição e da redundância. Neste contexto, a implementação de programas de controlo de qualidade será fundamental para que a referência de casos possa decorrer com recurso mínimo a repetição de técnicas auxiliares de diagnóstico, incrementando a eficiência e diminuindo o desperdício.

Igualmente deverá existir uma estreita colaboração no âmbito da atividade formativa da especialidade, envolvendo as direções de internato das unidades de saúde, bem como os órgãos de gestão do internato médico de âmbito regional. O desenvolvimento desta atividade constitui uma forma de aproximação entre Serviços, com troca de experiências e oportunidades de colaboração e desenvolvimento que extravasam o âmbito restrito do internato médico e que, desejavelmente, se devem progressivamente estender ao desenvolvimento profissional continuado após a aquisição do grau de Especialista.

Da mesma forma, será desejável que os diversos elementos constituintes da Rede se possam organizar no sentido de permitir o desenvolvimento de projetos de investigação de dimensão regional e/ou nacional, nomeadamente através da partilha de materiais e equipamentos, atendendo sempre aos normativos definidos pela legislação vigente.

5.2. CATEGORIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ANATOMIA PATOLÓGICA CONSTITUINTES DA REDE

No seguimento do disposto na Portaria nº 147/2016, de 19 de Maio, os Serviços de Anatomia Patológica devem ser categorizados de acordo com o exposto na secção 3 deste documento. Os dados disponíveis na atualidade não possuem o grau de detalhe preconizado no Anexo 3. Contudo, permitem nesta fase realizar uma categorização dos Serviços tomando em linha de conta a organização, recursos humanos e volume de trabalho assistencial. Esta categorização deverá ser avaliada e, se necessário, revista em função dos primeiros dados recolhidos com base no 11.3. Anexo 3 – Indicadores de caracterização dos Serviços de Anatomia Patológica e nos parâmetros atrás definidos quanto à tipologia dos Serviços.

A Tabela 1 lista todas as instituições de nível hospitalar que prestam cuidados no âmbito do S.N.S. e categorização dos respetivos Serviços de Anatomia Patológica (caso não existam na atualidade, esta categorização é aplicada ao nível de serviços requerido pelo tipo de instituição, servindo como base de análise das necessidades institucionais).

Tabela 1: Tipologia dos Serviços de Anatomia Patológica

Região	Instituição	Tipologia
Alentejo	Unidade Local de Saúde Norte Alentejo, EPE	Tipo I
	Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE	Tipo I
	Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, EPE	Tipo I
	Hospital Espírito Santo de Évora, EPE	Tipo II
Algarve	Centro Hospitalar do Algarve, EPE	Tipo II
Centro	Centro Hospitalar de Leiria, EPE	Tipo I
	Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE	Tipo I
	Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	Tipo I
	Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	Tipo I
	Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE	Tipo I
	Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	Tipo II
	Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE	Tipo II
	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	Tipo III
	Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E	Tipo III
LVT	Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE	Tipo I
	Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	Tipo I
	Centro Hospitalar do Oeste	Tipo I
	Centro Hospitalar Médio Tejo, EPE	Tipo I
	Hospital de Cascais, PPP	Tipo I
	Hospital de Loures, PPP	Tipo I
	Hospital de Vila Franca de Xira, PPP	Tipo I
	Hospital Distrital de Santarém, EPE	Tipo I
	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	Tipo II
	Hospital Fernando da Fonseca, EPE	Tipo II
	Hospital Garcia de Orta, EPE	Tipo II
	Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	Tipo III
	Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	Tipo III
	Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E	Tipo III
	Norte	Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE
Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE		Tipo I
Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, EPE		Tipo I
Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE.		Tipo I
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE		Tipo I
Hospital Santa Maria Maior, EPE		Tipo I
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE		Tipo I
Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE		Tipo I
Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE		Tipo II
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE		Tipo II
Hospital de Braga, PPP		Tipo II
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE		Tipo II
Centro Hospitalar de São João, EPE		Tipo III
Centro Hospitalar Porto, EPE		Tipo III
Instituto Português de Oncologia do Porto, Francisco Gentil, E.P.E		Tipo III

Assim, propõe-se um modelo organizacional da Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e Referenciação de Anatomia Patológica (

Figura 2), que permite grande versatilidade na forma de articulação entre as diferentes unidades da Rede, para além de prever a possibilidade de cooperação entre Serviços da mesma tipologia, em função das suas características específicas.

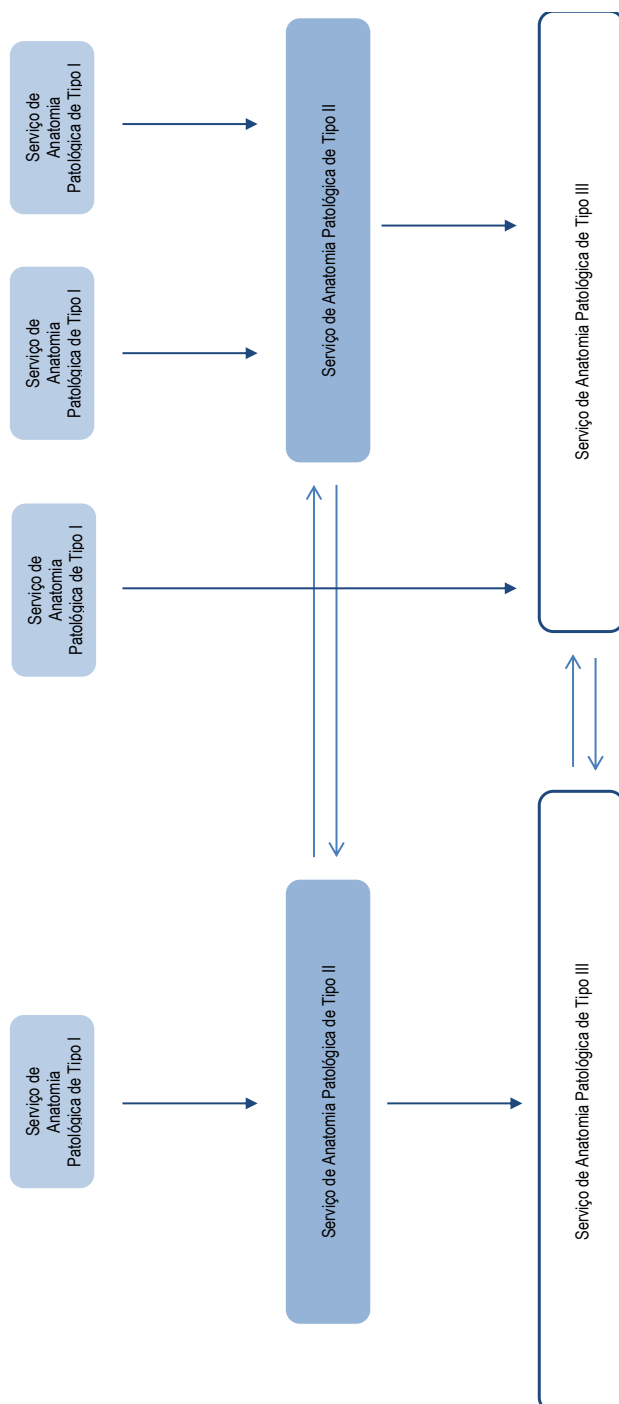


Figura 2: Modelo organizacional geral da Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e Referência de Anatomia Patológica.

6 – MODELO FORMATIVO

6.1. INTERNATO MÉDICO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

O Internato Médico obedece ao disposto na Portaria n.º 224-B/2015 de 29 de julho, do Ministério da Saúde – Regulamento do Internato Médico, sendo que no caso específico da Especialidade de Anatomia Patológica, a regulamentação do respetivo programa formativo consta da Portaria n.º 555/2003 de 11 de julho – Programa de Formação do Internato Complementar da Área Profissional Médica de Anatomia Patológica (Médicos Internos que ingressaram até 31 de Dezembro de 2012) e Portaria n.º 204/2012 de 4 de julho - Programa de formação da área de especialização de Anatomia Patológica (Médicos Internos que ingressaram a partir de 1 de janeiro de 2013 ou que tendo ingressado ao abrigo do programa anterior tenham optado por este).

A gestão e coordenação geral do Internato Médico é competência da ACSS, sendo a coordenação técnica e estratégica da responsabilidade do Conselho Nacional do Internato Médico (CNIM).

A Ordem dos Médicos colabora com o Ministério da Saúde através da apresentação de propostas regulamentadoras da atividade formativa e da avaliação da idoneidade formativa dos Serviços, de acordo com os critérios estabelecidos. O reconhecimento de idoneidade dos serviços, e das instituições é feito por despacho do Ministro da Saúde, sob proposta da Ordem dos Médicos, ouvido o CNIM.

O internato médico de Anatomia Patológica deverá ser realizado em instituições de saúde, públicas e/ou privadas, com reconhecida idoneidade e de acordo com a sua capacidade formativa.

Tal como expresso anteriormente, a Rede deverá estar organizada no sentido de proporcionar as melhores condições possíveis para a realização do programa formativo do Internato Médico de Anatomia Patológica. Isto pressupõe a capacidade de disponibilizar e mobilizar meios humanos e recursos materiais para apoiar o esforço formativo a decorrer no contexto da Rede de Referência e de forma particular no âmbito regional.

6.2. DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL CONTINUADO

O Desenvolvimento Profissional Continuado dos anatomopatologistas é indispensável para garantir a qualidade do diagnóstico. Integram o desenvolvimento profissional continuado as atividades de atualização, subspecialização, aquisição de competências complementares, confrontação com as práticas de outros Serviços e Colegas e participação em programas de garantia de qualidade e auditorias.

O dimensionamento das necessidades de recursos humanos, instalações e equipamentos e os meios de consulta bibliográfica dos serviços da Rede de Referência Hospitalar de Anatomia Patológica devem ter em consideração a necessidade imperativa de assegurar ou apoiar o desenvolvimento profissional continuado no âmbito da própria especialidade e de outras.

7 – POLÍTICAS DA QUALIDADE

7.1. GESTÃO DA QUALIDADE

A implementação de um sistema de gestão de qualidade requer o compromisso do Serviço, o qual se reflete nas políticas de qualidade do Serviço de Anatomia Patológica, cujo conteúdo se deve ajustar às características e necessidades específicas. Com o intuito desejável de garantir o cumprimento da norma NP EN ISO 15189:2012, este deve incluir, no mínimo:

- Descrição dos serviços proporcionados e das atividades realizadas;
- Declaração sobre o nível de serviço proporcionado;
- Objetivos gerais do sistema de gestão de qualidade;
- Conhecimento por parte de todo o pessoal da documentação do sistema de gestão de qualidade, assim como a sua implementação no trabalho diário;
- Compromisso do Serviço com a boa prática profissional, qualidade dos processos e cumprimento do sistema de gestão de qualidade;
- Declaração do cumprimento dos requisitos da norma NP EN ISO 15189:2012.

Com base nos objetivos gerais definidos na política de qualidade, devem estabelecer-se os objetivos a alcançar, com uma periodicidade determinada, geralmente de um ano. Estes objetivos podem ser propostos pelo Conselho de Administração da unidade de saúde e marcam as linhas diretrizes sobre as quais o Serviço pode alinhar os seus objetivos específicos. Além dos objetivos, devem definir-se ações a realizar para conseguir o cumprimento dos objetivos, os quais devem ser concretos e mensuráveis, para que se possa dispor de informação acerca do seu grau de cumprimento. Para facilitar a medida do grau de cumprimento dos objetivos podem estabelecer-se indicadores. Os objetivos devem ser implementados nas funções próprias do Serviço, ou seja a realização e a avaliação dos objetivos devem ser atribuídos aos colaboradores com perfil apropriado em função de cada tipo de objetivo. Deve ser realizada uma monitorização periódica dos objetivos, com vista a detetar possíveis incumprimentos e, caso seja necessário, reformulá-los ou estabelecer novas ações. Todas as atividades indicadas (planificação, seguimento e avaliação dos objetivos) devem ser registadas.

Os detalhes sobre o modelo de gestão da qualidade aconselhado para Serviços de Anatomia Patológica constam do 11.2. Anexo 2 - Política da Qualidade e Sistemas de Gestão da Qualidade.

7.2. CONSULTA INTER-INSTITUCIONAL, 2ª OPINIÃO E PATOLOGIAS DE REFERENCIAÇÃO

O diagnóstico em Anatomia Patológica não é um processo de análise quantitativa com suporte em instrumentos que dão um resultado objetivo e preciso. É, antes, uma opinião baseada numa interpretação subjetiva de aspetos macro e microscópicos do produto submetido para estudo anatomopatológico, eventualmente complementada por métodos auxiliares de diagnóstico como a imunocito/histoquímica e patologia molecular.

Assim, a natureza subjetiva do processo de diagnóstico exige do anatomopatologista informação e capacidade de avaliação, sendo a experiência um elemento fundamental para a expressão de um diagnóstico. Por outro lado, o diagnóstico anatomopatológico preciso é determinante para o estabelecimento do esquema terapêutico mais adequado à situação clínica. Para se cumprirem estes objetivos – redução da subjetividade inerente ao diagnóstico anatomopatológico e diagnóstico mais preciso – a consulta intra-institucional e, sobretudo, inter-institucional, ambas expressas por escrito, é, em muitos casos, fundamental. É desejável que esta prática seja vulgarizada e generalizada.

A consulta intrainstitucional poderá estar regulamentada para um conjunto definido de situações diagnósticas (*por exemplo.*, biopsia para diagnóstico de doença oncológica). Contudo, tal não deve obstar à necessidade de obtenção da opinião de outro(s) Médico(s) Especialista(s) do Serviço sempre que se revele necessário à decisão de um diagnóstico. De acordo com as normas constantes do Anexo 1, esta atividade tem uma ponderação própria no âmbito da avaliação do volume de trabalho e o contributo dos Médicos Especialistas envolvidos deverá ser explicitado através da assinatura/validação do respetivo relatório anátomo-patológico.

A consulta interinstitucional deve realizar-se sempre que o anatomopatologista necessitar e entender, podendo incluir, mas não estando limitada, a casos de difícil resolução que incluem patologias pouco frequentes, bem como patologias que impliquem atitudes terapêuticas com reconhecidos efeitos iatrogénicos ou especialmente onerosas. A consulta interinstitucional poderá desenvolver-se no âmbito da Rede de Referenciação, seguindo os canais de comunicação estabelecidos, ou, caso tal se justifique, se realize com recurso a um perito de instituição não incluído na Rede de Referenciação direta (seja nacional ou internacional). De acordo com as normas constantes do Anexo 1, esta atividade deverá ser registada e contabilizada com a ponderação própria no âmbito da avaliação do volume de trabalho do Médico Especialista que realiza o exame de consulta (caso este se encontre em instituição integrante do S.N.S.).

Algumas patologias ou áreas da patologia, pela sua relativa raridade ou especificidade, devem ser referenciadas para Anatomopatologistas com competência específica e reconhecida nessas áreas. Este procedimento visa dois objetivos não separáveis: aquisição de maior experiência e, conseqüentemente, diagnóstico mais preciso.

Outras patologias, por exigirem estudos complementares específicos e/ou se caracterizarem por uma evolução acelerada de conhecimentos, devem ser referenciadas para Anatomopatologistas reconhecidos nessas áreas. São exemplos a Hematopatologia e a Patologia oncológica pediátrica.

A A.C.S.S., em colaboração com o Colégio da Especialidade de Anatomia Patológica (ouvidas as associações científicas representativas da especialidade de Anatomia Patológica) deve promover a definição das patologias a referenciar e dos respetivos centros de referência. Compete aos Serviços de Anatomia Patológica integrados na Rede a implementação do sistema de consulta e de referência de patologias.

7.3. TELEPATOLOGIA

As tecnologias de transmissão de informação têm ganho crescente aplicabilidade em Anatomia Patológica. Têm sido utilizadas nas áreas do diagnóstico e da consulta para o diagnóstico, formação e controlo de qualidade.

No contexto da Rede de Referência de Anatomia Patológica poderão constituir um valioso instrumento de articulação entre os serviços componentes da Rede e destes com Serviços internacionais de referência.

A generalização da utilização da telepatologia deve atender aos desenvolvimentos técnicos dos equipamentos e às experiências que se forem adquirindo, bem como às normas emanadas da Tutela, nomeadamente através da Direção Geral de Saúde.

8 – AUDITORIAS

O funcionamento da RNEHR de Anatomia Patológica, nomeadamente das catividades desenvolvidas de forma específica ao abrigo da mesma, deverá ser auditado de forma regular, desejavelmente anual ou bienal.

Estas auditorias deverão ser realizadas por uma comissão de peritos designados pela A.C.S.S. após consulta do Colégio de Especialidade de Anatomia Patológica da Ordem dos Médicos, permitindo a elaboração de relatório e recomendações que serão levados ao conhecimento do Ministério da Saúde. Os parâmetros a auditar deverão ser baseados nos propostos neste documento (Ponto 11.2.4. Serviços diagnósticos realizados por unidades externas do 11.2. Anexo 2 - Política da Qualidade e Sistemas de Gestão da Qualidade, tomando como base de orientação os parâmetros constantes dos 11.3. Anexo 3 – Indicadores de caracterização dos Serviços de Anatomia Patológica 11.4. Anexo 4 - Indicadores de atividade da Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência de Anatomia Patológica).

Deverá ser dado particular ênfase ao processo de implementação da Rede, identificando os potenciais obstáculos ao seu desenvolvimento de forma a implementar as necessárias intervenções corretivas.

9 – NECESSIDADES FUTURAS

Existe grande dificuldade em prever as necessidades futuras de Anatomopatologistas, mesmo no âmbito restrito do S.N.S. Por um lado, não existem nem estudos nem dados estatísticos fiáveis que permitam avaliar a quantidade de trabalho diagnóstico global na área de Anatomia Patológica a nível nacional. Por outro lado, a evolução rápida do conhecimento médico e a necessidade do Anatomopatologista ser solicitado a avaliar a cada vez maior número de parâmetros em cada exame, implicando amostragens cada vez mais extensas e utilização cada vez mais generalizada de técnicas auxiliares de diagnóstico (por exemplo, Imuno-Histoquímica, Patologia Molecular e Análise de Imagem), nomeadamente na área da Oncologia, implicam um crescendo de complexidade na quantidade de trabalho que não se reflete necessariamente no número de análises realizadas, embora implique o dispêndio de cada vez mais tempo com cada análise. Sendo assim, é desejável promover grupos de trabalho para avaliar o impacto desta atividade dos Anatomopatologistas.

Apesar destas limitações é possível em termos locais estimar as necessidades de recursos humanos, usando como guia o modelo de avaliação de volume de trabalho incluído neste documento (Anexo 1). Este constitui, desde já, uma ferramenta de trabalho que auxilia na gestão dois recursos humanos mais qualificados num Serviço de Anatomia Patológica e que, se avaliado em todas as instituições hospitalares que compõem o S.N.S., permitirá obter uma imagem da situação atual, antever as necessidades a curto/médio prazo e desenhar as estratégias que permitam alcançar o almejado equilíbrio entre volume de trabalho e recursos humanos disponíveis para o executar.

Com base em alguns estudos internacionais é possível, contudo, realizar uma estimativa, que carece de validação prospetiva, das necessidades nacionais em Anatomopatologistas, tomando em linha de consideração a população base servida pelos mesmos. Um estudo norte-americano, realizado em 2010, estimou que nas duas décadas seguintes o número de Anatomopatologistas em equivalente de tempo completo/semana (40 horas) passaria de 5,7 /100.000 habitantes, para 3,7 /100.000 habitantes, sendo este decréscimo determinado pela aposentação e emigração de Anatomopatologistas, que não são compensadas pela formação e imigração [3]. Neste estudo estima-se a necessidade de 5.29 Anatomopatologistas/100.000 habitantes para 2030. Aplicando esta estimativa para Portugal, a necessidade atual e futura poderá ser na ordem dos 550 a 600 Anatomopatologistas em equivalente de tempo completo/semana (40 horas) para fazer face às necessidades de diagnóstico anátomo-patológico do país. É de realçar, contudo, que os números de avançados neste estudo não são diretamente aplicáveis à realidade portuguesa (nem europeia) dado que as metodologias de contabilização de quantificação de trabalho são bastante díspares entre os dois continentes (*i.e.*, considerando os países onde estas regras existem). Por outro lado, o número atrás estimado aplica-se à totalidade da

quantificação de trabalho diagnóstico nacional, seja pública, ou do sector privado e social. Acresce que neste modelo não estão, igualmente, contempladas as situações de pluriemprego, comuns em Portugal e raras nos Estados Unidos da América bem como em países europeus. Mesmo tomando em linha de conta todas as limitações atrás mencionadas, é claro o défice de Anatomopatologistas em Portugal, como se constata na maioria das instituições hospitalares do S.N.S., dado que em 2014 existiam 163 Anatomopatologistas ativos no sistema público, correspondendo a 139,3 equivalentes de tempo completo/semana (40 horas). O potencial de melhoria desta realidade advém do número de Médicos Internos (77 em 2014), que poderão contribuir para mitigar, ainda que parcialmente, a situação atual, porque é previsível a aposentação de 19 Patologistas nos próximos 5-10 anos e de 80 adicionais considerando um horizonte temporal de 10-15 anos. Sendo assim, deve necessariamente reforçar-se as capacidades formativas dos Serviços e dotá-los dos recursos humanos imprescindíveis para cumprir o amplo espectro de atividades crescentes e inerentes à Especialidade de Anatomia Patológica do S.N.S., no futuro próximo.

Neste contexto, há lugar, também, para a otimização dos recursos existentes, mediante, por exemplo, a utilização de forma sistemática e supervisionada de Técnicos Macroscopistas [*“Pathology Assistant”* (PA)], permitindo maior focalização dos Anatomopatologistas existentes nas áreas da observação microscópica e outras atividades de apoio clínico. No estudo norte-americano atrás mencionado, estima-se que nos Estados Unidos da América, em 2010, havia 1441 PA certificados e 3000 PA não-certificados. Dos inquéritos conduzidos em 2011, concluiu-se que um PA pode apoiar 3 a 6 patologistas, dependendo do tipo de Serviço de Anatomia Patológica. Estas necessidades podem ser facilmente avaliadas nas instituições hospitalares portuguesas, aplicando-se e aferindo-se as normas constantes do Anexo 1 que permitem quantificar, de forma separada, os tempos de trabalho alocados para a macroscopia e para a microscopia.

Tendo em conta a relevância desta matéria, propõe-se que com regulamentação específica e eficiente do Ministério da Saúde se estabeleça um grupo de trabalho (A.C.S.S.) que realize o levantamento exaustivo periódico e a aferição das necessidades objetivas de Anatomopatologistas em Portugal.

10 – RECOMENDAÇÕES

A implementação da RNEHR de Anatomia Patológica constitui um desafio significativo e cujo sucesso dependerá, em grande medida, da capacidade de dotar a estrutura existente dos recursos humanos e materiais necessários para dar resposta às necessidades emergentes dentro do S.N.S. no que respeita à quantidade e complexidade dos exames anatomopatológicos. Contudo, a sua concretização permitirá, seguramente, incrementar a qualidade geral do ato médico em Anatomia Patológica, com repercussões importantes na área clínica.

Baseado na análise dos dados disponíveis e na experiência dos elementos deste grupo de trabalho, foi elaborado um conjunto de recomendações quanto às medidas consideradas essenciais para a concretização do projeto de implementação da Rede:

1. **Caracterização aprofundada das capacidades de cada Serviço na atualidade:** a estimativa das necessidades de recursos humanos e materiais imprescindíveis à implementação da Rede de Referenciação requer, a muito curto prazo, uma avaliação extensa e aprofundada da situação atual de todos os Serviços de Anatomia Patológica em atividade, assim como das necessidades das unidades hospitalares que não dispõem, presentemente, de Serviço de Anatomia Patológica. A perceção da generalidade dos Anatomopatologistas que desenvolvem atividade no S.N.S. é de que os recursos humanos disponíveis para fazer face às necessidades sentidas diariamente é manifestamente insuficiente. Este problema tem sido mitigado em algumas instituições através da externalização de uma proporção variável do seu serviço diagnóstico e, em outras, através de uma sobrecarga crescente e, a curto/médio prazo, insustentável dos seus Médicos Especialistas. Neste cenário, qualquer tentativa de mobilizar serviço diagnóstico de instituições deficitárias em recursos humanos para outras instituições da Rede com o mesmo problema, poderá resultar num colapso global de um sistema cuja precariedade é notória para todos os intervenientes diretos. A transição para a implementação da Rede deverá necessariamente ser precedida de dotação dos recursos humanos e materiais que cada Serviço necessita para fazer face ao seu volume de trabalho diagnóstico, acrescido das necessidades estimadas decorrentes da referenciação via Rede. Merece-nos particular menção o caso dos Serviços de Anatomia Patológica atualmente em funcionamento e que não estão dotados do **número mínimo** de elementos necessários (isto é, 3 anatomopatologistas em equivalente de tempo completo). Nestas circunstâncias, e atendendo que o funcionamento de um Serviço em tais condições implica um incremento de risco da segurança do diagnóstico, deve a instituição hospitalar, em articulação com a Tutela, envidar todos os esforços para atingir os limites mínimos de segurança em termos do número de anatomopatologistas. Tal deverá ser precedido

de uma análise da quantificação de trabalho diagnóstico na instituição de forma a ser avaliada previamente a viabilidade de existência de um Serviço de Anatomia Patológica autónomo nessa instituição. Não se verificando uma quantificação considerada no valor mínimo de trabalho assistencial previamente definido (44 000 PD), é necessária uma resolução eficiente para a manutenção/existência desse Serviço, devendo a solução ser encontrada, preferencialmente, no âmbito da Rede.

2. **Definição da categoria de cada Serviço de Anatomia Patológica:** com base nas normas constantes deste documento e na avaliação das características de cada Serviço de Anatomia Patológica e respetiva instituição, deverá ser atribuída a categorização condizente (Tipo I, II ou III), permitindo desta forma o estabelecimento das parcerias de colaboração inter-institucionais.
3. **Estabelecimento dos modelos de comunicação entre as estruturas da Rede:** uma vez definida a hierarquia funcional da Rede e identificadas as necessidades de todos os elementos constituintes, será possível definir através de acordos de parceria o volume e extensão das colaborações a estabelecer. Neste ponto, existe espaço para inovação nos modelos de cooperação inter-institucional. A implementação e manutenção de uma estrutura laboratorial de Anatomia Patológica é um processo oneroso, cujos custos serão crescentes à medida que incrementam as exigências clínicas e o desenvolvimento dos processos de gestão de qualidade. Assim, poderá haver lugar à concentração das estruturas físicas e recursos humanos no Serviço recetor, sendo estabelecida a carta de serviços a assegurar à unidade que solicita a referência, na qual não se justificará a existência de um Serviço de Anatomia Patológica autónomo. Neste contexto, poderá ser mais favorável o estabelecimento de parcerias numa lógica regional, mas não devem ser descartadas outras opções se houver perspectiva da sua viabilidade. que Estas parcerias deverão ser estimuladas de modo a que se possam estender a outras áreas, nomeadamente a formação e a investigação científica e não apenas o serviço diagnóstico.
4. **Implementação de modelos formativos baseados nas capacidades da Rede:** uma vez estabelecida a Rede e sendo conhecidas as características e capacidades de cada Serviço, estarão reunidas as condições para que a programação da atividade formativa no âmbito do Internato Médico de Anatomia Patológica possa ser coordenado a nível regional. Para este objetivo será de extrema importância o envolvimento das estruturas de gestão dos internatos médicos a nível institucional e regional. A realização do programa de internato no âmbito regional poderá ser estimulador de maior mobilidade por parte dos futuros Médicos Especialistas bem como do funcionamento efetivo da Rede, constituindo um garante de que nenhum

Anatomopatologista estará privado de apoio à sua atividade, mesmo em instituições mais distantes dos grandes centros populacionais. Adicionalmente, os laços pessoais e profissionais desenvolvidos durante este processo serão também facilitadores de programas de desenvolvimento profissional contínuo, que poderão incluir períodos de permanência em Serviços de Tipologia superior, permitindo a atualização de conhecimentos e a manutenção da proficiência diagnóstica, para além de facilitar todos os processos de referenciação na Rede.

5. **Desenvolvimento dos programas de gestão da qualidade:** embora fundamental para a prossecução da política de qualidade, o desenvolvimento de programas de gestão da qualidade constitui um notável desafio, particularmente se considerada a implementação da norma NP EN ISO 15189. Neste sentido, a uniformização documental e de procedimentos no âmbito da Rede poderá contribuir significativamente para agilizar este processo.

6. **Auditoria do funcionamento e desenvolvimento da Rede de Referenciação:** à medida que a Rede de Referenciação for implementada, é imprescindível a monitorização deste processo, nomeadamente através de auditorias regulares que permitam aferir o seu grau de desenvolvimento e o impacto das medidas tomadas, de forma a implementar eventuais correções de não-conformidades. Atendendo à dinâmica que caracteriza os atuais sistemas de Saúde, a realização destes procedimentos de uma forma consistente permitirá, igualmente, conhecer num prazo relativamente curto os problemas e ameaças que venham a existir e, dessa forma, desenvolver as medidas necessárias à sua resolução eficiente. Finalmente, os resultados desta monitorização constituirão um elemento valioso para a tomada de decisões estratégicas relativamente à Especialidade Médica de Anatomia Patológica, evitando a gestão casuística, baseada em pressupostos erráticos e subjetivos, sem aderência à realidade concreta e verificável.

Pela análise do atrás exposto, torna-se claro que a concretização dos princípios que estão subjacentes à necessidade de uma Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação em Anatomia Patológica, bem como a sua implementação plena, não constituem metas de curto prazo, antes requerendo um trabalho continuado e consistente, apoiado na informação e sensibilização de todos os profissionais envolvidos e, de forma decisiva, no suporte e empenho estratégico do Ministério da Saúde.

11 – ANEXOS

11.1. ANEXO 1 - NORMAS PARA QUANTIFICAÇÃO DO TRABALHO (*WORKLOAD*) DESENVOLVIDO NOS SERVIÇOS DE ANATOMIA PATOLÓGICA

11.1.1. INTRODUÇÃO

No âmbito do processo de revisão da Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação em Anatomia Patológica (Despacho nº 6769-A/2015 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, publicado em DR, 2ª série – nº115 – 16 de Junho de 2015), foram elaboradas e aprovadas as seguintes normas para cálculo da quantificação de trabalho (*workload*) na Especialidade Médica de Anatomia Patológica. As mesmas estão baseadas na Tipologia dos Serviços de Anatomia Patológica de unidades hospitalares do Sistema Nacional de Saúde, de acordo com o definido no documento que suporta a Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação em Anatomia Patológica.

Estas normas foram inspiradas no modelo de avaliação do *workload* em Anatomia Patológica preconizado pelo *Royal College of Pathologists* [1] que considera a complexidade dos atos médicos diagnósticos em Anatomia Patológica. Dado que a generalidade dos Serviços de Anatomia Patológica em Portugal utiliza para a codificação dos seus procedimentos diagnósticos as normas da A.C.S.S. com gestão e disponibilização dos dados em suporte informático, esta constitui a base para o estabelecimento do esquema de quantificação de trabalho da atividade global do Departamento/Serviço (incluindo todos os grupos profissionais). É de sublinhar que o trabalho desenvolvido pelos Médicos da Especialidade de Anatomia Patológica, não se restringe à atividade diagnóstica e inclui a participação em consultas de grupo multidisciplinar, orientação de Médicos Internos, preparação de trabalhos e apresentações, atualização profissional, entre outras. Com as adaptações necessárias, os princípios e normas deste documento poderão ser aplicáveis ao exercício da atividade da Especialidade de Anatomia Patológica no sector privado, após decisão da Ordem dos Médicos.

Este documento proporciona aos Serviços e Laboratórios uma ferramenta de avaliação da quantificação de trabalho assistencial no seu conjunto e em cada uma das suas vertentes, permitindo definir os recursos humanos necessários para a realização das atividades próprias do anatomopatologista, com a qualidade e a segurança adequadas, bem como a distribuição adequada de trabalho entre os diversos Médicos Especialistas, em função do respetivo horário de trabalho e atividades adicionais previstas.

11.1.2. PRINCÍPIOS GERAIS

11.1.2.1. Distribuição do tempo dedicado às atividades profissionais

O sistema proposto parte de uma base de análise de tempo despendido na realização das atividades profissionais (**AP**), nas quais são consideradas as seguintes modalidades:

- Atividades de diagnóstico e apoio clínico (**ADAC**), que incluem a realização de procedimentos diagnósticos em Anatomia Patológica em sentido lato e a participação em grupos multidisciplinares (por exemplo consulta de grupo multidisciplinar)
- Atividades de formação e de investigação (**AFI**), que incluem a autoformação/atualização profissional, a formação de Médicos (nomeadamente Internos) e outros profissionais de saúde, e o desenvolvimento de atividades de investigação estruturadas e documentadas.
- Atividades de gestão (**AG**), que incluem a vertente de Direção de Departamento/Serviço/Divisão/Unidade laboratorial, e a participação em eventos relacionados com gestão em sentido lato (por exemplo, reuniões de serviço de carácter administrativo e atividades de auditoria clínica)
- Atividades profissionais adicionais (**APA**), que correspondem a participação em estruturas de gestão institucional e/ou extrainstitucional, a participação em comissões profissionais, por exemplo, que impliquem alocação oficial de tempo dedicado no horário de trabalho por Médicos Especialistas no desempenho de funções públicas ou em associações profissionais para as quais foram designados.

O peso de cada uma destas atividades no horário de trabalho de cada Médico Especialista é determinada como percentagem, dependendo das suas funções no Serviço, na unidade hospitalar e/ou outras estruturas internas ou externas, bem como da Tipologia da unidade hospitalar na qual esse Serviço está inserido, de acordo com a seguinte Tabela:

Tabela 2: Distribuição percentual genérica das AP, de acordo com a Tipologia do Serviço

Categoria de unidade hospitalar	TIPO I	TIPO II	TIPO III
Atividades de diagnóstico e apoio clínico (ADAC)	90%	85%	80%
Atividades de formação e de investigação (AFI)*	5-12,5%	5-12,5%	5-12,5%
Atividades de gestão (AG)	5%	5%	7,5%
Atividades profissionais adicionais (APA)	n.a.	n.a.	n.a.

n.a., não aplicável (as APA correspondem a períodos de horário de trabalho definidos, os quais devem ser subtraídos ao horário principal para se aplicar a percentagem das demais atividades profissionais)

*A percentagem base é de 5%, sendo esta majorada em função do número de Médicos Internos de Anatomia Patológica em formação: até 3 Médicos Internos: 2,5%; 4 a 6 Médicos Internos: 5%; 7 ou mais Médicos Internos: 7,5%

Tipicamente, esta distribuição incide sobre o horário praticado pelo Médico Especialista, exceto se houver disposições contratuais diferentes (por exemplo, contratualização exclusivamente de ADAC em regime de tarefa ou outro), permitindo ajustar as AP de acordo com os horários em vigor no S.N.S. (35 horas, 40 horas, 42 horas, entre outros).

Nas situações em que os profissionais desempenhem funções de Direção de Departamento/Serviço, esta distribuição deverá ser realizada de acordo com a seguinte Tabela:

Tabela 3: Distribuição percentual das AP para profissionais com funções de Direção de Departamento/Serviço, de acordo com a Tipologia do Serviço

Categoria de unidade hospitalar	TIPO I	TIPO II	TIPO III
Atividades de diagnóstico e apoio clínico (ADAC)	Até 75%	Até 72,5%	Até 60%
Atividades de formação e de investigação (AFI)*	7,5-15%	7,5-15%	7,5-15%
Atividades de gestão (AG)	17,5%	20%	25%
Atividades profissionais adicionais (APA)	n.a.	n.a.	n.a.

n.a., não aplicável (as APA correspondem a períodos de horário de trabalho definidos, os quais devem ser subtraídos ao horário principal para se aplicar a percentagem das demais atividades profissionais)

*A percentagem base é de 5%, sendo esta majorada em função do número de Médicos Internos de Anatomia Patológica em formação: até 3 Médicos Internos: 2,5%; 4 a 6 Médicos Internos: 5%; 7 ou mais Médicos Internos: 7,5%

Os profissionais que desempenhem funções de gestão de Divisão/Unidade laboratorial deverão ter uma majoração de 2,5% (Serviços de Tipo I e II) ou 5% (Serviços de Tipo III) nas AG, com minoração equivalente nas ADAC.

Os profissionais que desempenhem funções efetivas de carácter docente/formativo em instituições hospitalares integradas em Centros Académicos-Clínicos deverão ter uma majoração de até 5%, repartida entre AFI e AG, com minoração equivalente nas ADAC, em função do seu grau de envolvimento nessas atividades.

11.1.2.2. Estimativa da quantificação anual de trabalho individual nas atividades de diagnóstico e apoio clínico

A estimativa da quantificação anual expectável de ADAC de cada Médico Especialista deve ser realizada com base em 215 dias úteis (corresponde à subtração dos dias de fim de semana, feriados, tolerâncias de ponto usuais, dias de férias e dias legalmente atribuídos a formação profissional). Assim, o número de pontos expectável para as ADAC pode ser obtido através da fórmula:

Número de pontos diagnósticos = 10PD x HrsD x 215 dias x %ADAC

10PD – número de pontos diagnósticos atribuído a 1 hora de trabalho (ver secção da ponderação dos atos diagnósticos)

HrsD – número médio de horas de trabalho diárias (número de horas semanais / 5 dias)

%ADAC – percentagem de ADAC de acordo com a Tabela 2 ou a Tabela 3

Exemplo #1: para um Médico Especialista, sem funções de Direção, a desempenhar funções num Serviço de Tipo II, em horário de 40 horas semanais, o cálculo resultante é: 10PD x 8hrs x 215 dias x 0,85 = 14.620 PD

Exemplo #2: para um Médico Especialista, com funções de direção de Serviço, a desempenhar funções num Serviço de Tipo III, em horário de 35 horas semanais, o cálculo resultante é: 10PD x 7hrs x 215 dias x 0,60 = 9.030 PD

O valor obtido deverá servir como referência à quantificação de trabalho diagnóstico anual a atribuir ao Médico Especialista. Para efeitos de monitorização periódica, deverá ser realizado um cálculo da quantificação de trabalho efetivamente prestado numa base bimestral ou trimestral (*vide* secção correspondente), para aferir a estimativa para o mesmo período (esta pode ser obtida substituindo na fórmula os 215 dias pelo número de dias úteis de trabalho efetivamente prestados no período do cálculo). Para efeitos do cálculo do trabalho prestado, apenas devem ser considerados os atos diagnósticos realizados no horário de trabalho normal, *i.e.*, têm de ser excluídos os atos realizados como trabalho extra, com pagamento suplementar (*por exemplo*, programas de recuperação de listas de espera cirúrgicas nos quais o trabalho realizado pelo Médico Especialista em Anatomia Patológica é remunerado supletivamente).

11.1.2.3. Estimativa da capacidade anual de trabalho departamental nas atividades de diagnóstico e apoio clínico

A capacidade anual de trabalho nas ADAC estimada para um determinado Departamento/Serviço (expressa em pontos de diagnóstico), resulta do somatório das capacidades anuais de trabalho de cada um dos Médicos Especialistas, estimadas pela fórmula descrita no ponto anterior. A determinação da capacidade anual serve de termo comparativo do volume de ADAC efetivamente realizado num ano completo, permitindo determinar qual a situação do Departamento/Serviço, no que concerne à adequação dos recursos humanos existentes (ver secções seguintes).

11.1.2.4. Situações especiais

Profissionais em regime de tempo parcial ou situações contratuais específicas

No caso de profissionais em regimes de tempo parcial, poderão ser aplicadas percentagens diferentes das AP, desde alocação completa a uma delas [por exemplo, ADAC para Médicos Especialistas em regime de tarefa] ou a um número variável das mesmas (por exemplo, AG e AFI a Médicos Especialistas com funções de Direção de Departamento/ Serviço, cujo horário efetivo seja igual ou inferior a 40% ETC (equivalente de tempo completo, i.e., 40 horas semanais).

Igualmente devem ser consideradas as situações de Médicos Especialistas com situações contratuais específicas que poderão ter alocações de AP distintas, as quais deverão ser consideradas na estimativa da quantificação de trabalho individual e no seu contributo para a capacidade anual de trabalho do Departamento/Serviço.

Departamentos/Serviços com escala sistematizada de apoio permanente ao Bloco Operatório

Dependendo da sua natureza e da organização da unidade hospitalar, poderão existir Departamentos/Serviços com escala de apoio ao Bloco Operatório, nomeadamente para realização de exames per-operatórios. Sempre que essa escala seja de carácter diário e permanente [i.e., implique disponibilidade permanente durante o período de trabalho (tipicamente 8 horas) para realização desse apoio e supervisão do registo macroscópico dos espécimes cirúrgicos recebidos nesse dia], com definição explícita na escala do(s) Médico(s) Especialista(s) destacados, tal deverá ser tomado em consideração no cálculo da quantificação de trabalho, quer individual, quer do Departamento/Serviço.

No caso do volume de trabalho individual, o número de dias nos quais o Médico Especialista esteve escalado para apoio ao Bloco Operatório nas condições citadas será subtraído aos 215 dias úteis na fórmula de cálculo anteriormente apresentada. Desta forma, é reconhecida explicitamente a situação de disponibilidade permanente durante esses períodos de trabalho diário. Este valor (em dias) deverá ser ajustado também no cálculo dos pontos a subtrair ao valor final apurado, caso sejam consideradas as horas despendidas nesta atividade (com a equivalência de 1 hora a 10PD).

Exemplo #3: para um Médico Especialista, sem funções de Direção, a desempenhar funções num Serviço de Tipo II, em horário de 40 horas semanais, escalado para apoio ao Bloco Operatório num total de 30 dias por ano, o cálculo resultante é: $10PD \times 8hrs \times (215-30) \text{ dias} \times 0,85 = 12.580 \text{ PD}$

No caso da quantificação de trabalho do Departamento/Serviço, deverá ser considerado o número de dias ou horas despendidas nesta atividade, caso o somatório utilizado para o cálculo não inclua a correção do volume por Médico Especialista. Nesta situação, deverá ser considerado um número de dias úteis de trabalho anual de 240 (correspondente à subtração dos dias de fim de semana, feriados, tolerâncias de ponto usuais, entre outros aplicáveis), multiplicados pelo número de horas de apoio diário e por 10PD.

Internato Médico

Atendendo às características da atividade desenvolvida pelos Médicos Internos de Anatomia Patológica, a qual requer supervisão de Médicos Especialistas, bem como à alocação de tempo para AFI, o impacto da existência de Médicos Internos é neutro no cálculo da quantificação de trabalho, quer individual, quer do Departamento/Serviço, em linha com a opinião do RCP.

11.1.3. PONDERAÇÃO DOS ATOS DIAGNÓSTICOS EM ANATOMIA PATOLÓGICA

Em termos práticos, a quantificação de trabalho alocado a AP resulta do tempo de trabalho contratualizado e da sua percentagem, de acordo com os princípios atrás enunciados. Assim, o parâmetro tempo é o determinante para o cálculo da quantificação de trabalho e entre os parâmetros que determinam o tempo despendido num ato médico diagnóstico em Anatomia Patológica salienta-se o nível de complexidade do mesmo. Este princípio está refletido diretamente na Tabela de Anatomia Patológica da A.C.S.S., que determina o valor de cada ato de diagnóstico codificado de acordo com a Tabela de Anatomia Patológica. Partindo desta referência e da definição de 10PD por hora de trabalho (ver Tabela 4), foi atribuído a cada código da Tabela uma pontuação total, que resulta da soma da pontuação atribuída aos respetivos exame macroscópico e/ou ao exame microscópico (Tabela 5). Para este cálculo apenas é considerado o conjunto de procedimentos com intervenção direta de Médico Especialista em Anatomia Patológica (Tabela 6)

A discriminação entre exame macroscópico e exame microscópico permite incorporar neste sistema as situações nas quais Médicos Internos e/ou Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica com formação adequada, realizam procedimentos de macroscopia. Nestas situações, o valor da pontuação referente a exame macroscópico que deve ser considerado para efeitos de contabilização de volume de trabalho para um Médico Especialista corresponde a 10% da pontuação total prevista na Tabela 5.

No que respeita a outras ADAC (*por exemplo* consulta de grupo multidisciplinar), a contabilização é direta, com a equivalência já citada entre tempo e pontuação (Tabela 4).

11.1.3.1. Situações particulares e específicas

Participação de mais que um Médico Especialista na resolução de um exame anátomo-patológico

Nas circunstâncias que impliquem a participação de mais que um Médico Especialista na resolução de um exame anátomo-patológico, geralmente na avaliação microscópica, eventualmente com técnicas especiais, ao primeiro signatário do exame (em regra responsável pela verificação e estudo inicial e posteriormente pelos processos administrativos de verificação final e validação) é atribuída a totalidade da pontuação de exame microscópico, sendo a pontuação de cada um dos restantes intervenientes correspondente a 80% deste valor.

Citologia ginecológica

Quando num Serviço de Anatomia Patológica a atividade de *screening* de citologia ginecológica for essencialmente realizado por Técnicos com competência reconhecida pela Direção do Departamento/Serviço (“citotécnicos”), apenas 10% da pontuação atribuída a esses exames será contabilizado para a avaliação da quantificação de trabalho individual do Médico Especialista responsável pela validação desses exames (esta percentagem incorpora normas de revisão consensuais de monitorização por Médico Especialista); no entanto, quando a atividade de *screening* for exclusivamente realizada por Médico Especialista, ser-lhe-á atribuída a totalidade da pontuação.

Exames extemporâneos/per-operatórios

Nas situações em que exista escala de apoio ao Bloco Operatório para realização de exames extemporâneos/per-operatórios (conforme descrito na secção prévia, no ponto 11.1.2.4. Departamentos/Serviços com escala sistematizada de apoio permanente ao Bloco Operatório), não serão contabilizados estes exames para efeitos de cálculo da quantificação de trabalho individual nem do Departamento/Serviço, pois a situação descrita supõe uma forma distinta de realizar esta contabilização, conforme anteriormente explicitado. Caso não exista essa escala, nas condições atrás descritas, a contabilização do volume de trabalho dos exames extemporâneos/per-operatórios será realizada de acordo com o constante na Tabela 5, sendo que em regra quer a macroscopia quer a microscopia devem ser contabilizadas conjuntamente.

Exames de consulta

No caso de exames de consulta (distinto de exame de 2ª observação, conforme a Tabela de Anatomia Patológica), estes deverão ser contabilizados para a quantificação de trabalho individual e do Departamento/Serviço sempre que forem registados e rastreáveis no sistema informático do Serviço. Nestas situações, será atribuída uma pontuação equivalente ao código 31230 da Tabela (9 pontos) ou código 30730 da Tabela (8 pontos).

Exames especiais de imunocito(histo)química, imunofluorescência, imunoquímica em microscopia eletrónica

A utilização de exames especiais de imunocito(histo)química e imunofluorescência, constitui parte das boas práticas do ato diagnóstico necessário à elaboração de um relatório anátomo-patológico, de acordo com o estado da arte e das dúvidas que os mesmos permitam esclarecer [*por exemplo*, anticorpos necessários ao estabelecimento de um diagnóstico de linfoma, anticorpos necessários ao diagnóstico de um tumor das partes moles, biomarcadores de rotina no cancro da mama (RE, RP, HER2 e Ki67) ou outros utilizados no esclarecimento da natureza de uma neoplasia mamária (*por exemplo*, calponina, CD10 e p63), anticorpos utilizados por rotina na avaliação da biopsia renal nefrológica, entre outros]. Neste contexto, a pontuação de trabalho mencionada na Tabela 6 para estes exames especiais não é contabilizada para o volume de trabalho individual (o que não invalida a utilização deste código para efeitos de faturação, tal como previsto nas normas de aplicação da Tabela).

A contabilização dos exames especiais de imunocito(histo)química, imunofluorescência, imunoquímica em microscopia eletrónica para efeitos de cálculo da quantificação de trabalho individual apenas se aplica em situações restritas à pesquisa de biomarcadores adicionais ao exame original por solicitação clínica (*por exemplo*, determinação de HER2 em biopsia gástrica ou peça cirúrgica, nas situações em que esta avaliação não constitua rotina estabelecida mas seja o resultado de solicitação clínica ponderada em função das condições do paciente) e até um máximo de 4 anticorpos.

Tabela 4: Pontuação atribuída em função de tempo de trabalho (pontos diagnósticos, PD)

1 ponto	2 pontos	3 pontos	4 pontos	5 pontos	6 pontos	7 pontos	8 pontos	9 pontos	10 pontos
6 mins.	12 mins.	18 mins.	24 mins.	30 mins.	36 mins.	42 mins.	48 mins.	54 mins.	1 hr.
15 pontos	20 pontos	25 pontos	30 pontos	40 pontos	50 pontos	60 pontos	70 pontos		
1hr.30 mins.	2hrs.	2hrs.30mins	3 hrs.	4 hrs.	5 hrs.	6 hrs.	7 hrs.		

Tabela 5: Âmbito do exame macroscópico e do exame microscópico*

Tipo de exame	Definição do âmbito
Macroscópico	Verificação de conformidade do espécime, descrição do aspeto macroscópico, fotografia (sempre que aplicável), dissecação e seleção de fragmentos para processamento. No caso da autópsia, inclui, também todo o procedimento de abertura e evisceração.
Microscópico	Verificação de conformidade entre as lâminas disponibilizadas e a requisição de exame, observação de lâminas com coloração de rotina, colorações especiais, imuno-histoquímica, imunofluorescência ou hibridação <i>in situ</i> , organização e escrita ou ditado do relatório, bem como a respetiva codificação, faturação, verificação e validação

*adaptado de *Guidelines on staffing and workload for histopathology and cytopathology departments (3rd edition)*, April 2012

11.1.4. PROCEDIMENTOS A ADOTAR EM SITUAÇÕES DE QUANTIFICAÇÃO DE TRABALHO QUE EXCEDA OS VALORES RECOMENDADOS

A adoção das presentes normas permitirá avaliar a quantificação de trabalho diagnóstico em termos individuais e do Departamento/Serviço e, nessa sequência, poderão ser identificadas e devidamente quantificadas situações em que a quantificação de trabalho diagnóstico exceda o recomendado. Esta avaliação deve ser feita anualmente e monitorizada, pelo menos, semestralmente. Salvo situações motivos de força maior, a implementação de procedimentos de correção de trabalho excessivo deve ocorrer, apenas, após análise de um ano civil completo e na ausência de perspetivas ou indicações de se tratar de uma situação transitória / episódica. Nessas circunstâncias, deverá ser adotado um conjunto de procedimentos que permitam a correção desta situação, no prazo mais curto possível. Contudo, algumas das medidas preconizadas poderão também ser aplicadas em situações nas quais a quantificação de trabalho excessivo se verifica episodicamente, como tentativa de resposta de curto prazo a uma situação que se prevê limitada no tempo.

Havendo verificação da consistência e potencial persistência da situação de quantificação de trabalho excessivo no Departamento/Serviço deverão ser implementadas as seguintes medidas:

1. O Diretor / responsável do Serviço deverá comunicar superiormente, de forma documentada, a situação de quantificação de trabalho excessivo e informar sobre os potenciais efeitos nefastos da situação, nomeadamente no incremento da probabilidade de erros de diagnóstico, com eventual efeito deletério nos pacientes, para além do impacto negativo sobre os profissionais com aumento do risco de *“burnout”*.
2. Deve ser elaborado e enviado para apreciação superior, um plano corretivo, que inclua a identificação das necessidades de recursos humanos especializados para fazer face à situação e propostas para a forma de os recrutar.
3. Deverá ser elaborado e proposto um plano de contingência, com medidas que tenham por finalidade atenuar os potenciais efeitos negativos a curto prazo, as quais podem incluir:

- a. Adequação dos tempos de resposta diagnóstica, com estabelecimento de prioridades em função da gravidade clínica das situações.
 - b. Reajustamento da distribuição de funções diagnósticas com alocação preferencial dos Médicos Especialistas para as atividades de microscopia definidas na Tabela 5.
 - c. Contratualização da realização de trabalho diagnóstico extra com remuneração acrescida.
 - d. Ajustamento, temporário, da percentagem de tempo alocado a ADAC.
 - e. Externalização parcial do trabalho diagnóstico, seletiva, com priorização da resolução no próprio Serviço dos casos com maior gravidade clínica, dos que requeiram maior necessidade de correlação anátomo-clínica e dos de maior complexidade, em particular nos Serviços com idoneidade formativa reconhecida. Esta externalização deverá tomar em linha de consideração as recomendações constantes no documento da estrutura da Rede de Referenciação.
4. Os responsáveis institucionais deverão informar a Tutela da situação comunicada pelo Serviço de Anatomia Patológica, bem como dos planos de correção e de contingência, diligenciando no sentido de obter o apoio Ministerial para a implementação das medidas propostas, em particular as necessidades de recrutamento de Médicos Especialistas.
 5. Deverá ser realizada a monitorização da situação, através de relatórios de acompanhamento, no mínimo semestrais, de forma a verificar a eficácia das medidas implementadas e, em caso de necessidade, proceder a ajustamentos.

Tabela 6: Pontuação dos atos diagnósticos em Anatomia Patológica (base: Tabela da A.C.S.S., I.P.)

Código	Designação	Macro	Micro	Total
	Para aplicação desta tabela deve ser consultada a Circular Normativa da A.C.S.S. em vigor.			
	Diagnóstico por Autópsia			
30000	Autópsia	30	30	60
30015	Autópsia de feto com mais de 11 semanas, nado morto, recém-nascido ou lactente	20	30	50
30020	Autópsia limitada, regional ou só de um órgão	10	10	20
30040	Autópsia de alto risco de contaminação biológica	40	30	70
30045	Autópsia de alto risco de contaminação biológica, limitada, regional ou só de um órgão	15	10	25
30490	Colheita por agulha com exame citológico ou histológico, cada amostra (máximo três amostras)	2	4	6
	Diagnóstico por Citopatologia			
30510	Exame citológico cervico-vaginal*	0	3	3
30517	Exame de citologia esfoliativa não cervico-vaginal	0	3	3
30597	Aspiração com agulha fina guiada por palpação com preparação de esfregaços e exame citológico do produto obtido	0	9	9
30598	Aspiração com agulha fina guiada por imagiologia, com preparação de esfregaços e exame citológico do produto obtido (inclui o controlo imagiológico)	0	9	9
30615	Apoio técnico à aspiração com agulha fina	-	-	-
30630	Processamento e exame citológico de aspirado de agulha fina	0	5	5
30650	Exame citológico cervico-vaginal com processamento automatizado em camada fina*	0	3	3
30677	Exame citológico não cervico-vaginal, com processamento automatizado em camada fina	0	3	3
30697	Exame citológico extemporâneo	0	3	3
30710	Observação e relatório de material citológico preparado noutro serviço ou laboratório (inclui segunda observação)	0	4	4
30730	Consulta e relatório de material citológico preparado noutro serviço ou laboratório (segunda opinião)	0	8	8
	Diagnóstico por Histopatologia			
31016	Exame histológico de produto de biópsia, por agulha, pinça ou similar	0	4	4
31017	Exame histológico de produto de biópsia, por agulha, pinça ou similar, complexa	0	8	8
31037	Exame histológico, fragmentos de biópsia com processamento rápido (biópsia de transplante com tempo de resposta até 2 horas)	0	3	3
31057	Exame macroscópico e histológico de produto de biópsia incisional ou excisional, raspagem, curetagem ou de eliminação espontânea	2	5	7
31077	Exame macroscópico e histológico de peça de ressecção cirúrgica ou de feto com 11 semanas ou menos	5	7	12
31097	Exame macroscópico e histológico de peça de ressecção cirúrgica com dissecação ganglionar e/ou avaliação da margem circunferencial e/ou mapeamento	10	10	20
31107	Exame extemporâneo	2	2	4
31210	Observação e relatório de material histológico preparado noutro serviço ou laboratório (aplica-se a exames externalizados)	0	6	6
31230	Consulta e relatório de material histológico preparado noutro serviço ou laboratório (inclui segunda observação e segunda opinião)	0	9	9
31241	Colheita por microbiópsia, guiada por palpação	4	0	4
31242	Colheita por microbiópsia, guiada por método imagiológico (inclui o controlo imagiológico)	4	0	4

Exames Especiais				
31500	Exame com lupa de dissecação	0	2	2
31510	Dissociação de fibras para estudo de nervo periférico	0	3	3
31550	Histoquímica para identificação de constituintes enzimáticos, cada lâmina	0	2	2
31551	Processamento laboratorial para histoquímica para identificação de constituintes enzimáticos, cada lâmina	0	1	1
31565	Imunocito(histo)química, cada lâmina**	0	2	2
31566	Processamento laboratorial para imunocito(histo)química, cada lâmina	0	1	1
31567	Imunofluorescência, cada lâmina**	0	2	2
31568	Processamento laboratorial para imunofluorescência, cada lâmina	0	1	1
31590	Exame por microscopia eletrónica	0	10	10
31600	Exame de imunoquímica em microscopia eletrónica, cada grelha**	0	3	3
31605	Estudo com inclusão em parafina de material citológico (citobloco)	0	1	1
31607	Processamento automatizado em camada fina de produto ginecológico, com coloração, cada amostra	-	-	-
31608	Processamento automatizado em camada fina de produto não ginecológico, com coloração, cada amostra	-	-	-
31610	Estudo com inclusão em plástico e cortes semi-finos	0	2	2
31611	Processamento laboratorial para estudo com inclusão em plástico e cortes semi-finos	0	1	1
31613	Pesquisa de vírus em fluidos por microscopia eletrónica, com coloração negativa	0	5	5
31620	Estudo histológico de osso não descalcificado com inclusão em plástico e avaliação morfométrica ou por imunofluorescência da tetraciclina	0	8	8
31621	Processamento laboratorial para estudo histológico de osso não descalcificado com inclusão em plástico e avaliação morfométrica ou por imunofluorescência da tetraciclina	0	1	1
31651	Colheita para criopreservação de tecidos e tumores, por amostra (1)	2	2	4
31652	Manutenção de tecidos e tumores criopreservados, por amostra, por ano (1)	0	0	0
31700	Determinação da ploidia e fração de células em fase S	0	4	4
31710	Deteção de DNA/RNA por hibridação in situ, por sonda	0	4	4
31720	Deteção de DNA/RNA por hibridação in situ fluorescente, por sonda	0	4	4
31725	Exame de hibridação in situ, com FISH, em lavados vesicais ou urina, conjunto de 4 sondas	0	4	4
31730	Pesquisa de DNA por PCR, cada PCR	0	5	5
31740	Pesquisa de DNA por PCR in situ, cada PCR	0	5	5
31750	Tipagem de genótipos de DNA/RNA por captação híbrida, por sonda	0	1	1
31760	Genotipagem de HPV por métodos de PCR	0	1	1
31770	Estudo molecular para pesquisa de metástase (gânglio sentinela/outra topografia), cada sonda/amostra	0	3	3
31775	Preparação de material para estudos de biologia molecular, a realizar noutro serviço ou instituição	0	1	1

(1) Aplicável nos Serviços que cumpram os requisitos mínimos para o estabelecimento de Bancos de Tumores, aprovados pelas entidades competentes.

* Se o *screening* da citologia ginecológica for realizado preferencialmente por "citotécnicos", apenas 10% da pontuação atribuída a esses exames será contabilizado para a avaliação da quantificação de trabalho individual.

** Aplicável em termos quantificação de trabalho individual de Médicos Especialistas, à pesquisa de biomarcadores adicionais aos realizados na rotina de boa prática, por solicitação clínica até um máximo de 4 (*vide* normas definidas no documento).

11.2. ANEXO 2 - POLÍTICA DA QUALIDADE E SISTEMAS DE GESTÃO DA QUALIDADE

A implementação de um sistema de gestão de qualidade requer o compromisso da direção do Serviço, o qual se reflete nas políticas de qualidade do Serviço de Anatomia Patológica, cujo conteúdo se deve ajustar às características e necessidades específicas de cada Serviço. Com o intuito desejável de garantir o cumprimento da norma NP EN ISO 15189, este deve incluir, no mínimo:

- Descrição dos serviços proporcionados e das atividades realizadas;
- Declaração sobre o nível de serviço proporcionado;
- Objetivos gerais do sistema de gestão de qualidade;
- Conhecimento por parte de todo o pessoal da documentação do sistema de gestão de qualidade, assim como da sua implementação no trabalho diário;
- Compromisso do Serviço com a boa prática profissional, qualidade dos processos e cumprimento do sistema de gestão de qualidade;
- Declaração do cumprimento dos requisitos da norma NP EN ISO 15189.

11.2.1. OBJETIVOS DA POLÍTICA DE QUALIDADE E SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Com base nos objetivos gerais definidos na política de qualidade, devem estabelecer-se as metas a alcançar, com uma periodicidade determinada, geralmente de um ano. Estes objetivos podem ser emanados da Administração e marcam as linhas diretrizes sobre as quais o Serviço pode alinhar os seus próprios objetivos específicos. Além dos objetivos devem definir-se as, ações a realizar para os atingir. Os objetivos devem ser concretos e mensuráveis, para que se possa dispor de informação acerca do seu grau de cumprimento. Para facilitar a medida do grau de cumprimento dos objetivos podem estabelecer-se indicadores. Os objetivos devem ser implantados nas funções próprias do Serviço, ou seja a realização e a avaliação dos objetivos devem ser atribuídos aos colaboradores com perfil apropriado, em função de cada tipo de objetivo. Deve ser realizada uma monitorização periódica dos objetivos, com vista a detetar possíveis incumprimentos e, caso seja necessário, reformulá-los ou estabelecer novas ações. Todas as atividades indicadas (planificação, seguimento e avaliação dos objetivos) devem ser registadas.

11.2.2. ESTRUTURA DOCUMENTAL DO SISTEMA DE GESTÃO DE QUALIDADE

A necessidade de definir e divulgar clara e inequivocamente a política e os objetivos de qualidade do Serviço, assim como a disponibilidade de procedimentos de atuação standardizados, determinam que o sistema de qualidade deva estar estabelecido documentalmente.

Tipos de documentos

Cada Serviço deverá desenhar a estrutura e o tipo de documentos que melhor se adaptem às suas características. Os documentos que devem integrar um sistema de qualidade incluem:

- **Manual de qualidade:** documento principal para definir o sistema de gestão de qualidade: descreve as responsabilidades da direção e a estrutura geral do sistema de qualidade, nas suas secções sobre política e objetivos em matéria de qualidade, assim como outros capítulos importantes como a descrição de funções e de responsabilidade, ou a estrutura organizativa, entre outros.
- **Procedimentos:** descrevem não só as diferentes atividades realizadas em cada área do Serviço, como também os critérios para a sua execução, a documentação empregue, as responsabilidades de cada pessoa nestes processos, os recursos disponíveis, etc. Seguem-se alguns exemplos:
 - Procedimento para a gestão e formação do pessoal;
 - Procedimento para a gestão de incidentes e não-conformidades;
 - Procedimento para a realização de auditorias internas;
- **Modelos:** formulários desenhados para registar a informação;
- **Registos:** documentos em que se descrevem as ações realizadas; uma vez concluídos mostram a evidência de uma atividade realizada num determinado momento;
- **Documentação externa:** documentos não gerados no Serviço, mas que devem estar disponíveis (e.g., disposições legais em vigor).

11.2.3. CARTEIRA DE SERVIÇOS E ACORDOS

Deve incluir a relação das técnicas e procedimentos para a realização de diagnósticos, para dar conhecimento aos requisitantes. Deve estar permanentemente atualizada assegurando que:

- Os requisitos, incluindo os métodos a utilizar, estejam adequadamente definidos e documentados;
- O Serviço possui capacidade para cumprir os requisitos.

Os procedimentos apropriados selecionados têm de ser capazes de cumprir os requisitos e as necessidades clínicas.

11.2.4. SERVIÇOS DIAGNÓSTICOS REALIZADOS POR UNIDADES EXTERNAS

Referem-se a circunstâncias especiais em que o Serviço tem que subcontratar atividades diagnósticas. Nestes casos, a entidade subcontratada deve garantir a mesma competência técnica e qualidade do Serviço contratante.

11.2.5. SERVIÇOS EXTERNOS E DE ABASTECIMENTO

- **Processo de compras:** deve ser gerido com base nas previsões da atividade e das necessidades de reposição. O Serviço deve efetuar o controlo do inventário dos materiais adquiridos.
- **Seleção e avaliação dos fornecedores:** todos os fornecedores de materiais e serviços que possam influenciar a qualidade das atividades do Serviço devem ser selecionados e avaliados, com o fim de determinar a sua aptidão para satisfazer os requisitos exigidos.

11.2.6. ACONSELHAMENTO AOS SERVIÇOS REQUISITANTES

Diz respeito a características específicas do diagnóstico, incluindo: frequência de repetição, tipo de amostra pedida, etc. Devem organizar-se periodicamente reuniões com os requisitantes a este respeito e registar as conclusões numa ata.

11.2.7. GESTÃO DE RECLAMAÇÕES

Solução para as queixas recebidas (de médicos ou de utentes).

11.2.8. GESTÃO DE INCIDENTES E NÃO-CONFORMIDADES

Ações corretivas e preventivas.

11.2.9. MELHORIA CONTÍNUA

O sistema de gestão de qualidade proporciona diferentes ferramentas para a melhoria contínua das suas atividades, nomeadamente:

- Políticas de qualidade;
- Objetivos da qualidade;
- Resultados das auditorias de qualidade;
- Análise de dados;

- Ações corretivas e preventivas;
- Revisão pela Direção de Serviço.

11.2.10. MEDIDA DA SATISFAÇÃO.

Questionários de avaliação do grau de satisfação de requisitantes e de doentes. Devem ser emitidos com uma periodicidade determinada (periodicidade de referência: anual) e definirem-se os critérios de amostragem. Posteriormente, na revisão anual do sistema de gestão de qualidade, realizada pela Direção de Serviço, deve efetuar-se a avaliação dos resultados.

11.2.11. MEDIDA DOS PROCESSOS

- **Processos chave:** afetam de forma direta a qualidade física e a conformidade dos resultados (registo de amostras, microtomia, coloração básica, técnicas complementares).
- **Processos de suporte:** afetam de maneira indireta a qualidade e conformidade dos resultados, mas não são necessários, nem indispensáveis para o correto funcionamento do sistema de gestão de qualidade (gestão de não-conformidades, de compras, de equipamentos).
- **Processos estratégicos:** englobam de maneira genérica e fundamentalmente a nível diretivo, aspetos de qualidade e organização (plano estratégico, política de recursos humanos, revisão anual do sistema).

Com o objetivo de assegurar o correto funcionamento destes processos devem:

- Acompanhar, periodicamente, o seguimento dos indicadores definidos;
- Realizar-se, anualmente, auditorias internas, que incluam a revisão de todos os processos;
- Efetuar-se controlos periódicos dos processos diagnósticos através de duplicados, repetições e controlos externos de qualidade.

11.2.12. AUDITORIAS INTERNAS

Realizam-se com o fim de avaliar o cumprimento dos requisitos estabelecidos no sistema de gestão de qualidade, para verificar o cumprimento da norma NP EN ISO 15189:2012, os próprios documentos e procedimentos, os requisitos legais, e os clientes, assim como outros que se possam relacionar com o sistema de gestão de qualidade.

As auditorias internas devem realizar-se com uma periodicidade mínima anual, com base num programa elaborado pelo responsável da qualidade.

11.2.13. REVISÃO DO SISTEMA PELA DIREÇÃO DE SERVIÇO

Com a finalidade de avaliar o funcionamento e os dados fornecidos pelo sistema de gestão de qualidade, ao longo do ano, a Direção do Serviço deve realizar a revisão do sistema de gestão de qualidade.

O objetivo é avaliar os dados mais importantes e transformá-los em informação útil para futuras decisões.

Para a revisão do sistema, a Direção deve contar com o apoio do responsável da qualidade e de outros colaboradores que se revelem necessários.

11.2.14. GESTÃO E FORMAÇÃO DOS COLABORADORES

Para cada posto de trabalho devem estar definidos os requisitos mínimos de titulação, formação, qualificação e experiência, assim como as funções e responsabilidades de todo o pessoal implicado na concretização do sistema de gestão de qualidade. O Serviço deve possuir registos dessas atividades.

11.2.15. INSTALAÇÕES E CONDIÇÕES AMBIENTAIS

As instalações devem ser adequadas para assegurar a qualidade dos processos desenvolvidos. Para isso, devem existir zonas diferenciadas e com as respetivas condições específicas. É da responsabilidade de todo o pessoal manter os espaços de trabalho organizados e limpos, de maneira que não se possam produzir erros ou desvios motivados por estas circunstâncias. O acesso ao Serviço é restrito ao pessoal autorizado.

11.2.16. GESTÃO DE EQUIPAMENTOS

Todos os equipamentos devem ter as características requeridas para o uso a que estão destinados. Devem existir procedimentos relativos à identificação, inventário, instruções de funcionamento, procedimentos de manutenção, verificação e calibração.

11.2.17. PROCEDIMENTOS PRÉ-DIAGNÓSTICOS

O serviço deve dispor de normas que descrevam estes procedimentos através de:

- Documento de requisição do exame.
- Instruções de trabalho: colheita das amostras.
- Transporte.
- Receção no Serviço: critérios de aceitação e de devolução.

- Forma de conservação.

11.2.18. PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS

11.2.18.1. Utilizar procedimentos apropriados aos estudos anatomopatológicos efetuados, que podem derivar de normas técnicas nacionais ou internacionais, de textos autorizados e de prestígio reconhecido, revistas especializadas ou procedimentos internos desenvolvidos no Serviço (por exemplo, protocolo do cancro colo-retal). Deve ser realizada a revisão periódica dos protocolos diagnósticos para verificar se carecem de atualização ou melhoria, integrada na revisão anual do sistema de qualidade. Devem estar documentados e disponíveis para todos os colaboradores do Serviço.

11.2.18.2. Verificar a qualidade dos procedimentos diagnósticos

Deve existir um sistema de qualidade interno e externo, mediante o qual se verifica periodicamente a qualidade prevista dos resultados, que pode realizar-se das seguintes formas:

- Controlo de qualidade externo (comparação com outros serviços – por exemplo qualidade de diagnóstico, imuno-histoquímica, patologia molecular);
- Controlo de qualidade interno: controlo de falsos positivos e falsos negativos, discordância / correlação diagnóstica.

Devem existir procedimentos que descrevam: tipos de atividades de controlo de qualidade a realizar; processo operativo; critérios; responsáveis; periodicidade.

11.2.19. PROCEDIMENTOS PÓS-DIAGNÓSTICOS

11.2.19.1. O relatório

Os colaboradores do Serviço devem rever sistematicamente os resultados e autorizar a emissão do relatório. O Serviço é responsável por emitir relatórios diagnósticos (electrónicos ou em papel) e pela maneira como devem ser comunicados aos requisitantes. Os resultados devem ser legíveis, sem erros de transcrição e serem transmitidos às pessoas autorizadas para receber e utilizar a informação médica.

Deve existir um procedimento que descreva: conteúdo mínimo do relatório; metodologias para a emissão dos relatórios; comunicação de resultados urgentes ou preliminares; condições de modificação de relatórios.

11.2.19.2. Material biológico

O Serviço, uma vez finalizados os estudos, conserva as amostras em condições e por períodos determinados, estabelecidos nos procedimentos.

A eliminação segura de amostras que já não são necessárias para estudos adicionais deve realizar-se de acordo com as normas de bio-segurança e segundo a legislação de gestão de resíduos.

11.2.20. SISTEMA DE GESTÃO DA INFORMAÇÃO

Os resultados e a informação são os “produtos” do Serviço de Anatomia Patológica. Para evitar que os sistemas informáticos possam ser danificados ou alterados, o Serviço deve dispor de procedimentos para proteção da informação: controlo do acesso, proteção da informação contra alterações; validação da informação e realização de cópias de segurança.

11.2.21. ÉTICA

O bem-estar do doente, da família e da comunidade são o princípio primordial da ética em Saúde, a qual se reflete nas seguintes atitudes/ações:

11.2.21.1 Recolha das amostras: consentimento informado obtido pelo requisitante.

11.2.21.2 Acesso aos registos do Serviço de Anatomia Patológica

- Doentes: sob pedido, os doentes devem ter acesso aos resultados dos seus estudos;
- Requisitante;
- Pessoal do Serviço, se necessário;
- Outras pessoas autorizadas.

11.2.21.3 Relatório

De acordo com a Lei de Proteção de Dados, os resultados que correspondem a cada doente são confidenciais, a menos que este autorize que sejam revelados. Os resultados dos estudos, ocultada a identificação, podem utilizar-se com fins demográficos, epidemiológicos, ou outros que sejam do interesse da saúde pública.

11.2.21.4 Uso de amostras para fins diferentes dos solicitados.

Se não houver consentimento informado prévio, a sua utilização só pode ser efetuada sob anonimato.

11.21.21.5 Acordos financeiros

O Serviço não deve estabelecer acordos financeiros que sirvam de incentivo para a emissão de estudos em doentes, ou que possam interferir com a avaliação independente por parte do médico, do que é o melhor para o doente. Devem ser evitadas situações que deem lugar a conflitos de interesses e quando tal não for possível, subscrever uma declaração de interesses e tomar medidas para minimizar o seu impacto.

11.2.22. GESTÃO DE RESÍDUOS

A manipulação, transporte e eliminação deve ser realizada de forma a não colocar em risco a integridade dos estudos diagnósticos, nem a saúde dos colaboradores. Deve ser efetuada de acordo com a legislação vigente.

11.2.23. AVALIAÇÃO EXTERNA DE QUALIDADE

O conjunto ou parte da atividade de um Serviço/Laboratório de Anatomia Patológica deve ser submetido a avaliação por uma organização externa e independente. Tal pode ser uma opção voluntária, contratada com a instituição de forma a incentivar a melhoria e a satisfação profissional, ou ser uma exigência da estrutura de gestão da instituição.

A participação em Sistemas de Avaliação Externa da Qualidade (AEQ) é um elemento essencial, para informar, quer os prestadores, quer os utilizadores, da qualidade do serviço prestado. Tais sistemas têm um componente educacional crucial e podem incluir os serviços analíticos de um laboratório e/ou o trabalho produzido por membros individuais do serviço.

- Deverão ser utilizados esquemas de controlo externo acreditados e apropriados para os exames e interpretações pretendidas.
- Deve ser mantido um registo de resultados de acordo com os critérios aprovados pelos esquemas de AEQ.
- O registo do desempenho na AEQ deve ser revisto e comunicado a todos os funcionários e as decisões tomadas anotadas, monitorizadas e futuramente dever-se-á atuar de acordo com as soluções propostas.
- Quando um programa de comparação formal inter-laboratório não estiver disponível, o laboratório deve desenvolver um mecanismo para determinar se são aceitáveis os procedimentos não avaliáveis de outra forma (autoavaliação criteriosa e objetiva).

Os esquemas aprovados de AEQ devem ser validados por um painel nacional de aconselhamento de garantia de qualidade.

Os programas de AEQ devem, dentro do possível, fornecer desafios que reproduzam fielmente a realidade tendo o efeito de verificar de forma transversal todo o processo de análise, incluindo os procedimentos pré e pós analíticos.

Para certos esquemas de AEQ, pode ser necessária a permissão do participante, para que os resultados do desempenho possam ser disponibilizados aos utilizadores.

Os mecanismos de AEQ podem incluir troca de amostras e preparações entre laboratórios, tais como lâminas e imagens digitais.

Os procedimentos de manipulação de células e tecidos devem ser determinados por processos definidos pelas normas de certificação exigidas, incluindo as fases pré-analítica, analítica e pós analítica.

Todas as técnicas realizadas num Serviço de Anatomia Patológica devem estar validadas antes da sua utilização. Todo este processo deve ser dinâmico e estar aberto às alterações necessárias para um desenvolvimento contínuo da qualidade.

11.2.24. OUTRAS CONSIDERAÇÕES SOBRE POLÍTICA DD QUALIDADE

Os Serviços/Laboratórios de Anatomia Patológica devem seguir as políticas de garantia e controlo de qualidade atrás definidas, por intermédio de auditorias, internas e externas, ou ambas, nomeadamente nas seguintes áreas:

11.2.24.1. Histopatologia e Citopatologia:

- Fase pré-analítica (colheita da amostra, condições de envio, fixação, informação clínica);
- Fase analítica: recomenda-se a utilização de protocolos técnicos e diagnósticos.

11.2.24.2. Imuno-histoquímica

A imuno-histoquímica (IHQ) é tecnicamente complexa e nenhuma vertente desta complexidade deve ser ignorada desde o momento da colheita da amostra até à emissão do relatório final. Durante as últimas quatro décadas a IHQ desenvolveu-se como uma ferramenta auxiliar indispensável, particularmente na classificação das neoplasias (classe I). Na era da terapêutica oncológica dirigida (classe II) também se tornou indispensável. Embora o seu potencial seja universalmente aceite, ainda é geralmente vista como

uma “técnica especial” desenvolvida num qualquer laboratório, em vez de ser uma reação imune qualitativa ou quantitativa realizada em tecido e a sua fiabilidade potencialmente comprometida por falta de standardização, causando um desempenho laboratorial com alto risco de não ser atingido um resultado ótimo o que poderá conduzir a diagnósticos anatomopatológicos de qualidade inferior ou, mesmo, a erros diagnósticos. A “abordagem de teste total” incluindo a standardização dos processos pré-analíticos, analíticos e pós-analíticos é da maior importância para assegurar a qualidade da IHQ, a nível técnico, diagnóstico e clínico. Ainda assim, numerosos passos no processamento dos tecidos e no protocolo de coloração são definidos individualmente por cada laboratório. A seleção dos tecidos de controlo não está completamente regulada e a interpretação da coloração resulta parcialmente subjetiva. O controlo de qualidade interno foca-se na consistência da reação IHQ, mas geralmente não dá informação sobre a qualidade técnica ou diagnóstica. Deste modo, técnicas insuficientes passam muitas vezes sem serem reportadas nos controlos de validação do laboratório, devido à utilização de tecidos de controlo inapropriados, ou falta de conhecimento dos padrões de reação. Em áreas seleccionadas, há recomendações para standardização de ensaios da classe II, publicadas por grupos de trabalho e comissões *ad hoc*.

Assim, recomenda-se que os anticorpos utilizados devem ser validados no Serviço/Laboratório.

11.24.2.3. Patologia molecular

Devem ser utilizados esquemas de controlo de qualidade externos, nomeadamente os implementados por entidades de referência internacionalmente reconhecidas.

11.24.2.4. Qualidade do diagnóstico

Na atualidade, não existe um sistema universalmente aceite para avaliar este parâmetro. Cada Serviço deverá desenvolver mecanismos de garante da qualidade do diagnóstico e implementar os que vierem a ser definidos no futuro

11.24.2.5. Tempo de resposta (TR)

Trata-se de um parâmetro crítico e de extrema relevância na atividade de um Serviço de Anatomia Patológica, dado o impacto em toda a atividade clínica, que dependa do resultado do exame anátomo-patológico. Idealmente, o TR deve ser ajustado à gravidade potencial da lesão diagnosticada, às capacidades de resposta do Serviço e à dinâmica da atividade clínica da instituição em que se insere. Será desejável que cada Serviço defina o TR para os tipos mais comuns de exames anátomo-patológicos, tomando em linha de conta os parâmetros atrás enunciados e comunicá-los às estruturas de

gestão clínica institucional, por forma a permitir o incremento da sua eficiência, reduzindo potenciais riscos de saúde e prejuízos económicos. Este será um importante parâmetro de avaliação do desempenho e qualidade do Serviço.

11.24.2.6. Comunicação

Enquadra-se na fase pós-analítica e refere-se à regulamentação da estrutura dos relatórios e da sua distribuição. Recomenda-se o uso de relatórios estandardizados estruturados/relatórios sinópticos, adaptados a partir de formulários de elevada qualidade disponíveis publicamente (*Royal College of Pathologists UK, College of American Pathologists, Royal College of Pathologists of Australasia*).

A comunicação é um elemento essencial da boa prática clínica e também em Anatomia Patológica. Ao contrário das competências técnicas ou diagnósticas, a comunicação não é fácil de definir, ensinar ou avaliar e quase não existem regras. Enumeram-se alguns pontos essenciais:

Comunicação de informação clínica relevante na requisição da análise

Qualquer informação manuscrita indecifrável não pode ser utilizada, sendo este um argumento importante para a implementação de requisição digital. Contudo, o Patologista deve evitar ser influenciado apenas pela informação clínica, observando as lâminas com uma postura imparcial para fazer um diagnóstico, o qual deve incorporar as diversas vertentes do processo de decisão.

Comunicação entre patologistas, em consulta interna em situações em que a segunda opinião está institucionalizada num serviço

Em certos casos, o diagnóstico deve ser confirmado e validado por um segundo patologista (como por exemplo, no diagnóstico de malignidade, lesão mamária, ou grau de displasia). O segundo patologista, quando observa o caso poderá não pretender conhecer a opinião do primeiro, de forma a evitar enviesamento de observação e interpretação. Em caso de discordância deve haver uma discussão interna para chegar a um consenso, elemento essencial de boa prática.

Comunicação de resultado de exame extemporâneo/per-operatório.

A utilização de cortes de congelação tem, tipicamente, limitações, derivadas da qualidade dos cortes e das colorações, bem como de artefactos que podem variar de lâmina para lâmina e que são diferentes da inclusão em parafina. A expectativa em relação ao diagnóstico é alta, devido às implicações irreversíveis de um erro e também porque esta é a única situação em que os nossos parceiros clínicos podem

facilmente comparar o diagnóstico inicial e o definitivo. É de suprema importância estabelecer vias de comunicação com a máxima transparência, quer em termos do grau de certeza do diagnóstico no exame per-operatório, quer em termos de comunicar a concordância (ou não) do diagnóstico final. A experiência indica que a confiança entre o Clínico e o Patologista aumenta, quando a verdade é expressa sem rodeios. É também aconselhável registar as exatas palavras que foram transmitidas no diagnóstico intraoperatório ao clínico requisitante, para não haver hipótese de erros de transmissão. Também se recomenda documentar a hora exata da chegada da amostra ao local da realização do exame per-operatório e da comunicação telefónica do diagnóstico, assim como o nome do clínico / cirurgião com quem o caso foi discutido. O resultado deve ser transmitido idealmente ao cirurgião responsável, ou a um profissional médico que possa veicular corretamente a informação.

Comunicação do diagnóstico final

O diagnóstico histo ou citopatológico deve ser comunicado na forma de um relatório conclusivo. São requisitos de um relatório escrito, uma linguagem clara e concisa e assertividade. Os relatórios sinópticos têm vindo gradualmente a ser a modalidade preferida para elaborar um relatório. Muitos apreciam manter um cunho pessoal e há modalidades que permitem relatório em texto livre e/ou estruturado.

Comunicação de achados críticos inesperados

Todos os diagnósticos são apresentados sob a forma de um relatório escrito. Contudo, há situações em que o Patologista deve tomar a iniciativa de contactar o Clínico responsável para lhe comunicar o diagnóstico. Um diagnóstico crítico, cuja lista está, descrita em várias publicações científicas credíveis, deve ser comunicado, pessoalmente e com carácter imediato. No caso de um diagnóstico inesperado é da responsabilidade do Patologista assegurar-se de que o Clínico é alertado para este achado. Quando não consegue contactar diretamente o Clínico, o Patologista deve assegurar-se que a informação será veiculada em tempo útil e não arquivada ou esquecida.

Vias de comunicação.

O diagnóstico é uma peça de informação sensível, que deve ser comunicado ao Clínico e ao mesmo tempo resguardado do público, em geral, como forma de proteger a privacidade do doente. Os relatórios em papel devem ser enviados em envelopes fechados para endereços identificados. Os relatórios digitais devem ser descarregados no ficheiro do doente, em interfaces protegidas e são também um modo seguro de comunicação. A comunicação por via telefónica só deve ser transmitida a profissionais de saúde diretamente envolvidos no caso.

Quem deve receber o relatório

É prática comum que os clínicos que enviam uma amostra para análise listem os nomes de quem deve receber cópias do relatório.

Como comunicar erros e problemas técnicos

Num serviço, a adequada cultura de registo e análise de erro deve incluir diretrizes sobre como detetar, lidar e comunicar os erros, permitindo compreender como aconteceu e prevenir futuramente a ocorrência de situações semelhantes. Primeiro, há que reconhecer que houve um erro e elaborar um relatório que claramente o diga, designado por “Relatório corretivo”. Dependendo da importância clínica do erro de diagnóstico é judicioso, ou mesmo mandatário contactar o clínico.

Deve o relatório mencionar problemas técnicos, logísticos ou deontológicos?

Nalguns casos, é razoável um comentário (problemas no diagnóstico devido a artefactos de cauterização, ou de autólise). Se os problemas são recorrentes deve ser enviada uma carta para o respetivo Serviço de origem com sugestões para melhorar a situação.

11.24.2.7. Acreditação dos laboratórios

A acreditação de um laboratório de Anatomia Patológica visa controlar e otimizar, de uma forma permanente, uma prática profissional de excelência (aumento da qualidade das análises melhorando os cuidados prestados aos doentes), como definido por critérios internacionais estabelecidos. A via de acreditação mais adequada é a Norma NP EN ISO 15189 (nos países europeus esta é a norma mais utilizada; nos países da América do Norte é a norma do *College of American Pathologists – CAP*). A norma NP EN ISO 15189 foi desenhada inicialmente para Patologia Clínica, colocando alguns problemas de aplicabilidade no âmbito da Anatomia Patológica. A acreditação, segundo esta norma, exige um sistema operativo apropriado ao processo de controlo de qualidade, bem como o controlo contínuo dos métodos usados para fins diagnósticos. O laboratório deve respeitar as boas práticas profissionais que levam ao diagnóstico e, portanto, efetuar todos os procedimentos diagnósticos sob condições ótimas, para segurança dos doentes. Um laboratório acreditado deve cumprir todos os *standards* internacionais, respeitando todos os requisitos da norma com vista a providenciar “resultados de qualidade através de análises de qualidade”. A acreditação é baseada no cumprimento estrito de um certo número de pontos incluídos na norma, que deve levar à continuação da acreditação e a uma melhoria contínua da prática profissional e da qualidade das análises efetuadas. A acreditação de um laboratório pretende garantir a qualidade da prática profissional, que deve resultar em diagnósticos fiáveis e seguros.

Objetivos da acreditação

- Melhorar a qualidade dos métodos laboratoriais que suportam o diagnóstico anátomo-patológico;
- Reduzir o tempo de resposta na disponibilização do relatório ao médico que o solicitou;
- Reduzir o número de falsos negativos e de falsos positivos;
- Conferir mais responsabilidade aos membros do Serviço/Laboratório;
- Melhorar a motivação dos colaboradores;
- Melhorar as relações entre o médico que solicita a análise e o Serviço/Laboratório;
- Transmitir ao médico que solicita a análise o potencial e as limitações da Anatomia Patológica;
- Gerir o tempo no trabalho;
- Reduzir os custos devido a otimização de consumíveis e de equipamento;
- Obter o reconhecimento do laboratório pelos profissionais do setor externo, público e privado e pela indústria (publicação de “níveis de qualidade”).

Participar na criação de standards universais da prática de Anatomia Patológica

Ao adotar critérios internacionais através da harmonização dos requisitos para a acreditação pode levar ao reconhecimento internacional, o que parece ser uma forma lógica de investir na acreditação e na sua manutenção em todos os Serviço/Laboratório.

O objetivo da acreditação, da maneira como está implementada, é garantir a fiabilidade dos métodos usados para as análises anátomo-patológicas, dos quais o diagnóstico depende. Consequentemente, na presente norma ISO 15189 são mais bem definidos os procedimentos técnicos e de gestão usados para gerar um relatório diagnóstico, do que a avaliação do diagnóstico efetuado pelo Patologista ou o processo de tomada de decisão médica.

A acreditação também constitui um reconhecimento oficial da competência de diferentes grupos profissionais, que trabalham juntos no Serviço/Laboratório com um mesmo objetivo de assegurar um serviço de alta qualidade. Isto é particularmente importante para a instituição/hospital sob a dependência da qual os Serviços/Laboratórios se encontram.

A monitorização de indicadores técnicos críticos de desempenho e dos associados aos objetivos gerais pode ser instrumental, ao melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, o que justifica plenamente a acreditação de um laboratório.

Um exemplo duma melhoria implementada através da acreditação, é a adesão a um determinado período de tempo entre a recolha da amostra (processo pré-analítico), o diagnóstico (processo analítico) e a transmissão do relatório ao Médico requisitante (processo pós-analítico), que pode inclusivamente resultar numa diminuição do tempo estipulado.

Para a prática da Medicina de Precisão, na qual o patologista desempenha um papel decisivo na avaliação de biomarcadores usados para decidir terapêuticas alvo, o risco de erro deve ser reduzido a um mínimo absoluto.

Uma questão, importante é se estes objetivos podem ser atingidos na prática, quando a norma NP EN ISO 15189 é aplicada e respeitada. Aqui, um aspeto importante é assegurar a competência dos colaboradores em todos os níveis, a manutenção da sua competência assegurando um equilíbrio entre o volume de trabalho e o número de colaboradores (*workload/workforce*). Normas relevantes nestas questões devem definir o treino apropriado dos colaboradores e uma avaliação regular (anual) da manutenção competência e a documentação de elementos relevantes, nos ficheiros individuais. Para obter ou manter a acreditação é importante obter treino específico, de acordo com os critérios da norma usada.

Um dos aspetos não quantificáveis, mas particularmente importante quando se procura a acreditação é o desejo de trabalhar melhor como uma equipa e motivar todos os colaboradores através da consciencialização da possibilidade de melhorar o trabalho realizado. A motivação também é estimulada tornando os membros responsáveis por elementos definidos na norma.

11.24.2.8. Papel da autópsia no controle de qualidade

Na segunda metade do século XX, o contributo da autópsia para compreender a patogénese das doenças e detetar novas entidades esbateu-se, para se enfatizar o seu papel como uma ferramenta de garantia de controlo de qualidade clínico.

Os artigos publicados sobre o papel da autópsia concluem, geralmente, que persistem discrepâncias suficientes entre os achados clínicos e necrópsicos, que garantem a necessidade de realização de autópsias no futuro. As discrepâncias são classificadas de acordo com os critérios de Goldman (classe I – falha num diagnóstico *major* com impacto potencialmente adverso na sobrevivência e que teria alterado o manejo do doente; classe II - falha num diagnóstico major, sem impacto potencial na sobrevivência e que não teria alterado a terapêutica; III e IV - erros diagnósticos *minor* não relacionados com a causa de morte, nem com a doença principal).

Além disso, as autópsias são importantes na garantia de qualidade:

- Na educação médica fornecendo material para um estudo baseado em casos problema;
- Fornecer aos estudantes a oportunidade de relembrar o conhecimento da anatomia e ter acesso à correlação clinico-patológica (pode contribuir como uma base de considerações de gestão de qualidade);
- Na fiabilidade/precisão dos métodos de imagem (Tomografia Computorizada, Ressonância Magnética, Tomografia de emissão de positrões);
- Na avaliação de potenciais efeitos adversos de novos medicamentos, novas técnicas cirúrgicas e de biotecnologia;
- Na deteção de novos padrões de velhas doenças (tuberculose e sífilis);
- Fornecer informação sobre o curso e causa da doença para os familiares;
- Facilitar a investigação de doenças ambientais, ocupacionais e do estilo de vida;
- Fornecer tecidos para investigação biomédica;
- No ensino de estudantes de Medicina e de Médicos Internos.

O papel da autópsia como ferramenta de controlo de qualidade está focado na análise sistemática de discrepâncias entre o diagnóstico clínico (*antemortem*) e necrópsico (*postmortem*). Vários autores enfatizaram recentemente o papel da conferência clinico-patológica, cuja qualidade funciona, muitas vezes, como um argumento para manter a autópsia.

Devido a objeções dos familiares em realizar uma autópsia clássica, têm sido consideradas técnicas alternativas, de autópsia, que podem ultrapassar este problema: minimamente invasora, por agulha, endoscópica, guiada por imagiologia, verbal, virtual e parcial. A vantagem de processos minimamente invasores parece ser a obtenção de uma melhor qualidade das amostras, recolhidas, em relação às obtidas pelo procedimento convencional.

Estes procedimentos alternativos empregando métodos de imagem com colheita de amostras apropriadas merecem um lugar na Anatomia Patológica e podem aumentar o número de autópsias realizadas. Contudo, o sucesso desta abordagem, dependerá novamente duma convicção clínica forte do valor da autópsia. Os Clínicos devem convencer os familiares e isso não terá sucesso, se o próprio Clínico não estiver disso convencido. É difícil prever o custo destes procedimentos alternativos porque dependem de uma variedade de fatores. Mas mesmo que o custo nominal possa ser menor, a sua introdução pode aumentar o custo geral da autópsia e o volume de trabalho para Patologistas e Radiologistas.

O declínio do número de autópsias é uma realidade e devido ao número limitado realizado há um aumento na dificuldade para adquirir prática suficiente para a executar, interpretar e relatar. É essencial que os Patologistas que fazem autópsias sejam entusiastas, interessados, competentes e respeitados pelo seu conhecimento neste campo da nossa Especialidade. Só estas qualidades os farão parceiros apreciados pelos Clínicos e bons formadores para os nossos Internos. A única forma de conseguir este objetivo é a subespecialização patológica em autópsia clínica (como na Patologia Forense). A criação desta subespecialidade também poderia resolver o problema dos relatórios tardios e insuficientes. A subespecialidade deverá desenvolver e introduzir novas técnicas de autópsia e desenvolver iniciativas para alterar a atitude dos Clínicos.

11.24.2.9. Bancos de tecidos e tumores.

Os bancos de tecidos e tumores são um recurso chave e plataformas de tecnologia em investigação biomédica, que interessa a patogénese molecular das doenças, assim como a prevenção, diagnóstico e tratamento. Devido ao papel central dos bancos de tumores na colheita, armazenamento e distribuição, de tecidos humanos e derivados, o controlo de qualidade e a sua avaliação externa é extremamente importante na sua manutenção, aceitação e financiamento. A competência profissional e desempenho em todos os passos envolvidos na colheita de tecidos, armazenamento, manuseamento, assim como exame macroscópico e histológico e exame final (saída) do tecido e a sua transferência devem ser supervisionados por Patologistas competentes e certificados. A acreditação proporciona uma medida compreensiva para avaliar e documentar a qualidade do biobanco e desempenha um papel significativo no seu acesso futuro. Além disso, suporta a harmonização e standardização dos bancos de tecidos para propósitos de investigação biomédica.

11.3. ANEXO 3 – INDICADORES DE CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ANATOMIA PATOLÓGICA

Tabela 7: Indicadores de caracterização dos Serviços de Anatomia Patológica (BASE ANUAL)

Recursos Humanos	
Médicos Especialistas	Número
Nº total de Médicos Especialistas	
- Nº de Assistentes Graduados Sénior	
- Nº de Assistentes Graduados	
- Nº de Assistentes	
- Nº de tarefeiros / prestadores	
Nº total de Equivalentes de Tempo Completo (ETC) – Médicos Especialistas	
Técnicos de Anatomia Patológica	
Nº total de Técnicos de Anatomia Patológica	
- Nº de Técnicos a realizar tarefas de macroscopia	
Nº total de Equivalentes de Tempo Completo (ETC) – Técnicos de Anatomia Patológica	
Técnicos Superiores	
Nº total de Técnicos Superiores	
Nº total de Equivalentes de Tempo Completo (ETC) – Técnicos Superiores	
Assistentes Técnicos (Administrativos)	
Nº total de Assistentes Técnicos (Administrativos)	
Nº total de Equivalentes de Tempo Completo (ETC) - Administrativos	
Assistentes Operacionais	
Nº total de Assistentes Operacionais	
Nº total de Equivalentes de Tempo Completo (ETC) – Assistentes Operacionais	

Atividades de diagnóstico e apoio clínico (ADAC)			
Código (Tabela ACSS)			
Autópsia	Nº recebido no Serviço	Nº realizado no Serviço	Nº externalizado*
30000			
30015			
30020			
30040			
30045			
30490			
Citopatologia	Nº recebido no Serviço	Nº realizado no Serviço	Nº externalizado*
30510			
30517			
30597			
30598			
30615			
30630			
30650			
30677			
30697			
30710			
30730			
Histopatologia	Nº recebido no Serviço	Nº realizado no Serviço	Nº externalizado*
31016			
31017			
31037			
31057			
31077			
31097			

31107			
31210			
31230			
31241			
31242			
Exames Especiais	Nº recebido no Serviço	Nº realizado no Serviço	Nº externalizado*
31500			
31510			
31550			
31551			
31565			
31566			
31567			
31568			
31590			
31600			
31605			
31607			
31608			
31610			
31611			
31613			
31620			
31621			
31651			
31652			
31700			
31710			
31720			
31725			
31730			
31740			
31750			
31760			
31770			
31775			
Pontuação diagnóstica (cf. Anexo 1)			
PD totais brutos	Nº recebido no Serviço	Nº realizado no Serviço	Nº externalizado*
PD macroscopia			
PD microscopia			
PD outras atividades			
PD discriminados		Nº realizado no Serviço	
PD macroscopia/Médico Especialista			
PD macroscopia/Médico Interno ou Técnico			
PD microscopia em casos de resolução conjunta			
PD/citologia ginecológica			
PD/ casos de consulta / 2ª opinião			
PD/exames especiais			
PD efetivos		Nº realizado no Serviço	

PD totais efetuados pelos Médicos Especialistas			
PD totais de capacidade do Serviço			
Rácio PD efetuados/capacidade			

* *indicar entre parêntesis o número previsto para Serviços da Rede, considerando a tipologia do Hospital*

Parâmetros de desempenho	
Tempo mediano de resposta	Número de dias
Autópsia	
Citopatologia	
Histopatologia	
Casos de consulta e 2ª opinião	
Número de casos	
Casos enviados em consulta / 2ª opinião (total)	
Casos recebidos em consulta / 2ª opinião (total)	
Casos enviados em consulta / 2ª opinião para a Rede (total)	
Casos enviados em consulta / 2ª opinião para a Rede (total)	
Casos enviados para consulta - internacional	
Casos recebidos em consulta - internacional	

Outras características	Sim	Não
Escala organizada de apoio ao bloco operatório		
Banco de Tumores (participação na RNBT)/nº de casos		
Integração em Centro Académico-Clinico		

Atividades de formação e ensino	
Médicos	Número
Médicos em formação (Médicos Internos)	
Internos de Anatomia Patológica do Serviço	
Internos de Anatomia Patológica de outros Serviços	
Internos de outras Especialidades	
Estágios realizados em outros Serviços	
Serviços nacionais	
Serviços internacionais	
Formação profissional contínua (Médicos Especialistas recebidos no Serviço)	
Especialistas de Anatomia Patológica	
Serviços nacionais	
Serviços internacionais	
Especialistas de outras Especialidades	
Serviços nacionais	
Serviços internacionais	
Formação profissional contínua (Médicos Especialistas do Serviço)	
Serviços nacionais	
Serviços internacionais	
Técnicos de Anatomia Patológica	
Técnicos recebidos no Serviço para formação	
Alunos recebidos no Serviço para ensino/formação	
Outros profissionais /alunos	
Investigadores / bolseiros de investigação	
Alunos de Mestrado/Doutoramento	
Alunos de Mestrado Integrado em Medicina	
Alunos de outros cursos	
Participação de elementos do Serviço em atividades letivas	
Ensino Superior Universitário (incluindo Mestrado Integrado em Medicina/ Programas	

de Mestrado/ Programas de Doutoramento)	
Ensino Superior Politécnico	
Outro(s)	

Atividades de investigação científica	
Projetos de investigação com participação de elementos do Serviço	Número
Nacionais	
Internacionais	
Comunicações (orais e poster) com participação de elementos do Serviço	
Âmbito nacional	
Âmbito internacional	
Publicações científicas com participação de elementos do Serviço	
Livros de circulação nacional	
Livros de circulação internacional	
Capítulos de livros de circulação nacional	
Capítulos de livros de circulação internacional	
Artigos publicados em revistas indexadas	
Artigos publicados em revistas não indexadas	

Outras atividades de âmbito profissional e científico	
Participação em Órgãos/Instituições Profissionais Nacionais	
Participação em Órgãos/Instituições Profissionais Internacionais	
Participação em Órgãos/Instituições de Investigação	

Notas explicativas (para mais detalhes, consultar o Anexo 1)

PD totais brutos	Comentário
PD macroscopia	Número total de PD atribuíveis ao exame macroscópico de todos os espécimes
PD microscopia	Número total de PD atribuíveis ao exame microscópico de todos os espécimes
PD outras atividades	Número total de PD atribuíveis a outras atividades (por exemplo, participação em consulta de grupo multidisciplinar de decisão terapêutica) [A]
PD discriminados	
PD macroscopia por Médico Especialista	Número total de PD atribuíveis ao exame macroscópico de espécimes REALIZADO POR MÉDICOS ESPECIALISTAS [B]
PD macroscopia por Médico Interno ou Técnico	Número total de PD atribuíveis ao exame macroscópico de espécimes REALIZADO POR MÉDICOS INTERNOS E/OU TÉCNICOS MACROSCOPISTAS (N.B.: 10% deste valor é contabilizado para efeitos da quantificação de trabalho do Serviço) [C]
PD microscopia em casos de resolução conjunta	Número total de PD atribuíveis ao exame microscópico de espécimes realizado conjuntamente por 2 ou mais Médicos Especialistas (80% da pontuação original atribuída pelo tipo de exame) [D]
PD atribuíveis por citologia ginecológica	Corresponde a 10% do número total de PD atribuíveis a citologia ginecológica realizada por "Citotécnicos" [E]
PD atribuíveis por casos de consulta / 2ª opinião	Número total de PD atribuíveis ao exame microscópico de casos recebidos e registados no sistema informático do Serviço para consulta / 2ª opinião externa (NÃO INCLUI OS CASOS DE 2ª OBSERVAÇÃO) [F]
PD atribuíveis por exames especiais	Número total de PD atribuíveis à realização de exames especiais constantes da Tabela da ACSS e de acordo com as normas constantes do Anexo 1 [G]
PD efetivos	
PD totais efetuados pelos Médicos Especialistas	Corresponde a: $[A] + [B] + [C] + [D] + [E] + [F] + [G] = [H]$
PD totais de capacidade do Serviço	Valor calculado com base na Tipologia do Serviço e no número, horário e contrato de trabalho de todos os Médicos Especialistas que desempenham funções no Serviço, independentemente do seu vínculo contratual (de acordo com as normas constantes do Anexo 1) [I]
Rácio PD efetuados/capacidade	Quociente: $[H] / [I]$ – corresponde à taxa de cobertura de resposta do Serviço face à quantificação efetiva de trabalho assistencial desenvolvido

11.4. ANEXO 4 - INDICADORES DE ATIVIDADE DA REDE NACIONAL DE ESPECIALIDADE HOSPITALAR E DE REFERENCIAÇÃO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

Tabela 8: Indicadores de atividade da Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência de Anatomia Patológica (Base Anual)

Recursos Humanos	
Médicos Especialistas	Número
<i>Nº total de Médicos Especialistas</i>	
- Nº de Assistentes Graduados Sénior	
- Nº de Assistentes Graduados	
- Nº de Assistentes	
- Nº de tarefeiros / prestadores	
<i>Nº total de Equivalentes de Tempo Completo (ETC) – Médicos Especialistas</i>	
Técnicos de Anatomia Patológica	
<i>Nº total de Técnicos de Anatomia Patológica</i>	
- Nº de Técnicos a realizar tarefas de macroscopia	
<i>Nº total de Equivalentes de Tempo Completo (ETC) – Técnicos de Anatomia Patológica</i>	
Técnicos Superiores	
<i>Nº total de Técnicos Superiores</i>	
<i>Nº total de Equivalentes de Tempo Completo (ETC) – Técnicos Superiores</i>	
Assistentes Técnicos (Administrativos)	
<i>Nº total de Assistentes Técnicos (Administrativos)</i>	
<i>Nº total de Equivalentes de Tempo Completo (ETC) - Administrativos</i>	
Assistentes Operacionais	
<i>Nº total de Assistentes Operacionais</i>	
<i>Nº total de Equivalentes de Tempo Completo (ETC) – Assistentes Operacionais</i>	

Atividades de diagnóstico e apoio clínico (ADAC)			
Código (Tabela ACSS)			
<i>Autópsia</i>	Nº recebido na Rede	Nº realizado na Rede	Nº referenciado*
30000			
30015			
30020			
30040			
30045			
30490			
<i>Citopatologia</i>	Nº recebido na Rede	Nº realizado na Rede	Nº referenciado*
30510			
30517			
30597			
30598			
30615			
30630			
30650			
30677			
30697			
30710			
30730			
<i>Histopatologia</i>	Nº recebido na Rede	Nº realizado na Rede	Nº referenciado*
31016			
31017			
31037			

31057			
31077			
31097			
31107			
31210			
31230			
31241			
31242			
Exames Especiais	Nº recebido na Rede	Nº realizado na Rede	Nº referenciado*
31500			
31510			
31550			
31551			
31565			
31566			
31567			
31568			
31590			
31600			
31605			
31607			
31608			
31610			
31611			
31613			
31620			
31621			
31651			
31652			
31700			
31710			
31720			
31725			
31730			
31740			
31750			
31760			
31770			
31775			
Pontuação diagnóstica (cf. Anexo 1)			
PD totais brutos	Nº recebido na Rede	Nº realizado na Rede	Nº referenciado*
PD macroscopia			
PD microscopia			
PD outras atividades			
PD discriminados		Nº realizado na Rede	
PD macroscopia/Médico Especialista			
PD macroscopia/Médico Interno ou Técnico			
PD microscopia em casos de resolução conjunta			
PD citologia ginecológica			
PD casos de consulta / 2ª			

opinião			
PD exames especiais			
PD efetivos		Nº realizado na Rede	
PD totais efetuados pelos Médicos Especialistas			
PD totais de capacidade dos Serviços da Rede			
Rácio PD efetuados/capacidade			

* *indicar entre parêntesis o número externalizado e não referenciado dentro dos Serviços da Rede*

Parâmetros de desempenho	
Tempo mediano de resposta na Rede	Número de dias: mediana (mínimo – máximo)
Autópsia	
Citopatologia	
Histopatologia	
Casos de consulta	Número de casos
Casos enviados em consulta / 2ª opinião (total)	
Casos recebidos em consulta / 2ª opinião (total)	
Casos enviados em consulta / 2ª opinião (Rede)	
Casos recebidos em consulta / 2ª opinião (Rede)	
Casos enviados para consulta - internacional	
Casos recebidos em consulta - internacional	

Outras características	Sim	Não (número)
Escala organizada de apoio ao bloco operatório		
Banco de Tumores (participação na RNBT)/nº casos		
Integração em Centro Académico-Clinico		

Actividades de formação e ensino	
Médicos	Número
Médicos em formação (Médicos Internos)	
Internos de Anatomia Patológica do Serviço	
Internos de Anatomia Patológica de outros Serviços	
Internos de outras Especialidades	
Estágios realizados em outros Serviços	
Serviços nacionais	
Serviços internacionais	
Formação profissional contínua (Médicos Especialistas recebidos nos Serviços da Rede)	
Especialistas de Anatomia Patológica	
Serviços nacionais	
Serviços internacionais	
Especialistas de outras Especialidades	
Serviços nacionais	
Serviços internacionais	
Formação profissional contínua (Médicos Especialistas enviados pelos Serviços da Rede)	
Serviços nacionais	
Serviços internacionais	
Técnicos de Anatomia Patológica	
Técnicos recebidos nos Serviços da Rede para formação	
Alunos recebidos nos Serviços da Rede para ensino/formação	
Outros profissionais /alunos	
Investigadores / bolseiros de investigação	
Alunos de Mestrado/Doutoramento	
Alunos de Mestrado Integrado em Medicina	

Alunos de outros cursos	
Participação de elementos do Serviço em actividades letivas	
Ensino Superior Universitário (incluindo Mestrado Integrado em Medicina/ Programas de Mestrado/ Programas de Doutoramento)	
Ensino Superior Politécnico	
Outro(s)	

Atividades de investigação científica	
Projetos de investigação com participação de elementos da Rede	Número
Nacionais	
Internacionais	
Comunicações (orais e poster) com participação de elementos da Rede	
Âmbito nacional	
Âmbito internacional	
Publicações científicas com participação de elementos da Rede	
Livros de circulação nacional	
Livros de circulação internacional	
Capítulos de livros de circulação nacional	
Capítulos de livros de circulação internacional	
Artigos publicados em revistas indexadas	
Artigos publicados em revistas não indexadas	

Outras atividades de âmbito profissional e científico	
Participação em Órgãos/Instituições Profissionais Nacionais	
Participação em Órgãos/Instituições Profissionais Internacionais	
Participação em Órgãos/Instituições de Investigação	

Notas explicativas (para mais detalhes, consultar o Anexo 1)

PD totais brutos	Comentário
PD macroscopia	Número total de PD atribuíveis ao exame macroscópico de todos os espécimes
PD microscopia	Número total de PD atribuíveis ao exame microscópico de todos os espécimes
PD outras actividades	Número total de PD atribuíveis a outras actividades (e.g., participação em consulta de grupo multidisciplinar de decisão terapêutica) [A]
PD discriminados	
PD macroscopia por Médico Especialista	Número total de PD atribuíveis ao exame macroscópico de espécimes REALIZADO POR MÉDICOS ESPECIALISTAS [B]
PD macroscopia por Médico Interno ou Técnico	Número total de PD atribuíveis ao exame macroscópico de espécimes REALIZADO POR MÉDICOS INTERNOS E/OU TÉCNICOS MACROSCOPISTAS (N.B.: 10% deste valor é contabilizado para efeitos de volume total do Serviço) [C]
PD microscopia em casos de resolução conjunta	Número total de PD atribuíveis ao exame microscópico de espécimes realizado conjuntamente por 2 ou mais Médicos Especialistas (80% da pontuação original atribuída pelo tipo de exame) [D]
PD atribuíveis por citologia ginecológica	Corresponde a 10% do número total de PD atribuíveis a citologia ginecológica realizada por Citotécnicos [E]
PD atribuíveis por casos de consulta / 2ª opinião	Número total de PD atribuíveis ao exame microscópico de casos recebidos e devidamente registados nos Serviços da Rede para consulta / 2ª opinião externa (NÃO INCLUI OS CASOS DE 2ª OBSERVAÇÃO) [F]
PD atribuíveis por exames especiais	Número total de PD atribuíveis à realização de exames especiais constantes da Tabela da ACSS e de acordo com as normas constantes do Anexo 1 [G]
PD efectivos	
PD totais efetuados pelos Médicos Especialistas	Corresponde a: $[A] + [B] + [C] + [D] + [E] + [F] + [G] = [H]$
PD totais de capacidade dos Serviços da Rede	Valor calculado com base na categoria dos Serviços e no número, horário e tipologia de trabalho de todos os Médicos Especialistas que desempenham funções nos Serviços, independentemente do seu vínculo contratual (de acordo com as

	normas constantes do Anexo 1) [I]
Rácio PD efetuados/capacidade	Quociente: $[H] / [I]$ – corresponde à taxa de cobertura de resposta da Rede face ao volume efetivo de trabalho assistencial desenvolvido

12 – BIBLIOGRAFIA

1. Royal College of Pathologists, *Guidelines on staffing and workload for histopathology and cytopathology departments*, 3rd edition, April 2012.
2. Norma NP EN ISO 15189:2012.
3. Stanley Robboy et al, Arch Pathol ; *Pathology Workforce in the United States*, Lab Med- 2013, Vol 137:1723-1732.

13 – ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.
AEQ	Avaliação Externa da Qualidade
AP	Atividades profissionais
ADAC	Atividades de diagnóstico e apoio clínico
AFI	Atividades de formação e de investigação
AG	Atividades de gestão
APA	Atividades profissionais adicionais
BCG	Vacina contra a tuberculose com o bacilo de <i>Calmette e Guérin</i>
CNIM	Conselho Nacional do Internato Médico
CPE	Centros de Patologia Especializada
DGS	Direção-Geral da Saúde
ETC	Equivalente a tempo completo
HEPA	(do acrónimo anglo-saxónico) <i>High Efficiency Particulate Air</i>
IHQ	Imuno-histoquímica
NSB	Nível de Segurança Biológica
PA	(do acrónimo anglo-saxónico) <i>Pathology Assistant</i>
PD	Pontos diagnósticos
RCP	(do acrónimo anglo-saxónico) <i>Royal College of Pathologists</i>
RNEHR	Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação

SNS	Serviço Nacional de Saúde
TR	Tempo de resposta
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana

