

CARTA DE EQUIPAMENTOS DE SAÚDE DE LISBOA

MARÇO DE 2009



CÂMARA MUNICIPAL DE LISBOA

ÍNDICE

1. Enquadramento normativo	1
2. Antecedentes	2
3. Políticas de saúde	4
4. Rede de Equipamentos de Cuidados Primários	
4.1 Introdução	6
4.2 Metodologia	8
4.2.1 Base Demográfica	8
4.2.2 Limites das Áreas de Influência dos Centros de Saúde	9
4.2.3 Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES)	10
4.2.4 Taxa de cobertura, dimensionamento e avaliação das instalações existentes	10
4.3 Diagnóstico	12
4.4 Proposta de Redução de Carências	26
4.5 Proposta de Intervenção Prioritária	32
4.6 Metodologia de Completamento e Monitorização	32
5. Rede de Equipamentos de Cuidados Continuados	
5.1 Introdução	33
5.2 Metodologia	35
5.2.1 Base demográfica e população alvo	36
5.2.2 Cálculo das necessidades e dimensionamento	37
5.3 Diagnóstico	38
5.4 Proposta de Redução de Carências	44
5.5 Metodologia de Completamento e Monitorização	47
6. Rede de Equipamentos de Cuidados Secundários ou Hospitalares	
6.1 Introdução	48
6.2 Diagnóstico	51
Anexos	
1. Planta – Equipamentos existentes e propostos – Cenário 2007 esc.: 1/40 000, 1/20 000	
2. Cuidados Primários – Unidades estruturantes existentes e propostas – Cenário 2007	
3. Cuidados Continuados – Meta 3 / População 2007 – Unidades existentes, necessidades e propostas, planta e fichas de caracterizaçãodas	
4. Estimativa Populacional – 2007, por área de Centro de Saúde, CS	
5. Estimativa Populacional – 2007, por Agrupamento de Centros de Saúde, ACES	
6. Caracterização das instalações existentes - 2007	
7. Caracterização das unidades propostas - 2007	
8. Evolução da Rede Pública de Cuidados Primários – 1971-2008	
9. Evolução do n.º de médicos e enfermeiros – 2000-2006	
10. Evolução das propostas de Centros de Saúde – 1993-2006	
11. Evolução das propostas de Hospitais – 1993-2006	
12. Legislação e Publicações – Cuidados Primários	
13. Legislação e Publicações – Cuidados Continuados	
14. Quadros Síntese – Unidades Propostas	

Equipa Técnica

NOTA PRÉVIA

Pretendendo-se dar cumprimento ao disposto no art.º 127.º do PDM de 1994 em vigor, foram estabelecidos a partir de 2003 contactos entre a Câmara, através do Departamento de Planeamento Estratégico, e o Ministério da Saúde, através da ARSLVT e outros Serviços daquele Ministério, tendo em vista a elaboração da Rede de Equipamentos de Saúde.

No entanto, só a partir de Abril de 2007 houve condições para equacionar, de forma sistemática e articulada com a ARSLVT, as características da oferta existente ao nível dos cuidados primários, em meios físicos e humanos, o redesenho das áreas de influência dos Centros de Saúde, as alternativas de localização e a determinação dos recursos necessários, para satisfação das necessidades.

Além dos serviços da ARSLVT, com quem o presente trabalho foi elaborado, houve que contactar e obter informação de outros serviços, a saber: a Coordenação Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e em Situação de Dependência, que evoluiu para a actual Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), a Estrutura de Missão Parcerias.Saúde (EMP.S), no âmbito dos cuidados secundários ou hospitalares, e a Coordenadora Regional da Unidade de Missão dos Cuidados de Saúde Primários (UMCSP) junto da ARSLVT.

Para além das dificuldades decorrentes da discrepância por vezes existente, entre dados de diferentes fontes, outras dificuldades houve em obter critérios e normas ou conhecer as orientações da Administração Central. Se com a UMCCI e a UMCSP foi possível obter informação sobre os critérios planeamento e programação, e metas de redução de carências, bem como o dimensionamento dos respectivos equipamentos, já com a EMP.S não foi possível obter informação além da apresentada pela Comissão Técnica Interdepartamental, no Plano de Acções Prioritárias, em Janeiro de 2006, sobre o reordenamento da rede hospitalar em Lisboa.

O presente trabalho assenta nesta fase de planeamento, na adopção da base demográfica que serviu de base à elaboração da Carta Educativa de Lisboa, aprovada pela Assembleia Municipal em 29/4/08 e homologada pela Ministra da Educação em 15/5/08, que exclusivamente leva em conta a população estimada para a cidade em 2007.

A Carta de Equipamentos de Saúde de Lisboa é assim entendida como uma 1.ª fase de planeamento da Rede Pública de Equipamentos de Saúde. Importará pois para além da realização dos cálculos das necessidades e carências, baseados num cenário de manutenção demográfico, a que esta fase da Carta de Equipamentos de Saúde visa dar resposta, proceder ao planeamento da rede de equipamentos de saúde da cidade de Lisboa, atendendo às novas dinâmicas populacionais e às previsões de evolução.

Também numa perspectiva de “planeamento-processo”, com uma metodologia de completamento da Carta e de Monitorização, haverá que garantir através da Gestão e Planeamento Urbanísticos (Licenciamentos, Loteamentos e PMOT), a solução para os equipamentos que agora não se encontram territorializados, por carecerem de processos complexos nomeadamente de negociação ou avaliação da viabilidade do edificado.

REDE DE EQUIPAMENTOS DE SAÚDE

1. Enquadramento normativo

Em cumprimento do art.º 127.º do Regulamento do PDM de Lisboa, aprovado pela Assembleia Municipal em 26/5/94 e ratificado por Resolução do Conselho de Ministros de 14/7/94, a Câmara deveria ter elaborado no prazo de 2 anos, “ ... Cartas Municipais de Equipamentos Desportivos, de Ensino e de Saúde, com uma actualização bienal, a submeter à apreciação das entidades competentes.” (pág. 76).

Por vicissitudes várias, só agora a elaboração da Carta de Equipamentos de Saúde se dá por concluída e apenas numa 1.ª fase de planeamento da Rede, tendo como cenário a população estimada para o momento (2007), e tendo como objectivo a avaliação das necessidades actuais e a satisfação ou a redução das carências.

De acordo com as Normas da DGOTDU (para a Programação e Caracterização de Equipamentos Colectivos - 2002), as câmaras municipais intervêm apenas ao nível da localização dos equipamentos de saúde: no caso dos centros de saúde (CS), com a Administração Regional de Saúde (ARS) e a Direcção-Regional do Ambiente e de Ordenamento do Território (DRAOT); e, no caso dos hospitais, apenas em regime de “colaboração” com a Direcção-Geral das Instalações e Equipamentos de Saúde (DGIES) e com a ARS.

As funções de levantamento das necessidades e de planeamento, ainda de acordo com aquelas Normas, competem à ARS e à Direcção-Geral de Saúde (DGS), no que concerne aos hospitais, e à ARS e à DRAOT (só a primeira função), no que respeita aos Centros de Saúde (CS).

Contudo, a Lei n.º 159/99, de 14/09, que estabelece o quadro de transferência de atribuições e competências para as autarquias locais, bem como de delimitação da intervenção da administração central e local, estipula, no seu art. 22.º, entre outras alíneas, que compete aos órgãos municipais: a) participar no planeamento da rede de equipamentos de saúde concelhios; e) participar nos órgãos consultivos de acompanhamento e avaliação do SNS; h) cooperar no sentido da compatibilização da saúde pública com o planeamento estratégico de desenvolvimento concelhio.

Também o Decreto-Lei n.º 380/99, de 22/09, que, entre outros aspectos, determina a elaboração dos PDM, estabelece que estes instrumentos de ordenamento procedem à definição e

caracterização das áreas de intervenção, identificando as redes de equipamentos, em que se inclui a saúde (alínea b) do art. 85.º), na consideração das necessidades sociais e culturais da população e das perspectivas de evolução económico-social (n.º 2 do art. 17). Neste domínio, os PMOT visam estabelecer a articulação das políticas sectoriais com incidência local (alínea c) do art. 70.º).

No âmbito da reforma da política de saúde em curso, foram recentemente dadas a conhecer finalmente as normas, produzidas pela DGIES, para a criação de unidades de saúde de cuidados primários e continuados, respectivamente: **Orientações para instalações e equipamentos para Unidades de Saúde familiar**, de 13 de Novembro de 2006, e **Recomendações sobre Instalações para Cuidados Continuados**, de Agosto de 2006.

Para uma visão global sobre a evolução e o estado actual do processo de mudança conceptual, de planeamento e gestão dos equipamentos e de produção legislativa sobre estes dois níveis de cuidados de saúde, entre outras dimensões, são anexados dois quadros com o registo dos documentos mais relevantes (Anexos 12 e 13).

2. Antecedentes

Ainda que a coberto do quadro legal anterior de ordenamento e planeamento do território (Decreto-Lei n.º 69/90, de 2/03), a CML elaborou o PDM, publicado em 1994, e um conjunto de PMOT - Planos de Urbanização e Planos de Pormenor – maioritariamente aprovados nos anos 90.

No âmbito dos trabalhos do PDM, foi elaborado um primeiro relatório de Equipamentos de Saúde (Outubro de 1993) pela Divisão de Projecto da Direcção Municipal de Planeamento Estratégico. Neste estudo preliminar, que teve a colaboração do Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde (DEPS do Ministério da Saúde), foi feita a Caracterização e Diagnóstico da situação dos equipamentos públicos (e respectivos recursos) e apresentadas as Medidas para a Melhoria da rede de serviços.

Dando sequência ao disposto no Art. 127.º do Regulamento do PDM, de serem elaboradas bienalmente cartas municipais de equipamentos (submetidas às entidades competentes), em Dezembro de 1997, foi concluído o documento, Carta dos Equipamentos de Saúde: Ponto de Situação. Este documento, da responsabilidade do Departamento de Estudos e Informação Urbana da Direcção Municipal de Planeamento Estratégico e do Departamento de Acção Social (DAS),

ambos da CML, foi o culminar das tarefas desenvolvidas por um Grupo de Trabalho que envolveu também serviços do Ministério da Saúde (ARSLVT e DEPS). Neste diagnóstico, procedeu-se também à inventariação dos equipamentos privados lucrativos e da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML) e ao enquadramento urbanístico de 11 novas unidades de saúde.

A última actualização deste documento, em Janeiro de 2002, foi efectuada pelo Departamento de Estudos e Monitorização Urbana e envolveu o Departamento de Informação Urbana, também da CML, e a ARSLVT. Nesta versão da Carta Municipal dos Equipamentos de Saúde: Ponto de Situação, além do registo dos equipamentos entretanto disponibilizados e dos prioritários, foi acrescentada a lista das farmácias.

Importa ainda mencionar que, em alguns dos PMOT, foram também consideradas as necessidades em CS, nomeadamente: PU de Vale de Chelas, PU do Alto do Lumiar e PU da Zona da Expo (eficazes), e PU de Vale de Santo António, PU da Zona Ribeirinha Oriental (PUZRO), PU de Carnide/Luz e PAT da Coroa Norte de Lisboa (em elaboração).

A consulta dos documentos atrás referidos (de 1993, 1997 e 2002) e os contactos efectuados em 2006 junto de responsáveis do DAS e da Sub-Região de Saúde de Lisboa, possibilitaram o registo cronológico de um conjunto de propostas relativas a CS e Hospitais (respectivamente, nos Anexos 10 e 11).

Ainda que alguns dados possam traduzir, nuns casos, alguma dispersão e até contradição, e noutros, alguma imprecisão, o que se considera mais relevante é o facto de mostrarem que certas propostas, não concretizadas, têm já uma história longa: soluções provisórias com 10 e mais anos (Carnide e Rodrigues Migueis); propostas de substituição com 15 anos (CS de Alcântara e Hospitais de Capuchos, S. José e Santa Marta); propostas de novos equipamentos também com 10 e mais anos (CS Olivais-Parque da Nações e CS Lumiar-Montinho de S. Gonçalo na Alta de Lisboa), etc.

Ao longo deste período, o relacionamento entre os serviços da CML e os da ARSLVT tem sido, frequentemente, caracterizado por falta de diálogo e de coordenação de esforços, disfuncionamentos e pela não assunção de alguns compromissos. Tal tem prejudicado o estabelecimento de soluções, cujas responsabilidades nem sempre poderão ser atribuídas à ARSLVT. Acresce o facto desta entidade revelar, bastantes vezes, dificuldade em aceitar a CML como interlocutor. Todavia, entre outras, foi possível identificar situações em que edifícios para instalação de unidades de saúde foram disponibilizados pela CML e não foram ocupados pela

ARSLVT – casos do Casal Ventoso e Graça, posteriormente entregues à SCML, que no primeiro caso procedeu à instalação de uma unidade de saúde.

O historial contribui para se entender, com maior clareza, a situação actual de degradação dos serviços e equipamentos públicos de saúde na cidade de Lisboa, a grande dimensão das necessidades efectivas e o motivo pelo qual as propostas de resolução de carências constituem uma lista tão extensa.

3. Políticas de saúde

A política da saúde é enquadrada por diplomas legais, com destaque para a Constituição da República Portuguesa (Lei Constitucional n.º 1/2001, de 12/12) e a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24/08, com alterações introduzidas pela Lei 27/2002, de 8/11).

A Constituição, no seu art. 64.º, proclama que “Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover” (n.º 1). Este direito é concretizado “Através de um serviço nacional de saúde universal e geral e (...) tendencialmente gratuito (n.º 2, a)). Entre outros aspectos, “incumbe prioritariamente ao Estado (...) “Garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde” (n.º 3, b)).

A Lei de Bases estabelece as directrizes da política de saúde, entre as quais se salienta: “1 - a) A promoção da saúde e a prevenção da doença fazem parte das prioridades no planeamento das actividades do Estado; (...) d) Os serviços de saúde estruturam-se e funcionam de acordo com os interesses dos utentes e articulam-se entre si e ainda com os serviços de segurança e bem-estar social; (...) g) É promovida a participação dos indivíduos e da comunidade organizada na definição da política de saúde e planeamento e no controlo do funcionamento dos serviços” (Base II). No que respeita ao papel das Autarquias locais, estipula que “participam na acção comum a favor da saúde colectiva e dos indivíduos, intervêm na definição das linhas de actuação em que estejam directamente interessadas e contribuem para a sua efectivação dentro das suas atribuições e responsabilidades” (Base IX); a par do Estado, podem ainda subsidiar e apoiar tecnicamente os serviços de saúde das instituições particulares de solidariedade social (Base XXXVIII, n.º 3). Quanto às administrações regionais de saúde, estipula que “são responsáveis pela saúde das populações da respectiva área geográfica, coordenam a prestação de cuidados de saúde de todos os níveis e adequam os recursos disponíveis às necessidades, segundo a política superiormente definida e de acordo com as normas e directivas emitidas pelo Ministério da Saúde” (Base XXVII, n.º 1). Ainda

que não definindo a sua composição, a Lei prevê a existência de Comissões concelhias de saúde, na qualidade de “órgãos consultivos das administrações regionais de saúde em relação a cada concelho da respectiva área de actuação” (Base XXIX).

De facto, no respeitante à componente de planeamento de cuidados de saúde primários e hospitalares, no período de 1999-2002, decorreu um processo de elaboração de Plano Director Regional da ARSLVT, que não ultrapassou a fase de proposta para discussão pública (por despacho suspensivo do então ministro).

A partir de 2005 assistiu-se, em termos doutrinários, a uma alteração das orientações políticas para o sector da saúde, caracterizadas, no período imediatamente anterior, entre outros aspectos, por uma ausência de planeamento dos equipamentos e serviços de saúde e por uma privatização da gestão hospitalar – estabelecimento de parcerias em saúde, em regime de gestão e financiamento privados, através o DL n.º 185/2002, de 20/08 – no contexto de um aumento crescente do investimento neste sector, por parte do sector privado.

Três factos ilustram o corte com a filosofia anterior: o 1.º, no plano global, traduziu-se no repensar de todo o sistema de saúde, através da criação de unidades de missão e de grupos de trabalho, com as tarefas de proceder a estudos e diagnósticos aprofundados e de apresentar propostas de reformulação da prestação de cuidados de saúde, ao nível dos seus subsistemas: primário, secundário e continuado; o 2.º, no âmbito dos cuidados primários, o acto de ripristinação do DL n.º 157/99, de 10/05, que estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos CS – que havia sido revogado pelo DL n.º 60/2003, de 22/04; e, o 3.º, a transformação dos hospitais SA (Sociedades Anónimas de capitais exclusivamente públicos) em EPE (Entidades Públicas Empresariais).

O facto de quase tudo estar em discussão e em reformulação, no campo da saúde, significa a existência de indefinições quanto às características e ao dimensionamento das redes de equipamentos aos vários níveis de cuidados, quando estão ainda a decorrer alguns dos estudos e diagnósticos, que virão a suportar as opções técnicas e políticas.

Entende-se, assim, a dificuldade ao nível do diagnóstico e planeamento da rede de equipamentos de saúde municipais, não apenas em obter as clarificações dos critérios subjacentes à previsão de necessidades e à configuração das soluções físicas e funcionais, bem como em aceder aos dados estatísticos e aos estudos.

De salientar ainda, a articulação difícil com os serviços da Saúde, em particular com a extinta Sub-Região de Lisboa da ARS – facto revelador de uma atitude de desvalorização do papel da CML neste domínio, o que contraria o espírito da lei e das políticas reformistas actuais.

4. Rede de Equipamentos de Cuidados Primários

4.1 Introdução

Como afirmou o Coordenador da Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP), na Ordem dos Médicos em Janeiro de 2007, “se 2006 foi ano das Unidades de Saúde Familiar, 2007 é o ano dos Centros de Saúde”.

De facto, em 2006 foram lançadas e implementadas as **Unidades de Saúde Familiar (USF)**, como unidades nucleares de prestação de cuidados primários de saúde, de iniciativa dos próprios profissionais, dotadas de autonomia (ainda que integradas e sujeitas ao controlo do SNS) e visando constituir uma resposta mais eficaz (rácio médico/utente superior e redução do n.º de utentes sem médico de família), mais flexível (organização das equipas e dos horários) e de maior proximidade (de dimensão mais pequena - até 18 mil utentes).

Ainda que, no conjunto do País, a meta de 100 USF apontada para 2006 apenas tenha sido atingida um ano depois, é o tipo de unidade que se virá a generalizar e, como tal, é a instalação base da rede de equipamentos de saúde e do processo de planeamento inerente.

Das 13 USF que entraram em funcionamento no distrito de Lisboa, até ao final de 2007, 3 foram implementadas na cidade de Lisboa. Todavia, constata-se que a sua homologação não respeitou as condições físicas recomendadas nas respectivas normas de instalação.

No que respeita à reconfiguração dos CS, a mesma contempla duas dimensões fundamentais: a já mencionada constituição das USF e a agregação de recursos e de estruturas de gestão. Nesta última, as duas medidas mais importantes são a extinção das Sub-Regiões de Saúde (SRS) e a criação de **Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES)**.

No documento orientador (MCSP - **Proposta para a Reconfiguração dos Centros de Saúde**) é afirmado que o “**Centro de saúde** continua a ser o ponto de contacto privilegiado do cidadão e da sua família com o sistema de cuidados de saúde primários” (p. 8).

No respeitante à primeira medida, a Sub-Região de Saúde de Lisboa foi extinta no final de Maio de 2007, tendo as suas atribuições passado para a ARS (art.17.º, Decreto-Lei n.º 222/2007, de 29/05). Quanto à segunda, os ACES são definidos como “unidades de gestão, compostas por um ou mais

centros de saúde, integradas na ARS, I.P. ou em Unidade Local de Saúde, E.P.E. e responsáveis pela organização e integração dos vários níveis de prestação de cuidados de saúde primários, bem como a coordenação e ligação aos diversos parceiros comunitários” (MCSP, idem, p.7).

Foi recentemente aprovado, em Conselho de Ministros de 20/12/2007, o Decreto-Lei que estabelece o **regime de criação, estruturação e funcionamento dos ACES**. Do respectivo Comunicado, são de destacar os aspectos seguintes (siglas e sublinhado nossos):

“Destas unidades funcionais constam as unidades de saúde familiar (USF), as unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP), as unidades de cuidados na comunidade (UCC), as unidades de saúde pública (USP) e as unidades de recursos assistenciais partilhados (URAP), podendo ainda existir outras unidades ou serviços que venham a ser considerados como necessários pelas Administrações Regionais de Saúde. Cada unidade funcional assenta numa equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica, estando garantida a intercooperação com as demais unidades funcionais do centro de saúde e do ACES. Está prevista a existência de um Conselho da Comunidade, sendo ainda mantido o Gabinete do Cidadão.

Os Municípios da área do ACES participam na gestão executiva, através de um representante por eles designado – o presidente do conselho da comunidade – o qual será, por inerência, um dos quatro membros do conselho executivo.

Para efeitos de gestão, salienta-se a existência de contratos-programa, enquanto acordos celebrados entre o director executivo do ACES e o conselho directivo da Administração Regional de Saúde pelo qual se estabelecem, qualitativa e quantitativamente, os objectivos do ACES e os recursos afectados ao seu cumprimento e se fixam as regras relativas à respectiva execução”.

Entretanto, este Decreto-Lei foi publicado em 22 de Fevereiro, com o n.º 28/2008 (na 1.ª série do Diário da República).

No seu Artigo 7.º são especificadas a articulação e a inserção das várias unidades funcionais acima mencionadas, nomeadamente:

“ 2 – Em cada centro de saúde componente de um ACES funciona, pelo menos, uma USF ou UCSP e uma UCC ou serviços desta.

3 – Cada ACES tem somente uma USP e uma URAP.”.

Destas merece destaque a UCC, porque, é a unidade prestadora de “cuidados de saúde e apoio psicológico e social no âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo” (§ 2, Artigo 11.º). O ACES participa, através da UCC, na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, integrando a equipa coordenadora local (§3 Artigo 11.º).

Os ACES, a criar por proposta da ARS, deverão situar-se entre 50 e 200 mil utentes e considerar também alguns critérios de eficiência dos recursos disponíveis e outros de natureza geo-demográfica (acessibilidade, densidade populacional, índice de concentração urbana, índice de envelhecimento, acessibilidade a cuidados hospitalares, divisão administrativa do território e NUT III).

4.2 Metodologia

À semelhança da Carta Educativa de Lisboa, aprovada pela Assembleia Municipal em 29/4/08 e homologada pela Ministra da Educação em 15/5/08, a presente Carta de Equipamentos de Saúde, no que concerne às Redes de Cuidados Primários e de Cuidados Continuados, é encarada como uma **primeira etapa no processo de planeamento** das respectivas Redes, privilegiando a identificação das carências actuais e das propostas para a sua solução.

4.2.1 Base Demográfica

Foi assim adoptada a mesma base demográfica da Carta Educativa, em que é estimada a população da Cidade de Lisboa em 2007, admitindo a manutenção da totalidade da população residente segundo os dados dos Censos de 2001, ainda que com uma diferente distribuição pelo território, segundo os seguintes critérios:

- **OCUPAÇÃO DE FOGOS CONSTRUÍDOS ENTRE 2001 E 2007**

À população residente em 2001, por Freguesia, foram adicionados os habitantes resultantes da ocupação efectiva de novos empreendimentos, construídos e ocupados entre 2001 e 2007, de dimensão significativa, considerando 2,4 habitantes por fogo.

- **FOGOS VAGOS**

Não foi considerada, nesta fase, a ocupação de fogos vagos, nomeadamente a reocupação de fogos devolutos, o que poderá vir a ser revisto à medida que forem definidas políticas municipais para atracção de população e repovoamento de áreas centrais e históricas.

- **MANUTENÇÃO DA POPULAÇÃO RESIDENTE EM 2001**

A população decorrente da ocupação dos novos empreendimentos, considerando 2,4 hab. por fogo, totaliza cerca de 54 000 habitantes.

Para a manutenção dos 564 657 habitantes existentes em 2001, foram retirados em 2007, 53 967 habitantes às Freguesias que apresentam um decréscimo populacional entre 1991 e 2001, na proporção e tendência verificadas entre os dois Censos (1991 e 2001), projectadas para o período de 2001 a 2007.

4.2.2 Limites das Áreas de Influência dos Centros de Saúde

O limites territoriais para o cálculo das necessidades e de carências adoptados são os limites de influência dos actuais Centros de Saúde, a que se introduziram contudo os seguintes ajustamentos, de forma a melhorar a coerência das áreas de influência e acessibilidade dos utentes, atendendo à construção progressiva de novas unidades de saúde, nomeadamente em Alcântara, Carnide e Penha de França:

▪ **CENTROS DE SAÚDE DE ALCÂNTARA E STO. CONDESTÁVEL**

O limite da área de influência do Centro de Saúde de Alcântara passa a passar nas traseiras dos edifícios da Av. de Ceuta, em lugar de passar pelo eixo desta avenida. Assim a população do bairro a Nascente da Av. de Ceuta, pertencente à Freguesia de Sto. Condestável, foi incluída no Centro de Saúde de Alcântara, tal como a restante população do bairro a Poente da Avenida, que pertence àquela Freguesia (Alcântara).

▪ **CENTROS DE SAÚDE DE SETE RIOS E ALVALADE**

O limite da área de influência do Centro de Saúde de Sete Rios passa a passar pela vedação do Estádio Universitário, pelo que a população do bairro das FONSECAS (Freguesia do Campo Grande) e do bairro das Galhardas, a Nascente do Eixo Norte-Sul (Freguesia de S. Domingos de Benfica) passam a pertencer ao Centro de Saúde de Sete Rios e não ao Centro de Saúde de Alvalade.

▪ **CENTROS DE SAÚDE DE BENFICA E LUMIAR**

O limite da área de influência do Centro de Saúde de Benfica irá ficar reduzido, na parte correspondente à freguesia de Carnide, com a proposta de criação de uma Unidade de Saúde em Carnide. A futura Unidade de Saúde, para além da freguesia de Carnide, irá ser limitado pelo Eixo Norte-Sul, entre Telheiras e o Parque dos Príncipes, deixando este bairro (Parque dos Príncipes/Quinta dos Franciscanos) de estar dividido entre Carnide e o CS do Lumiar.

▪ **CENTROS DE SAÚDE DE ALAMEDA E S. JOÃO**

O limite da área de influência do Centro de Saúde da Alameda passa a incluir as zonas contíguas à freguesia do Alto do Pina, pertencentes à Freguesia de S. João e à Freguesia do Beato (Picheleira), entre a Rotunda das Olaias e as novas vias do Plano de Urbanização do Vale de Chelas, Via C ao Vale de Chelas e Av. Marechal Costa Gomes.

▪ **CENTROS DE SAÚDE DA GRAÇA, LUZ SORIANO E PENHA DE FRANÇA**

A área de influência do Centro de Saúde da Graça perde a Freguesia de S. Paulo, que passa para o Centro de Saúde Luz Soriano, e a Freguesia de Santa Engrácia, que passa do Centro de Saúde de S. João, para o Centro de Saúde da Penha de França. A área da Freguesia de Santa Justa, a Nascente do Rossio, passa igualmente para o Centro de Saúde da Penha de França.

4.2.3 Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES)

A proposta do Ministério da Saúde, de configuração dos ACES para a cidade de Lisboa, consta de **3 Agrupamentos**, sediados em Sete Rios (ACES1), Olivais (ACES2) e Lapa (ACES3), cujos limites geográficos correspondem à associação das áreas de influência dos Centros de Saúde anteriormente descritas.

A composição dos ACES em Lisboa é a seguinte:

ACES1 - Alvalade, Benfica, Lumiar e Sete Rios;

ACES2 - Graça, Olivais, Marvila, Penha de França e S. João;

ACES3 - Ajuda, Alameda, Alcântara, Coração de Jesus, Lapa, Luz Soriano, Santo Condestável e São Mamede/Santa Isabel.

4.2.4 Taxa de cobertura, tipologias, dimensionamento e avaliação das instalações existentes

Ainda que, no seu documento orientador, a Unidade de Missão para os Cuidados de Saúde Primários (UMCSP) preveja que as USF abranjam um universo entre 4 mil e 14 mil utentes, os programas funcionais seguintes, que são base de trabalho a aferir caso a caso, correspondem a um intervalo delimitado entre os 5 mil e os 18 mil utentes (o que foi concertado com a UMCSP).

Para o cálculo das necessidades e avaliação das carências, é então assumida uma taxa de cobertura mínima de 1 800 utentes/médico e de 1 550 utentes/enfermeiro.

Na elaboração de programas funcionais para as USF, são identificadas quatro áreas funcionais: área de entrada e de receção, área de apoio administrativo, de coordenação e formação, área de prestação de cuidados de saúde e área de apoios – para as quais os serviços de Planeamento da ARS têm considerado áreas brutas de construção mínimas que são apresentadas no quadro seguinte (Quadro 1).

Quadro 1

PROGRAMA FUNCIONAL (n.º Utentes)	ÁREAS das USF (m ²)					
	Entrada Recepção	Apoio administrativo Coordenação Formação	Prestação cuidados saúde	Apoios Gerais	TOTAL	
					Útil	Bruta
18 000	58	168	420	86	732	1170
15 000	58	168	370	86	683	1093
10 000	52	126	280	66	527	843
5 000	43	63	150	57	314	502

Fonte: MS/DGIES – Orientações para instalações e equipamentos para USF, Nov.2006/Rev. 3)

No anexo 7, foram identificadas para cada Unidade proposta a área bruta de construção necessária de acordo com o respectivo programa funcional.

Para a avaliação das instalações existentes, da viabilidade de manutenção do seu funcionamento ou necessidade de substituição, a ARSLVT definiu critérios que tiveram em conta o uso e a ponderação de indicadores demográficos – população prevista e densidade populacional, o regime jurídico e respectivos encargos – propriedade, cedência, protocolo ou arrendamento, e caracterização das instalações – estado de conservação, funcionalidade, acessibilidade, finalidade da construção e n.º de pisos.

Foram assim discriminadas as Instalações de saúde existentes e propostas:

EXISTENTES

- **A manter** (com boas condições ou ainda com alguma capacidade de resposta);
- **A substituir** (sem condições de funcionamento e de prestação de serviços satisfatórios);

PROPOSTAS

- **Novas** (para satisfazer a cobertura do número de utentes ou para garantir melhor acesso dos utentes aos serviços em locais distantes da sede);
- **Para substituição** (para substituição de instalações sem condições).

Foram designadas unidades estruturantes, as sedes e extensões dos CS e as novas USF, e designadas por complementares as seguintes: Centro de Atendimento e Tratamentos Urgentes (CATUS), Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP), Laboratório (LAB) e Recursos Assistenciais Partilhados, vulgarmente designados por Especialidades (RAP).

4.3 Diagnóstico

Com o reconhecimento do direito à saúde de todos cidadãos em 1971, é estabelecida a primeira rede de CS, orientada para a saúde pública e a medicina preventiva. O SNS (Serviço Nacional de Saúde) é criado em 1979. Em substituição das Administrações Distritais dos Serviços de Saúde, são criadas as Administrações Regionais de Saúde (ARS) em 1982. No mesmo ano, é estruturada a Carreira de Médico de Clínica Geral (responsável pela assistência a 1.500 utentes). Aos Postos da Caixa de Previdência e aos Centros de Saúde Pública sucederam-se, nos anos 80, os CS de 2.^a geração.

Esta breve resenha histórica serve apenas para enquadrar os anos de início de funcionamento dos CS em Lisboa. Entretanto há que explicitar que, em 1999, pelo Decreto-Lei 157/99 de 10 de Maio, surge a 3.^a geração de CS, caracterizada pela definição de unidades funcionais e equipas multiprofissionais com autonomia, a qual não teve aplicação no terreno. A partir de 2006, com as novas orientações do Ministério da Saúde, e sobretudo com a criação do Grupo de Missão para os Cuidados de Saúde Primários, é estabelecido o regime de organização e funcionamento das Unidades de Saúde Familiar (USF) e dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES).

Através da observação do Quadro 2 – em que são apresentados alguns indicadores sobre a instalação das sedes dos CS da capital, por ACES e área de influência dos CS, é possível apresentar as seguintes conclusões:

QUANTO AO ANO DE INÍCIO DE FUNCIONAMENTO

- mais de metade das instalações dos CS correspondem ao período dos Postos da Caixa de Previdência (25%) e da 1.^a geração (31%), embora a maior frequência pertença às da 2.^a geração (38%);
- apenas a construção da sede do CS dos Olivais se concluiu na vigência do DL 157/99 (6%);
- a média por Agrupamento indica que as instalações de CS mais recentes são as dos ACES 1 e 3;
- o ACES2 é o único que abrange instalações de todos os períodos;

QUANTO AO TIPO DE CONSTRUÇÃO

- a generalidade dos edifícios dos CS são projectos adaptados (82%);
- existem CS com projectos específicos nos ACES1 (50%) e ACES2 (20%);
- embora o CS de Sete Rios não seja uma instalação específica, a sua adaptação foi efectuada na fase de construção;

QUANTO AO TIPO DE INSTALAÇÃO

- em mais de 3/4 dos casos as instalações são autónomas, funcionando exclusivamente para as funções de prestação de cuidados de saúde;
- apenas no ACES1 se verifica uma autonomia total;
- o ACES3 é aquele em que o peso das fracções é mais elevado (38%).

Quadro 2

AGRUPAMENTOS DE CENTROS DE SAÚDE (ACES)	CENTROS DE SAÚDE (CS)	DATA DE INÍCIO		TIPO DE CONSTRUÇÃO	TIPO DE INSTALAÇÃO
		CONSTRUÇÃO	FUNCIONAMENTO		
AGRUPAMENTO 1 (Sede: Sete Rios)	Alvalade	-	1997	Específica	Autónoma
	Benfica	1960	1960	Específica	Autónoma
	Lumiar	1970	1972	Adaptada	Autónoma
	Sete Rios	1980	1985	Adaptada	Autónoma
AGRUPAMENTO 2 (Sede: Olivais)	Graça	1930	1983	Adaptada	Fracção
	Olivais	2001	2002	Específica	Autónoma
	Marvila	1970	1972	Adaptada	Autónoma
	Penha de França	1950	1988	Adaptada	Autónoma
	São João	1968	1968	Adaptada	Autónoma
AGRUPAMENTO 3 (Sede: Lapa)	Ajudá	-	1971	Adaptada	Autónoma
	Alameda	1970	1979	Adaptada	Autónoma
	Alcântara	1970	1972	Adaptada	Autónoma
	Coração de Jesus	-	1995	Adaptada	Fracção
	Lapa	1995	1996	Adaptada	Autónoma
	Luz Soriano	-	1977	Adaptada	Fracção
	Sto. Condestável	1960	1964	Adaptada	Autónoma
	S. Mamede e Sta. Isabel	-	-	Adaptada	Fracção

FONTE: Elaboração com base em: MS/DGS – Carta de Equipamentos de Saúde, Sub-Região de Saúde de Lisboa, 2002; MS/ARSLVT - CML/DPE - Plano Director Municipal, Carta da Saúde: Cuidados de Saúde Primários, Dezembro de 2007

As novas orientações para os CS permitiram que várias USF iniciassem o seu funcionamento no Concelho de Lisboa. Em finais de 2006, Rodrigues Migueis e Tílias, em 2007 Carnide e em 2008 Lóios, estando a funcionar em instalações provisórias e algumas sem as condições adequadas.

Além destas, existem mais duas candidaturas para a abertura de USF: Alcântara e S. João.

Constata-se que o número de extensões dos CS, além das respectivas sedes, tem manifestado uma tendência clara para aumentar – entre 1992 e 2002 cresceram em 25% - o que apenas veio a ser revertido após 2005. Como também é possível verificar através do Quadro 3, só no ACES1 se manteve o valor máximo de estabelecimentos atingido em 2005 (11), tendo nos outros dois ACES regredido (3 em ambos). Apesar do quantitativo e da disseminação assinaláveis de instalações, persistem territórios por preencher dentro de uma lógica de proximidade, que a reforma em curso veio a valorizar.

No respeitante aos Serviços de Atendimento Permanente (SAP) – que, entre outras, assumiram a designação de Centros de Atendimento e Tratamento Urgentes (CATUS) – a tendência foi a oposta (tb. Quadro 3): eram 5 em 1992, 3 em 2005 e 0 em 2007; em Lisboa, o último CATUS a ser extinto foi o dos Olivais (no final de 2007). Tal teve por base uma avaliação negativa não apenas sobre a sua eficácia e implicações no sistema de prestação de cuidados primários, como nos seus próprios fundamentos. Na perspectiva da UMCSP, expressa no documento Consulta Aberta, de Dezembro de 2007, poderá ler-se:

“O desafio consistirá em promover a acessibilidade do utente ao seu médico de família/USF, responder eficaz e capazmente às situações de urgência (...) e construir, de acordo com as especificidades de cada local, respostas integradas para o atendimento em horas incómodas.” (p.4).

“A solução imediata passa por a “Consulta Aberta” no seio do hospital, ser assegurada pelo próprio hospital (8h-20h), com a eventual colaboração dos médicos de família do Centro de Saúde (20-24h) – sempre fora do cumprimento do seu horário normal – e o Centro de Saúde, em USF ou não, responsabilizar-se por dar uma resposta no próprio dia a todos os seus utentes, dentro do seu horário normal de funcionamento.” (p.5).

Quadro 3

AGRUPAMENTOS DE CENTROS DE SAÚDE (ACES)	CENTROS DE SAÚDE (CS)	N.º DE EXTENSÕES					N.º DE SAP/CATUS				
		1992	1995	2002	2005	2007	1992 *	1995	2002	2005	2007
AGRUPAMENTO 1 (Sede: Sete Rios)	Alvalade	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0
	Benfica	1	2	3	3	3	1	0	0	1	0
	Lumiar	3	3	3	3	3	1	1	0	1	0
	Sete Rios	1	1	1	4	4	0	0	0	0	0
	<i>Total ACES1</i>	<i>5</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>11</i>	<i>11</i>	<i>2</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>2</i>	<i>0</i>
AGRUPAMENTO 2 (Sede: Olivais)	Graça	3	3	4	4	3	0	0	0	0	0
	Olivais	3	3	4	4	2	1	1	1	1	0
	Marvila	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0
	Penha de França	2	1	2	2	2	0	0	0	0	0
	São João	2	3	2	2	1	1	1	0	0	0
	<i>Total ACES2</i>	<i>10</i>	<i>10</i>	<i>12</i>	<i>12</i>	<i>9</i>	<i>2</i>	<i>2</i>	<i>2</i>	<i>1</i>	<i>0</i>
AGRUPAMENTO 3 (Sede: Lapa)	Ajuda	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Alameda	0	2	2	2	2	0	0	1	0	0
	Alcântara	1	1	1	1	2	0	0	1	0	0
	Coração de Jesus	2	1	3	3	2	0	0	0	0	0
	Lapa	5	1	4	4	2	1	1	0	0	0
	Luz Soriano	1	1	2	2	1	0	0	0	0	0
	Sto. Condestável	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	S. Mamede e Sta. Isabel	2	3	2	2	2	0	0	0	0	0
	<i>Total ACES3</i>	<i>11</i>	<i>9</i>	<i>14</i>	<i>14</i>	<i>11</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
Total LISBOA	26	26	34	37	31	5	4	4	3	0	

FONTE: *Elaboração com base em: CML/Plano Director Municipal - Equipamentos de Saúde (2.ª versão), 1992; MS/DGS/Sub-Região de Saúde de Lisboa, 1995; MS/DGS – Carta de Equipamentos de Saúde, Sub-Região de Saúde de Lisboa, 2002; MS/IGIF - Estatística do Movimento Assistencial dos Centros de Saúde, 2005; MS/ARSLVT - CML/DPE - Plano Director Municipal, Carta da Saúde: Cuidados de Saúde Primários, Dezembro de 2007*

Nota: * Em 1992, existe ainda o registo de um SAP em Moscavide (concelho de Loures), que servia os utentes de Marvila

A alternativa, assim desenhada para a extinção dos SAP/CATUS, em Lisboa, passa pelos modelos de **Consulta aberta** – período de consulta com marcação presencial ou telefónica só no próprio dia -, de **Consulta complementar** – prestada por outro médico que não o de família do utente ou quando este utente não o possui – e pelo **Atendimento complementar** – fora das consultas regulares do CS, em prolongamento de horário após as 20h.

Além das condições físicas e da organização das urgências dos CS, a componente dos recursos humanos é indispensável para que funcionem eficazmente. De acordo com os dados apresentados no Quadro 4, relativos a Dezembro de 2005, trabalhavam nos CS da capital 1.654 profissionais, dos quais metade em actividade clínica – 28% de médicos e 23% de enfermeiros – e a outra metade predominantemente em actividades de suporte a essa mesma actividade – 36% de administrativos/auxiliares e 13% de técnicos superiores/técnicos.

O ACES3 era o que concentrava o maior número de profissionais: 708 (43%).

Analisando a evolução do pessoal clínico, constata-se que entre 2002 e 2005, verificou-se uma quebra de 20%, sendo -18,4% no grupo dos médicos e -23,2% no dos enfermeiros. Como também é notório através da leitura do Quadro 5, este é um decréscimo que atingiu todos os ACES, sobretudo o ACES1, no caso dos médicos (-24,7%), e o ACES2, no dos enfermeiros (-29,1%).

O decréscimo do pessoal clínico generalizou-se a quase todos os CS, com as seguintes excepções:

- Quanto ao número de médicos - Ajuda, Sto. Condestável e S. Mamede e Sta. Isabel (todos do ACES3);
- Quanto ao número de enfermeiros - Lumiar (ACES1), Graça (ACES2), Alcântara e Coração de Jesus (ambos do ACES3).

Esta tendência para a redução do quantitativo de médicos em CS confirma-se ao nível da ARLVT e da SRS de Lisboa (de forma mais pronunciada nesta última), mas não no quadro do Continente em que aumenta ligeiramente. Já no respeitante aos enfermeiros dos CS, a tendência regressiva, manifestada em Lisboa, é infirmada nas outras duas escalas. Esta informação evolutiva pode ser observada com pormenor nos Gráficos apresentados no Anexo 9 (n.º de médicos – total e Medicina Geral e Familiar (MGF) e n.º total de enfermeiros).

Ainda que, depois de 2005, não estejam disponíveis estatísticas sobre pessoal, desagregadas ao nível dos CS, a informação específica a que foi possível aceder sugere a presumível manutenção do quantitativo de profissionais, principalmente de médicos.

Quadro 4

AGRUPAMENTOS DE CENTROS DE SAÚDE (ACES)	CENTROS DE SAÚDE (CS)	EFFECTIVOS 2005				
		MÉDICOS	ENFERMEIROS	OUTRO PESSOAL TÉCNICO SUPERIOR	PESSOAL TÉCNICO	ADMINISTRATIVOS E AUXILIARES
AGRUPAMENTO 1 (Sede: Sete Rios)	Alvalade	26	16	2	4	34
	Benfica	44	25	3	4	51
	Lumiar	48	46	3	5	46
	Sete Rios	53	38	5	4	52
	<i>Total ACES1</i>	<i>171</i>	<i>125</i>	<i>13</i>	<i>17</i>	<i>183</i>
AGRUPAMENTO 2 (Sede: Olivais)	Graça	26	20	1	2	38
	Olivais	35	19	2	4	28
	Marvila	27	18	2	3	25
	Penha de França	27	15	2	2	31
	São João	29	33	2	4	42
	<i>Total ACES2</i>	<i>144</i>	<i>105</i>	<i>9</i>	<i>15</i>	<i>164</i>
AGRUPAMENTO 3 (Sede: Lapa)	Ajuda	23	14	1	3	21
	Alameda	84	48	4	29	101
	Alcântara	24	18	3	4	20
	Coração de Jesus	17	16	2	1	20
	Lapa	35	20	4	5	39
	Luz Soriano	20	13	2	5	21
	Sto. Condestável	16	10	1	1	15
	S. Mamede e Sta. Isabel	20	8	1	3	16
<i>Total ACES3</i>	<i>239</i>	<i>147</i>	<i>18</i>	<i>51</i>	<i>253</i>	
Total LISBOA	554	377	40	83	600	

FONTE: Elaboração com base em: MS/DGS – MS/DGS/Sub-Região de Saúde de Lisboa/DAT - A Saúde do Distrito de Lisboa, 2005; MS/ARSLVT - CML/DPE - Plano Director Municipal, Carta da Saúde: Cuidados de Saúde Primários, Dezembro de 2007

Quadro 5

AGRUPAMENTOS DE CENTROS DE SAÚDE (ACES)	CENTROS DE SAÚDE (CS)	MÉDICOS				ENFERMEIROS			
		EFFECTIVOS		VARIÇÃO 2002/2005		EFFECTIVOS		VARIÇÃO 2002/2005	
		2002	2005	N.º	TAXA (%)	2002	2005	N.º	TAXA (%)
AGRUPAMENTO 1 (Sede: Sete Rios)	Alvalade	31	26	-5	-16,1	31	16	-15	-48,4
	Benfica	52	44	-8	-15,4	29	25	-4	-13,8
	Lumiar	69	48	-21	-30,4	39	46	7	17,9
	Sete Rios	75	53	-22	-29,3	46	38	-8	-17,4
	<i>Total ACES1</i>	<i>227</i>	<i>171</i>	<i>-56</i>	<i>-24,7</i>	<i>145</i>	<i>125</i>	<i>-20</i>	<i>-13,8</i>
AGRUPAMENTO 2 (Sede: Olivais)	Graça	35	26	-9	-25,7	20	20	0	0,0
	Olivais	41	35	-6	-14,6	33	19	-14	-42,4
	Marvila	29	27	-2	-6,9	30	18	-12	-40,0
	Penha de França	36	27	-9	-25,0	21	15	-6	-28,6
	São João	39	29	-10	-25,6	44	33	-11	-25,0
<i>Total ACES2</i>	<i>180</i>	<i>144</i>	<i>-36</i>	<i>-20,0</i>	<i>148</i>	<i>105</i>	<i>-43</i>	<i>-29,1</i>	
AGRUPAMENTO 3 (Sede: Lapa)	Ajuda	21	23	2	9,5	15	14	-1	-6,7
	Alameda	100	84	-16	-16,0	69	48	-21	-30,4
	Alcântara	28	24	-4	-14,3	17	18	1	5,9
	Coração de Jesus	19	17	-2	-10,5	13	16	3	23,1
	Lapa	46	35	-11	-23,9	37	20	-17	-45,9
	Luz Soriano	23	20	-3	-13,0	18	13	-5	-27,8
	Sto. Condestável	16	16	0	0,0	13	10	-3	-23,1
	S. Mamede e Sta. Isabel	19	20	1	5,3	16	8	-8	-50,0
<i>Total ACES3</i>	<i>272</i>	<i>239</i>	<i>-33</i>	<i>-12,1</i>	<i>198</i>	<i>147</i>	<i>-51</i>	<i>-25,8</i>	
Total LISBOA	679	554	-125	-18,4	491	377	-114	-23,2	

FONTE: Elaboração, com base em: MS/DGS – Carta de Equipamentos de Saúde, Sub-Região de Saúde de Lisboa, 2002; MS/DGS/Sub-Região de Saúde de Lisboa/DAT - A Saúde do Distrito de Lisboa, 2005; MS/ARSLVT - CML/DPE - Plano Director Municipal, Carta da Saúde: Cuidados de Saúde Primários, Dezembro de 2007

A Medicina Geral e Familiar (MGF) é a especialidade que identifica o perfil profissional do Médico de Família (MF), ou seja, do clínico generalista que é o primeiro elo da prestação dos cuidados públicos de saúde e relativamente ao qual se estabelecem as taxas de cobertura dos cuidados primários, pelo que importa analisar o peso e a evolução dos médicos desta especialidade.

Através do Quadro 6, em que se apresenta a respectiva evolução entre 2004 e 2007, por ACES e CS, verifica-se que são menos de 400 os MF que prestam serviço nos CS da capital, repartindo-se de forma aproximadamente equitativa pelos três ACES.

Ao decréscimo assinalável entre 2004 e 2005 (-8%) – para o qual não é possível confirmar se se deve à utilização de fontes distintas –, ter-se-á sucedido um período em que é mantido o valor global de MF até agora.

Ainda que o número de MF tenha decrescido nos três ACES, de 2004 a 2007, houve CS que o mantiveram – Lumiar (ACES1), Penha de França, S. João (ACES2) e Alameda (ACES3) – ou até o aumentaram – Olivais (ACES2).

Pese o decréscimo global do quantitativo de MF, o número de utentes inscritos nos CS do concelho de Lisboa aumentou em quase 45 mil (6,2%), no mesmo período. Também segundo o Quadro 7 – relativo ao mesmo período, em que é registada a evolução do número de utentes inscritos, por ACES e CS – o crescimento maior (absoluto e relativo) ocorreu no ACES1, que abrange 4 dos 5 CS onde esta dinâmica foi mais pronunciada. Ainda assim, o CS onde a procura teve o aumento maior foi o da Alameda (ACES3), com mais de 6 mil utentes (+10%).

O CS de S. Mamede e Sta. Isabel foi o único que teve uma redução de quase 7% de inscritos. O acréscimo global de utentes poderá ser explicado pelo surgimento de novas urbanizações, algumas resultantes de processos de realojamento, e, nas zonas mais consolidadas, pela instalação de imigrantes.

Tal situação conduziu, inevitavelmente, a um aumento do rácio do n.º de utentes inscritos por Médico de Clínica Geral (MF), no intervalo de 2004 a 2007: na cidade de Lisboa passou de 1.582 para 1.837 (+14%), com maior incidência nos ACES 3 (+17%) e ACES1 (+16%). Como pode igualmente ser confirmado no Quadro 8, o aumento verificou-se em todos os CS. Ainda assim, de 2005 a 2007, o rácio decresceu em quatro CS: Lumiar (ACES1), Marvila, Penha de França e S. João (ACES3). É de recordar que o valor médio actual deste rácio, na capital e no ACES1, ultrapassa o critério de planeamento estabelecido para as USF e que é de 1800 utentes/MF.

Quadro 6

AGRUPAMENTOS DE CENTROS DE SAÚDE (ACES)	CENTROS DE SAÚDE (CS)	MÉDICOS DE CLÍNICA GERAL (MGF)				
		2004*	2005*	2007**	VARIACÃO 2004/2007	
					N.º	TAXA (%)
AGRUPAMENTO 1 (Sede: Sete Rios)	Alvalade	21	20	20	-1	-4,8
	Benfica	37	37	35	-2	-5,4
	Lumiar	40	36	40	0	0,0
	Sete Rios	53	49	41	-12	-22,6
	<i>Total ACES1</i>	<i>151</i>	<i>142</i>	<i>136</i>	<i>-15</i>	<i>-9,9</i>
AGRUPAMENTO 2 (Sede: Olivais)	Graça	22	21	21	-1	-4,5
	Olivais	30	31	31	1	3,3
	Marvila	23	17	21	-2	-8,7
	Penha de França	22	19	22	0	0,0
	São João	25	24	25	0	0,0
	<i>Total ACES2</i>	<i>122</i>	<i>112</i>	<i>120</i>	<i>-2</i>	<i>-1,6</i>
AGRUPAMENTO 3 (Sede: Lapa)	Ajuda	17	16	15	-2	-11,8
	Alameda	39	37	39	0	0,0
	Alcântara	17	17	15	-2	-11,8
	Coração de Jesus	17	13	13	-4	-23,5
	Lapa	20	17	15	-5	-25,0
	Luz Soriano	18	16	16	-2	-11,1
	Sto. Condestável	14	13	12	-2	-14,3
	S. Mamede e Sta. Isabel	11	9	10	-1	-9,1
	<i>Total ACES3</i>	<i>153</i>	<i>138</i>	<i>135</i>	<i>-18</i>	<i>-11,8</i>
Total LISBOA	426	392	391	-35	-8,2	

FONTE: Elaboração com base em: MS/IGIF - Estatística do Movimento Assistencial dos Centros de Saúde, 2004; MS/ARSLVT/Sub-Região de Saúde - DAT, 2005 e 2007; MS/ARSLVT/DEP e CML/DPE - Plano Director Municipal/Carta da Saúde: Cuidados de Saúde Primários, Dezembro de 2007

Notas: * Em 31 de Dezembro; ** Em 30 de Abril

Quadro 7

AGRUPAMENTOS DE CENTROS DE SAÚDE (ACES)	CENTROS DE SAÚDE (CS)	UTENTES INSCRITOS					
		2004	2005	2006	2007	VARIAÇÃO 2004/2007	
						N.º	TAXA (%)
AGRUPAMENTO 1 (Sede: Sete Rios)	Alvalade	35.286	36.164	37.191	38.533	3.247	8,4
	Benfica	65.539	66.418	67.917	70.183	4.644	6,6
	Lumiar	75.616	77.041	78.845	81.673	6.057	7,4
	Sete Rios	72.450	74.151	75.336	77.069	4.619	6,0
	<i>Total ACES1</i>	<i>248.891</i>	<i>253.774</i>	<i>259.289</i>	<i>267.458</i>	<i>18.567</i>	<i>6,9</i>
AGRUPAMENTO 2 (Sede: Olivais)	Graça	33.593	34.292	34.809	35.939	2.346	6,5
	Olivais	52.378	52.849	54.142	55.022	2.644	4,8
	Marvila	39.066	39.389	39.869	40.950	1.884	4,6
	Penha de França	36.961	37.675	38.220	39.447	2.486	6,3
	São João	39.094	38.903	38.994	40.469	1.375	3,4
	<i>Total ACES2</i>	<i>201.092</i>	<i>203.108</i>	<i>206.034</i>	<i>211.827</i>	<i>10.735</i>	<i>5,1</i>
AGRUPAMENTO 3 (Sede: Lapa)	Ajuda	29.239	29.697	29.846	29.996	757	2,5
	Alameda	55.092	57.181	59.272	61.316	6.224	10,2
	Alcântara	24.694	25.388	25.987	26.880	2.186	8,1
	Coração de Jesus	25.103	25.716	26.589	27.523	2.420	8,8
	Lapa	27.770	28.511	29.049	30.078	2.308	7,7
	Luz Soriano	21.598	22.082	22.627	23.304	1.706	7,3
	Sto. Condestável	20.862	21.067	21.448	21.719	857	3,9
	S. Mamede e Sta. Isabel	19.517	17.630	17.820	18.268	-1.249	-6,8
	<i>Total ACES3</i>	<i>223.875</i>	<i>227.272</i>	<i>232.638</i>	<i>239.084</i>	<i>15.209</i>	<i>6,4</i>
Total Lisboa	673.858	684.154	697.961	718.369	44.511	6,2	

FONTE: Elaboração com base em: MS/IGIF - Estatística do Movimento Assistencial dos Centros de Saúde, 2004 e 2005; MS/ARSLVT - CML/DPE - Plano Director Municipal, Carta da Saúde: Cuidados de Saúde Primários, Dezembro de 2007; MS/ARSLVT/Sub-Região de Saúde de Lisboa, 2006 e 2007

Quadro 8

AGRUPAMENTOS DE CENTROS DE SAÚDE (ACES)	CENTROS DE SAÚDE (CS)	N.º INSCRITOS / MÉDICO DE CLÍNICA GERAL (MGF)		
		2004 *	2005 *	2007 **
AGRUPAMENTO 1 (Sede: Sete Rios)	Alvalade	1.680	1.808	1.927
	Benfica	1.771	1.795	2.005
	Lumiar	1.890	2.140	2.042
	Sete Rios	1.367	1.513	1.880
	<i>Total ACES1</i>	<i>1.648</i>	<i>1.787</i>	<i>1.967</i>
AGRUPAMENTO 2 (Sede: Olivais)	Graça	1.527	1.633	1.711
	Olivais	1.746	1.705	1.775
	Marvila	1.699	2.317	1.950
	Penha de França	1.680	1.983	1.793
	São João	1.564	1.621	1.619
	<i>Total ACES2</i>	<i>1.648</i>	<i>1.813</i>	<i>1.765</i>
AGRUPAMENTO 3 (Sede: Lapa)	Ajuda	1.720	1.856	2.000
	Alameda	1.413	1.545	1.572
	Alcântara	1.453	1.493	1.792
	Coração de Jesus	1.477	1.978	2.117
	Lapa	1.389	1.677	2.005
	Luz Soriano	1.200	1.380	1.457
	Sto. Condestável	1.490	1.621	1.810
	S. Mamede e Sta. Isabel	1.774	1.959	1.827
	<i>Total ACES3</i>	<i>1.463</i>	<i>1.647</i>	<i>1.771</i>
Total LISBOA		1.582	1.745	1.837

FONTE: Elaboração com base em: MS/IGIF - Estatística do Movimento Assistencial dos Centros de Saúde, 2004; MS/ARSLVT/Sub-Região de Saúde - DAT, 2005 e 2007; MS/ARSLVT/DEP e CML/DPE - Plano Director Municipal/Carta da Saúde: Cuidados de Saúde Primários, Dezembro de 2007

Notas: * Em 31 de Dezembro, o N.º de Utentes Inscritos e o N.º de MGF; ** Em 30 de Abril, o N.º de MGF

Quadro 9

AGRUPAMENTOS DE CENTROS DE SAÚDE (ACES)	CENTROS DE SAÚDE (CS)	% DE UTENTES SEM MÉDICOS DE FAMÍLIA		
		2004	2005	2007
AGRUPAMENTO 1 (Sede: Sete Rios)	Alvalade	14,6	15,0	17,6
	Benfica	9,5	12,8	14,5
	Lumiar	19,5	20,2	23,5
	Sete Rios	0,0	7,6	14,8
	<i>Total ACES1</i>	<i>10,5</i>	<i>13,9</i>	<i>17,8</i>
AGRUPAMENTO 2 (Sede: Olivais)	Graça	0,0	1,9	4,0
	Olivais	9,9	14,7	13,0
	Marvila	15,5	15,3	20,7
	Penha de França	0,0	4,0	8,5
	São João	6,1	7,2	13,1
	<i>Total ACES2</i>	<i>6,9</i>	<i>9,2</i>	<i>12,2</i>
AGRUPAMENTO 3 (Sede: Lapa)	Ajuda	8,1	12,5	26,2
	Alameda	0,0	1,7	1,9
	Alcântara	0,0	2,7	11,4
	Coração de Jesus	12,5	17,7	23,5
	Lapa	0,0	2,7	8,0
	Luz Soriano	0,0	2,1	2,0
	Sto. Condestável	3,6	0,3	20,7
	S. Mamede e Sta. Isabel	8,9	19,5	10,2
	<i>Total ACES3</i>	<i>3,5</i>	<i>6,5</i>	<i>11,4</i>
Total LISBOA		7,1	10,0	14,1

FONTE: Elaboração com base em: MS/IGIF - Estatística do Movimento Assistencial dos Centros de Saúde, 2004 e 2005; MS/ARSLVT - CML/DPE - Plano Director Municipal, Carta da Saúde: Cuidados de Saúde Primários, Dezembro de 2007; MS/ARSLVT/Sub-Região de Saúde de Lisboa, 2007

A par deste facto, verificou-se, também no intervalo de 2004 a 2007 – segundo os dados mais recentes da ARSLVT –, uma duplicação do valor dos inscritos sem MF, que de 7% passou para 14% (Quadro 9) ou, em termos absolutos, de 46.481 para 101.208 inscritos. Numa primeira leitura este número pode parecer excessivo, mas corresponderá à realidade, podendo recordar-se que, nos últimos quatro anos, houve um aumento de 6,2% no total de inscritos em CS e uma redução de 8,2% no total de MF.

Embora seja no ACES1 que a cobertura de MF é mais deficiente (18% de inscritos s/ MF), particularmente no CS do Lumiar (23,5% s/ MF), é no ACES3 que se encontram os CS mais carenciados – Ajuda, Coração de Jesus e Sto. Condestável (respectivamente, 26,2%, 23,5% e 20,7% s/ MF) – e também os menos carenciados – Alameda e Luz Soriano (respectivamente, 1,9% e 2% s/ MF).

A dimensão do problema não é dirimida pelo facto de, actualmente, quase 16 mil dos utentes inscritos em CS da capital optar por não possuir MF, o que corresponde a quase 16% dos inscritos que não têm MF. Tal é possível confirmar com maior pormenor através da leitura do Quadro 10.

Apesar de, como foi referido, o ACES1 ser o Agrupamento com a maior carência em MF, é o que revela o número mais elevado de utentes inscritos que opta por não os possuir (3%).

Apesar do decréscimo tendencial da população revelado pelos dados censitários, do que poderia concluir-se por necessidades supostamente menores, aquilo a que se assiste, nos últimos anos, é a um aumento global dos utentes dos CS e do número dos que não possuem MF.

Importará pois para além da realização dos cálculos das necessidades e carências, baseados num cenário de manutenção demográfico, a que esta fase da Carta de Equipamentos de Saúde visa dar resposta, proceder ao planeamento da rede de equipamentos de cuidados primários de saúde da cidade de Lisboa, atendendo às novas dinâmicas populacionais e às previsões de evolução.

Quadro 10

AGRUPAMENTOS DE CENTROS DE SAÚDE (ACES)	CENTROS DE SAÚDE (CS)	UTENTES INSCRITOS 2007									
		SEM MÉDICO DE FAMÍLIA						COM MÉDICO DE FAMÍLIA		TOTAL	
		P/ CARÊNCIA DO CS		P/ OPÇÃO DO UTENTE		TOTAL		N.º	%	N.º	%
		N.º	%	N.º	%	N.º	%				
AGRUPAMENTO 1 (Sede: Sete Rios)	Alvalade	5.696	14,8	1.100	2,9	6.796	17,6	31.737	82,4	38.533	100,0
	Benfica	8.546	12,2	1.660	2,4	10.206	14,5	59.977	85,5	70.183	100,0
	Lumiar	17.194	21,1	2.018	2,5	19.212	23,5	62.461	76,5	81.673	100,0
	Sete Rios	8.448	11,0	2.994	3,9	11.442	14,8	65.627	85,2	77.069	100,0
	<i>Total ACES1</i>	<i>39.884</i>	<i>14,9</i>	<i>7.772</i>	<i>2,9</i>	<i>47.656</i>	<i>17,8</i>	<i>219.802</i>	<i>82,2</i>	<i>267.458</i>	<i>100,0</i>
AGRUPAMENTO 2 (Sede: Olivais)	Graça	1.020	2,8	428	1,2	1.448	4,0	34.491	96,0	35.939	100,0
	Olivais	6.631	12,1	540	1,0	7.171	13,0	47.851	87,0	55.022	100,0
	Marvila	8.319	20,3	166	0,4	8.485	20,7	32.465	79,3	40.950	100,0
	Penha de França	1.855	4,7	1.500	3,8	3.355	8,5	36.092	91,5	39.447	100,0
	São João	4.619	11,4	697	1,7	5.316	13,1	35.153	86,9	40.469	100,0
	<i>Total ACES2</i>	<i>22.444</i>	<i>10,6</i>	<i>3.331</i>	<i>1,6</i>	<i>25.775</i>	<i>12,2</i>	<i>186.052</i>	<i>87,8</i>	<i>211.827</i>	<i>100,0</i>
AGRUPAMENTO 3 (Sede: Lapa)	Ajuda	7.372	24,6	475	1,6	7.847	26,2	22.149	73,8	29.996	100,0
	Alameda	207	0,3	956	1,6	1.163	1,9	60.153	98,1	61.316	100,0
	Alcântara	2.341	8,7	726	2,7	3.067	11,4	23.813	88,6	26.880	100,0
	Coração de Jesus	5.939	21,6	541	2,0	6.480	23,5	21.043	76,5	27.523	100,0
	Lapa	1.577	5,2	827	2,7	2.404	8,0	27.674	92,0	30.078	100,0
	Luz Soriano	15	0,1	446	1,9	461	2,0	22.843	98,0	23.304	100,0
	Sto. Condestável	4.271	19,7	222	1,0	4.493	20,7	17.226	79,3	21.719	100,0
	S. Mamede e Sta. Isabel	1.259	6,9	603	3,3	1.862	10,2	16.406	89,8	18.268	100,0
	<i>Total ACES3</i>	<i>22.981</i>	<i>9,6</i>	<i>4.796</i>	<i>2,0</i>	<i>27.777</i>	<i>11,6</i>	<i>211.307</i>	<i>88,4</i>	<i>239.084</i>	<i>100,0</i>
Total LISBOA	85.309	11,9	15.899	2,2	101.208	14,1	617.161	85,9	718.369	100,0	

FONTE: Elaboração com base em: MS/ARSLVT - CML/DPE - Plano Director Municipal, Carta da Saúde: Cuidados de Saúde Primários, Dezembro de 2007; MS/ARSLVT/DAT, 2007

4.4 Proposta de redução de carências

Como foi referido, o presente documento baseia-se na estimativa populacional para a cidade de **Lisboa em 2007**, com o objectivo da identificação das carências e estabelecimento de propostas e prioridades de intervenção, considerado como **uma primeira etapa do processo de Planeamento da Rede de Equipamentos de Saúde**.

Numa segunda fase, deverá ser avaliada a população que a cidade poderá vir a albergar ou a que seja desejável que possa constituir-se como população de Lisboa, admitindo nomeadamente o repovoamento e o rejuvenescimento das zonas consolidadas e históricas.

Em função da população previsível, deverão então ser avaliadas as necessidades e garantidas soluções, sem horizonte temporal para a sua execução, mas como princípio de **precaução para a sustentabilidade territorial da cidade de Lisboa**.

Conforme a metodologia já descrita, foram nesta fase avaliadas as actuais instalações pela ARSLVT e, em conjunto com a Câmara, identificadas aquelas que deverão desde já ser encaradas como a substituir, podendo numa segunda fase vir a determinar-se ainda outras instalações para substituição.

Assim, **das 33 instalações existentes, 18 foram consideradas a substituir nesta fase**, ainda que por razões diversas e com diferentes graus de prioridade, adiante detalhados em cada ACES e por Área de Influência dos CS.

Considerando a totalidade das unidades de saúde existentes, como se estivessem concretizadas as substituições preconizadas, as carências, calculadas segundo os critérios já descritos, são ainda de **7 Unidades de Saúde novas**, cuja localização é igualmente identificada em detalhe em cada ACES seguidamente.

As propostas para as Unidades de Saúde, novas ou para substituição, são agrupadas conforme as respectivas localizações se encontram já definidas ou não.

No primeiro caso, consideram-se como definidas as localizações cujos terrenos se encontram já adquiridos pela ARS (Parque das Nações) ou com cedência aprovada pela Assembleia Municipal (Carnide), as parcelas já reservadas no âmbito de Plano plenamente eficaz (Alto do Lumiar) ou objecto de despacho ou deliberação nesse sentido. No segundo caso, são identificadas localizações apenas preferenciais, recomendando-se a realização de estudos de viabilidade ou de alternativas.

As maiores carências situam-se nos ACES1 e ACES3, no primeiro caso relativamente a propostas novas e, no segundo, a propostas para substituição. É na área de influência do CS de Benfica que se localizam as maiores necessidades em termos quantitativos.

O quadro 11 sintetiza o atrás descrito, podendo ser consultada informação mais detalhada sobre as instalações a manter e a substituir, e a totalidade das propostas, no quadro constante do **Anexo 2**. Poderá ainda ser consultada informação complementar nos anexos 6 e 7.

Quadro 11

AGRUPAMENTOS DE CENTROS DE SAÚDE (ACES)	CENTROS DE SAÚDE (CS)	SITUAÇÃO			
		Propostas Novas		Propostas para Substituição	
		Localização definida	Localização a definir	Localização definida	Localização a definir
AGRUPAMENTO 1 (Sede: Sete Rios)	Alvalade	-	-	-	-
	Benfica	1	-	2	-
	Lumiar	1	-	1	2
	Sete Rios	1	-	-	1
	<i>Total ACES1</i>	3	0	3	3
AGRUPAMENTO 2 (Sede: Olivais)	Graça	-	-	-	2
	Olivais	1	-	1	-
	Marvila	-	1	-	-
	Penha de França	-	-	-	3
	São João	-	-	-	-
	<i>Total ACES2</i>	1	1	1	5
AGRUPAMENTO 3 (Sede: Lapa)	Ajuda	-	1	-	1
	Alameda	-	1	-	-
	Alcântara	-	-	1	1
	Coração de Jesus	-	-	-	2
	Lapa	-	-	-	-
	Luz Soriano	-	-	-	2
	Sto. Condestável	-	-	-	1
	S. Mamede e Sta. Isabel	-	-	-	-
	<i>Total ACES3</i>	0	2	1	7
Total LISBOA	4	3	5	15	

Fontes: Elaboração, c/ base em: CML/DPE - Base Demográfica para a Carta Educativa do Concelho de Lisboa, 2008; Comissão para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e dos Cidadãos em Situação de Dependência, 2006; CML/DPE, MS/ARSLVT – Reordenamento da Área de influência dos CS de Lisboa, 2007

Além das carências agora identificadas, 2 áreas da cidade deverão a prazo vir a ser melhor servidas por cuidados primários de saúde, devendo procurar-se uma localização para a instalação de uma Unidade de Saúde mais próxima do local de residência: Telheiras e Beato.

Aquando da reavaliação das necessidades correspondentes à presente fase da Carta dos Equipamentos de Saúde, num quadro demográfico incorporando a população prevista após 2007, estas 2 localizações deverão igualmente ser equacionadas.

ACES 1 – SETE RIOS

CENTRO DE SAÚDE DE BENFICA

Para a área de influência do Centro de Saúde de Benfica é proposta uma unidade de saúde em Carnide (5 P - Carnide), a Poente da Casa do Artista, para cobertura de toda a Freguesia, substituindo a actual Extensão de Saúde instalada num pavilhão pré-fabricado na Quinta do Bacelo, com maus acessos e cobrindo apenas 25% dos utentes.

A actual Unidade 5 D – Rodrigues Miguéis, instalada num pré-fabricado deverá ser substituída no mesmo local por um novo edifício (5 Q – Rodrigues Migueis). Com a construção das duas Unidades, 5 P - Carnide e 5 Q – Rodrigues Migueis , será desactivada a Unidade 5 C -Marechal Carmona, na R.Dr.Baptista de Sousa.

É ainda proposta uma unidade nova no Bairro da Boa Vista (5 R – Boa Vista), apenas para cobertura local, dada a distância do Bairro à extensão mais próxima.

CENTRO DE SAÚDE DO LUMIAR

Na Alta de Lisboa, é proposta uma unidade de saúde no Montinho de S. Gonçalo (9 P - Montinho de S. Gonçalo) para substituição da 9 C - Charneca na Rua Cidade de Lisboa no Concelho de Loures, e outra (9 R – Alta de Lisboa Sul) na Malha 18, para vir a substituir as actuais lojas (9 D – Alta de Lisboa) na ex-Musgueira.

Dada a natureza do empreendimento, as capacidades das unidades devem ser calculadas em função do n.º de habitantes previsto e não com base na população existente em 2007.

Entretanto, é proposta uma unidade nova no Vale da Ameixoeira (9 Q – Vale da Ameixoeira), junto à Estrada Militar, para cobertura da população residente a Poente do Eixo Norte-Sul, das freguesias da Charneca e Ameixoeira.

Esta unidade (9 Q – Vale da Ameixoeira) encontra-se inserida nos Objectivos Estratégicos aprovados pela Câmara em 1/3/06 para o PAT da Coroa Norte de Lisboa, constando das acções prioritárias.

A prazo deverá ser equacionada a substituição das instalações da actual sede (9 A – Lumiar) instalada num edifício de habitação com 6 pisos, com deficientes acessos verticais, devendo ser analisada a possibilidade de criação de novas instalações na cerca do actual Hospital Pulido Valente ou na sua proximidade.

CENTRO DE SAÚDE DE SETE RIOS

Para substituição da unidade 17 B – Tílias, no Bairro das Furnas, é proposta uma nova unidade (17 P - LM Alto Moinhos) localizada de forma mais central em relação à área a Norte do Eixo Norte-Sul, que na impossibilidade de se localizar no PP da Palma de Baixo, localização preferencial, poderá ser localizada no LM do Alto dos Moinhos.

Desdobrando a cobertura do edifício sede, junto a Sete Rios, e aproximando os serviços da zona central de Campolide, é proposta uma nova unidade (17 Q – Mercado Campolide) aproveitando o recinto do antigo Mercado Municipal, na Rua General Taborda.

ACES 2 – OLIVAIS

CENTRO DE SAÚDE DA GRAÇA

Para a Unidade 7 A – Tv. das Mónicas estão previstas obras que lhe permitirão prolongar no tempo a sua capacidade de resposta. As actuais instalações 7 B – Rua do Alecrim e 7 D - São Nicolau deverão ser substituídas por duas novas unidades, uma a localizar na zona da Baixa, (7 Q - Baixa), no âmbito da elaboração do PP da Baixa, e outra na zona da Graça (7 P – Graça), sem localização definida, podendo eventualmente vir a instalar-se através do reaproveitamento de um edifício devoluto.

CENTRO DE SAÚDE DOS OLIVAIS

Trata-se de um território bastante extenso, devendo instalar-se uma nova unidade no Parque das Nações (12 P – Parque das Nações).

Para cobertura da população de Olivais Sul, é proposto a longo prazo o reaproveitamento das instalações do CATUS (12 A - CATUS), junto à Av. Marechal Gomes da Costa, eventualmente

com ampliação do edifício, passando as novas instalações a designar-se por 12 Q - Ampliação CATUS.

CENTRO DE SAÚDE DE MARVILA

Para satisfação das necessidades, actuais e futuras, deverá ser criada uma nova unidade (11 Q – Parque Saúde Oriental), propondo-se que a sua localização seja estudada no âmbito do PP do Parque Oriental Hospitalar.

CENTRO DE SAÚDE DE PENHA DE FRANÇA

São consideradas a substituir as instalações 13 A – Rua Luís Pinto Moitinho e 13 B - R.Damasceno Monteiro, estando prevista a construção a médio prazo de novas instalações (13 P - PU Vale Sto António) na Av. General Roçadas, no âmbito de um dos loteamentos municipais abrangidos pelo PU do Vale de Santo António, para servir o acréscimo populacional previsto.

Paralelamente encontra-se em estudo a viabilidade de criação de 2 Unidades pelo reaproveitamento de um armazém pertencente ao Hospital de São José, localizado na sua periferia, e de um edifício na Rua Angelina Vidal, propriedade da Segurança Social.

As actuais instalações situadas no Largo do Intendente (13 C - Seguros) deverão ser desactivadas a prazo.

CENTRO DE SAÚDE DA ALAMEDA

Considerando o congestionamento das actuais instalações da Rua Carvalho Araújo (2 A - R.Carvalho Araújo) e o desnível existente entre a zona da Alameda D. Afonso Henriques e a do Alto do Pina/Picheleira/Olaias, deverá ser prevista uma nova unidade de saúde na zona das Olaias, para o que é sugerida a avaliação da viabilidade de utilização de parte do edifício dos Serviços Sociais da CML.

ACES 3 – LAPA

CENTRO DE SAÚDE DA AJUDA

A Ajuda dispõe apenas de uma unidade a substituir localizada na Tv. Das Florindas, sendo propostas 2 unidades distanciadas, de modo a cobrir a população da Ajuda (1 Q – Hospital Militar) e do Restelo (1 P – EPUL Alto do Restelo).

A primeira unidade (1 Q – Hospital Militar) poderia com vantagem localizar-se nas proximidades, nas instalações do Hospital Militar de Belém, na Rua do Guarda-jóias, enquanto que a segunda (1 P – EPUL Alto do Restelo) deverá localizar-se no conjunto de áreas destinadas a Equipamentos Colectivos da Rede Pública do Loteamento do Alto do Restelo, da responsabilidade da EPUL.

CENTRO DE SAÚDE DA ALCÂNTARA

Território muito extenso, abrangendo 2 freguesias desde o limite do Concelho confinante com o Município de Oeiras até aos acessos à Ponte 25 de Abril, é servida por apenas uma unidade de saúde (3 A – Calçada da Tapada) na Calçada da Ajuda, a substituir. São propostas 2 unidades, localizadas uma em cada uma das freguesias.

Uma das unidades (3 Q – PU Alcântara) deverá localizar-se no âmbito da elaboração do PP de Alcântara, enquanto que outra deverá localizar-se na zona de Pedrouços, para o que é proposta a afectação de uma parcela municipal na Rua dos Cordoeiros a Pedrouços, n.º 50 (3 P – Rua dos Cordoeiros a Pedrouços).

CENTRO DE SAÚDE DE CORAÇÃO DE JESUS

Ambas as actuais instalações são a abandonar (6 A – Av.Ressano Garcia e 6 B – Av.Duque Loulé), propondo-se para a sua substituição uma unidade (6 P – R.Pedro Nunes) a construir numa parcela desocupada na Rua Pedro Nunes, propriedade do Ministério da Saúde, e outra unidade (6 Q – H.Santa Marta/Capuchos) a instalar num dos Hospitais a desactivar no centro da cidade, preferencialmente no Hospital de Santa Marta ou eventualmente no Hospital dos Capuchos.

CENTRO DE SAÚDE LUZ SORIANO

Área relativamente reduzida mas de topografia acidentada, se atendermos igualmente aos novos limites propostos. Dispõe actualmente de uma unidade de saúde instalada em 2 andares de um edifício do Bairro Alto que se entende deverá ser substituída por duas unidades, uma na mesma zona mas com melhor acessibilidade exterior e interior (10 P - Bairro Alto), reaproveitando eventualmente um edifício devoluto, e uma outra unidade na zona ribeirinha, na zona do Aterro da Boa Vista (10 Q – Aterro Boa Vista).

CENTRO DE SAÚDE DE S.TO CONDESTÁVEL

Considerado anteriormente pela ARSLVT como devendo ser abandonado, a actual unidade de saúde (14 A – Rua do Patrocínio) deverá vir a sofrer obras de beneficiação com a criação dos ACES. A prazo deverá vir a ser substituída por outras instalações a localizar na zona de Campo de Ourique, devendo ser localizada conjuntamente com uma Unidade de Cuidados Continuados, no âmbito da elaboração do PP das Amoreiras.

4.4 Proposta de Intervenção Prioritária

Tendo em atenção a dimensão das carências e a respectiva lista de intervenções propostas, considera-se que deverão ser estabelecidas prioridades de modo a orientar o esforço de financiamento.

Assim, na lista seguinte, são identificadas as ações mais urgentes e que poderão ser realizadas de imediato.

As restantes intervenções, ainda que destinadas a satisfazer carências existentes, não poderão ser executadas no mesmo curto prazo, como são os casos das localizações que dependem da conclusão e aprovação de instrumentos de planeamento.

Unidades cujo processo de construção pode ser iniciado

- (12 P) - Parque das Nações
propriedade da ARSLVT, Alameda dos Oceanos
- (9 P) - Montinho de S. Gonçalo
propriedade municipal, Rua João Amaral
- (5 P) – Carnide
propriedade municipal
(cedência à ARSLVT em direito de superfície aprovada pela AM em 12/7/05)
- (5 Q) - Rua Dr. Rodrigues Migueis
propriedade municipal
reconstrução no próprio local
- (17 Q) – Campolide
propriedade municipal, recinto do antigo Mercado Municipal
- (3 P) – Pedrouços
propriedade municipal, Rua dos Cordoeiros a Pedrouços, 50
- (9 Q) - Vale da Ameixoeira
propriedade municipal, delimitação a definir a poente da Estrada Militar
- (5 R) - Bairro da Boa Vista
propriedade municipal, delimitação a definir a sul do Bairro

4.6 Metodologia de Completamento e Monitorização

São duas, as Unidades de Saúde que na presente fase não dispõem sequer de sugestão para a sua localização, pelo que se torna necessário manter presente a necessidade de estudo de soluções no decurso da actividade camarária, de gestão e planeamento urbanísticos (Licenciamentos, Loteamentos e PMOT).

É pois indispensável, assegurar um processo de monitorização que garanta, por um lado, o registo das Unidades que progressivamente venham a ser instaladas e a concretização da afectação de terrenos e edifícios prevista na Carta, mas também, que permita disponibilizar, a cada momento, informação actualizada sobre as carências ainda a satisfazer, aos serviços que no âmbito da sua actividade devem contribuir para a definição das soluções em falta.

5. Rede de Equipamentos de Cuidados Continuados

5.1 Introdução

Em meados de 2006 foi lançada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), destinada a idosos e pessoas dependentes, e tendo por base a articulação entre os Ministérios da Saúde e do Trabalho e Solidariedade Social.

Há cerca de 10 anos, o poder político identificou o problema e tomou algumas iniciativas. Entre estas merece destaque o Protocolo de Cooperação / Projecto Integrado de Cuidados Continuados de Saúde e Apoio Social do Concelho de Lisboa – assinado em 24/11/1998 pela ARS de Lisboa e Vale do Tejo – Sub-Região de Saúde de Lisboa, pelo Centro Regional de Segurança Social (CRSS) de Lisboa e Vale do Tejo - Serviço Sub-Regional de Lisboa, da Segurança Social, pela Câmara Municipal de Lisboa - Acção Social e pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa – que não teve quaisquer resultados. Assim, apenas agora as iniciativas, então planeadas, vieram a ser concretizadas num programa nacional coerente e com procedimentos e metas definidos com clareza.

A par da reforma dos cuidados de saúde primários, a criação e o desenvolvimento da RNCCI são assumidos como uma das prioridades da política de saúde do actual Governo. Se 2006 foi o ano da sua criação, de implementação de projectos-piloto e de serviços comunitários de proximidade, em 2007 verificou-se o seu alargamento, aliás na prossecução de um cronograma estratégico previamente definido, adiante explanado.

Um dos objectivos principais desta Rede é a de assegurar uma resposta coerente e integrada às pessoas que se encontrem em situação de dependência temporária ou prolongada, com proximidade de prestação dos cuidados, adaptadas às necessidades do cidadão e centradas no utente, que **se querem individualizados e humanizados com abordagem multidisciplinar** (planos individuais de intervenção),. Assim, perspectiva-se a sua constituição por “unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e ou de apoio social, e de cuidados e acções paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais” (MCCS - Comunicação social).

A tipologia definida para as unidades e equipas da RNCCI é a seguinte (cf. capítulos IV e V do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho):

- UNIDADES DE INTERNAMENTO

unidades de convalescença (UC)

(pós-operatório, doença crónica descompensada),

unidades de média duração e reabilitação (UMD)

(até 90 dias: AVC, fractura de colo do fémur),

unidades de longa duração e manutenção (ULD)

(superior a 90 dias: doenças neurodegenerativas);

unidades de cuidados paliativos (UCP)

(doenças oncológicas);

- UNIDADES DE AMBULATÓRIO

unidade de dia e promoção da autonomia (UDPA)

(pessoas sem condições para serem tratadas em casa);

- EQUIPAS HOSPITALARES

equipas de gestão de altas

(equipas multidisciplinares para assegurar a continuidade de cuidados no processo de reabilitação dos doentes que obtiveram alta)

equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos

(para articular e superintender os cuidados aos doentes em tratamentos paliativos complexos);

- EQUIPAS DOMICILIÁRIAS

equipas de cuidados continuados integrados

(equipas multidisciplinares, da responsabilidade dos CS/USF e das entidades de apoio social, para pessoas em situação de dependência funcional que não requerem internamento mas que não se podem deslocar)

equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos

(equipas multidisciplinares para prestar assessoria específica aos profissionais que prestam serviços domiciliários).

Foi sugerida pela Coordenadora da Missão para os Cuidados Continuados de Saúde, também a este nível de cuidados, a focalização da CML em terrenos e instalações destinados a unidades de internamento de longa duração.

A coordenação da Rede é assumida ao nível nacional e, no plano operativo, ao nível regional e ao nível local. No último nível, esta função é assegurada por **Equipas de Coordenação Local (ECL)**, cujo âmbito territorial coincide com a área de influência dos CS. Têm composição multidisciplinar e intersectorial: no mínimo devem possuir 1 médico, 1 enfermeiro e 1 assistente social, em representação da ARS e do CDSS; e, “sempre que necessário”, 1 representante da câmara municipal, designado pelo respectivo presidente (cf. Despacho n.º 19040/2006, de 19 de Setembro).

No plano das respostas, em número de unidades de internamento e de unidades de dia e de promoção da autonomia, necessárias à satisfação das necessidades da população em cuidados continuados integrados, prevê-se que a RNCCI atinja uma cobertura a 100% apenas no período de 2013-2016.

Na cidade de Lisboa, em Fevereiro de 2009, o nº de camas e/ou de lugares, segundo as várias valências, é o seguinte:

Unidades de Convalescença (UC)

- Instituto S. João de Deus/Residência S. João de Ávila - 25
- Associação dos Empregados do Comércio de Lisboa - 23

Unidades de Internamento de Média Duração (UMD)

- Sociedade Portuguesa de Serviços de Apoio e Assistência a Idosos (Domus Vida) – 22

Unidades de Internamento de Longa Duração (ULD)

- Associação de Paralesia Cerebral de Lisboa/Centro Nuno Krus Abecasis - 12

Unidades de Internamento de Cuidados Paliativos (UCP)

Não existem unidades da RNCCI.

Unidades de Dia e de Promoção da Autonomia (UDPA)

Não existem unidades da RNCCI.

5.2 Metodologia

Como foi referido, a estratégia nacional definida para a implementação da RNCCI, numa lógica de parcerias público-privadas e de protocolos com as Misericórdias, prevê que a satisfação das necessidades venha a atingir os **100% no período de 2013-2016**. Entretanto, as metas intermédias fixadas foram as seguintes: cobertura a **30%, de 2006 a 2008**; e a **60%, de 2009 a 2013**.

Os critérios, utilizados na determinação do n.º de camas ou de lugares das unidades de cuidados continuados necessárias, respeitaram os rácios transmitidos pela então Coordenação Nacional, no seu cenário de redução de carências para o período de 2006-2008, e os que foram posteriormente explicitados no Relatório de Monitorização da Implementação das Experiências-piloto, para os períodos ulteriores.

No Quadro 12 são apresentados os rácios de cobertura, segundo as fases de implementação da RNCCI, por tipos de unidade. Neles se pode verificar que os **valores dos rácios, tanto em número de camas como em lugares, são triplicados da primeira para a última fase**.

Quadro 12

TIPOS DE UNIDADE	FASEAMENTO DA IMPLEMENTAÇÃO DA RNCCI		
	FASE 1 2006-2008	FASE 2 2009-2012	FASE 3 2013-2016
	<i>N.º camas/1.000 hab. c/ 65 e + anos</i>	<i>N.º camas/1.000 hab. c/ 65 e + anos</i>	<i>N.º camas/1.000 hab. c/ 65 e + anos</i>
Unidade de Convalescença (UC)	0,6	1,2	1,8
Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMD)	0,7	1,3	2
Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULD)	1,67	3,3	5
	<i>N.º lugares/1.000 hab. c/ 65 e + anos</i>	<i>N.º lugares/1.000 hab. c/ 65 e + anos</i>	<i>N.º lugares/1.000 hab. c/ 65 e + anos</i>
Unidade de Cuidados Paliativos (UCP)	0,2	0,4	0,6
Unidade de Dia e Promoção da Autonomia (UD)	0,5	1	1,5

Fonte: Elaboração com base em: MS/UMCCI - Relatório de Monitorização da Implementação das Experiências Piloto da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 27 de Julho de 2007

5.2.1 Base demográfica e população alvo

Ainda que os cuidados continuados tenham como destinatários as pessoas em situação de dependência, sejam idosas ou não, os rácios de identificação de carências são calculados a partir de uma população alvo de 65 e mais anos de idade.

Assim, a partir da Base Demográfica descrita (2007), foi estimado o número absoluto de idosos por área de influência de Centro de Saúde, para cada uma das metas descritas segundo os seguintes critérios:

META 1 (2006-2008) - aplicação de uma proporção de **24,2%** (extraída a partir dos valores de frequência de idosos, apurados pelo INE e que, em termos relativos, coincidem em 2005 e 2006) ao total da população estimada por área de influência de Centro de Saúde;

META 2 (2009-2013)- igual cálculo, aplicando uma proporção de **25 %** da população idosa ao total da população, equivalendo a um previsível envelhecimento da população;

META 3 (2013-2016) – igual cálculo, utilizando a proporção de **25,9 %**, prevendo a continuação da tendência de envelhecimento da população, percentagem igualmente utilizada pela CML em cálculos relativos a necessidades em equipamentos sociais para idosos.

5.2.2 Cálculo das necessidades e dimensionamento

Como foi referido, ao nível concelhio, a rede de cuidados continuados virá a ser coordenada por Equipas de Coordenação Local (ECL), cujo âmbito territorial coincidirá com a área de influência dos CS. Por esse facto, o cálculo das necessidades neste tipo de equipamentos foi efectuado tendo por base as áreas de influência dos CS (redefinidas em conjunto com os serviços da ARSLVT) e, igualmente, dos ACES agora constituídos; neste caso, para obter uma dimensão crítica de planeamento que, na generalidade dos CS, não é atingida.

O cálculo das necessidades (em número de camas e lugares) segundo as várias valências (tipos de equipamento), resulta da aplicação dos rácios constantes do Quadro 12, à população idosa estimada para cada freguesia.

Os programas funcionais tipo, relativos a cada uma das diferentes tipologias de unidades de internamento, constam do Anexo à Portaria 376/2008, de 23 de Maio, que instituiu o Programa Modelar.

Entretanto, em contactos com a então Coordenadora Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e em Situação de Dependência, foram ainda reunidas algumas orientações pertinentes:

- eleger as **ULD** como o tipo de equipamento de cuidados continuados em que é desejável uma maior colaboração da CML;
- instalar esta valência de saúde nos bairros, salvaguardando a qualidade de proximidade dos potenciais utentes;
- para o efeito, adaptar edifícios:
 - com condições de adequação às normas;
 - que possibilitem um limiar crítico de gestão, o que corresponderá a um **mínimo de 15 utentes**.

Em conclusão, interessa pois destacar alguma flexibilidade inerente ao dimensionamento deste tipo de equipamentos e a perspectiva de virem a ser instalados na proximidade das residências dos utentes, evitando o desenraizamento e o ostracismo a que são votados os que, por idade e/ou incapacidade, passam a depender do cuidado de terceiros.

5.3 Diagnóstico

Como foi referido, a consciência político-administrativa sobre a necessidade de respostas públicas neste domínio tem pouco mais de 1 década, tendo a RNCCI sido criada há apenas 2 anos. Assim, é relevante destacar os elementos informativos que fundamentaram tal decisão, tendo este diagnóstico, como suporte principal, o **Relatório Final da Fase I de Diagnóstico da Situação Actual** (elaborado pela Gesaworld, para o Ministério da Saúde, em Setembro de 2005) e as Estatísticas publicadas pelo INE.

À semelhança do Relatório mencionado, foram consideradas as seguintes variáveis:

- % de Idosos
- Índice de envelhecimento
- Rácios de dependência (total e de idosos)
- Esperança média de vida (total e por sexo)
- Taxa de mortalidade
- % de Idosos 75 e + anos (total e de idosos)
- % de Mulheres com actividade económica
- Taxa de participação laboral das mulheres (>= 15 anos)
- % de Idosos a viverem sós (população total a viver só e população total)
- % de idosos de 75 e + anos a viver sós
- % de Idosos a viverem em famílias institucionais de apoio social.

Com o intuito de proceder a uma contextualização do problema e de possibilitar a comparação de dados, estes foram alinhados em diversas **escalas de análise**:

- Nacional (Portugal e Portugal Continental)
- Regional (Lisboa/NUTS 2 e Grande Lisboa)
- Local (cidade de Lisboa).

Como é notório observar através da leitura dos Quadros 13 e 14, em que se procede a uma síntese dos Indicadores Pertinentes para a Avaliação da Necessidade em Cuidados Continuados, as carências neste domínio assumem uma acuidade particular na cidade de Lisboa. De facto, em relação às unidades territoriais seleccionadas, a capital é a que possui maior número de idosos (tanto de 65 e + anos como de 75 e+ anos), a viver no seio da família ou sós, e um envelhecimento mais pronunciado, assim como o quantitativo mais elevado de deficientes e de deficientes idosos.

Quadro 13

Escalas/ Territórios		1991-2001		2001							1996-2001	
		Variação da População		Idosos que vivem sós		Famílias clássicas c/ 1 Idoso ou + / Total de Famílias (%)	Deficientes / Pop. Total (%)	Deficientes 65 e + anos / População Total de Deficientes (%)	Pessoas a viver em Convivências de Apoio Social		Pensionistas / População Total (%)	Variação do n.º Pensionistas (%)
		0-14 anos (%)	65 e + anos (%)	/ Total de Idosos (%)	/ Total Pessoas que viverem sós (%)				/População Total (%)	% Idosos		
Nacional	Portugal	- 16,0	+ 26,1	19,0	50,9	32,3	6,1	33,4	0,64	76,8	24,5	0,7
Regional	Lisboa - NUTS 2	- 12,1	+ 32,4	21,2	41,4	29,0	6,3	33,9	0,55	73,4	23,4	0,6
	Grande Lisboa	- 13,4	+ 28,2	21,8	40,9	29,6	6,4	34,4	0,58	70,7	22,5	1,1
Local	Lisboa - Cidade	- 30,5	+ 7,0	25,3	47,2	40,8	7,7	43,3	0,89	64,7	35,9	1,8

Fonte: Elaboração com base em INE - Recenseamento Geral da População e Habitação - 2001 (Resultados definitivos); Anuários Estatísticos da Região de Lisboa e Vale do Tejo

Quadro 14

Escalas/ Territórios		2005	2005	2005			2004		2003/2004						2004		2005			
		% Idosos (65 e + anos)	Índice de envelhecimento	Índices de dependência			% Idosos 75 e + anos		Esperança de vida						Taxa bruta		Taxa de actividade			
				Total	Jovens	Idosos	/ Pop. Total	/ Pop. 65 e + anos	Nascença			65 anos			Natalidade	Mortalidade	Total	H	M	Mulheres / Total Mulheres 15 e + anos
									Total	H	M	Total	H	M						
Nacional	Portugal	17,1	110,1	48,6	23,1	25,4	7,4	43,2	77,8	74,5	81,0	17,8	15,9	19,3	10,4	9,7	52,5	57,9	47,4	50,7
	Portugal Continental	17,3	112,6	48,7	22,9	25,8	7,5	43,9	78,0	74,8	81,1	17,9	16,1	19,4	10,3	9,7	52,7	58,0	47,8	50,9
Regional	Lisboa - NUTS 2	16,5	105,9	47,2	22,9	24,3	6,7	41,1	78,0	74,6	81,2	18,0	16,1	19,6	11,5	9,1	50,9	55,4	46,8	49,8
	Grande Lisboa	16,9	109,1	48,0	23,0	25,0	7,0	42,0							11,5	9,1				
Local	Lisboa - Cidade	24,2	185,6	59,4	20,8	38,6	11,4	47,0							10,6	14,1				

Fontes: *Elaboração com base em INE - Estimativas da População Residente; Estatísticas Demográficas; Inquérito ao Emprego*

Em seguida, serão destacadas, sumariamente, as linhas-força do problema – que é de ordem sanitária mas também social –, sempre que possível ilustradas com os dados para a capital.

Envelhecimento da população

- Nº de nascimentos a diminuir gradualmente desde 1960:

- Taxa bruta de natalidade (nados-vivos/1000 habitantes):

PORTUGAL	- 1960 - 24,1
	- 1990 - 11,8
	- 2001 - 10,8
	- 2005 - 10,4

LVT	- 1996 - 10,7
	- 2001 - 11,4

Grande Lisboa	- 1996 - 11,0
	- 2001 - 11,9

Cidade Lisboa	- 1996 - 9,6
	- 2001 - 9,9

- Crescimento do n.º de idosos:

- Índice de envelhecimento (65 e + anos/0-14 anos de idade * 100):

PORTUGAL	- 1990 - 68,1
	- 2001 - 104,2
	- 2005 - 110,1
	- 2015 - 125
	- 2025 - 156
	- 2050 - 223

LVT	- 1996 - 95,1
	- 2001 - 110,2

Grande Lisboa	- 1996 - 94,1
	- 2001 - 105,3
	- 2004 - 109,1

Cidade Lisboa	- 1996 - 166,3
	- 2001 - 176,5
	- 2004 - 190,2

- % de Idosos (residentes com 65 e + anos de idade/Total residentes * 100)

PORTUGAL - 2005 - 17,1
- 2015 - 17,6
- 2025 - 22,5
- 2050 - 29,9

LVT - 1996 - 15,0
- 2001 - 16,6

Grande Lisboa - 1996 - 14,6
- 2001 - 16,4
- 2004 - 16,8

Cidade Lisboa - 1996 - 21,4
- 2001 - 23,2
- 2004 - 24,2

Em 2050, Portugal será o 4.º país da EU-25 com maior % de idosos (31,9%), só ultrapassado por Espanha (35,6%), Itália (35,3%) e Grécia (32,5%).

Fragilização da rede de apoio familiar:

- Tradicionalmente, as pessoas com privação e dependência têm recebido cuidados, de modo informal, por redes familiares (sobretudo, por mulheres).
- Um factor de mudança é a crescente participação laboral das mulheres – taxa de actividade feminina (Mulheres empregadas/Total de mulheres * 100):

PORTUGAL - 1998 - 43,7
- 2005 - 47,4

LVT - 1997 - 42,4
- 2002 - 45,7

Em 2005, a taxa de actividade das mulheres em idade de trabalhar (Mulheres empregadas/Total de mulheres com 15 e + anos) era de 50,7% no País e de 49,8% na região de Lisboa-NUTS 2.

Também em 2005 (OCDE), as mulheres portuguesas com actividade económica ascendiam a 60,6%, valor superior ao da taxa média da OCDE (55,3%) e, igualmente, da de Espanha e Grécia (respectivamente, 46,8% e 44%).

Entre 1991 e 2001, a taxa de actividade feminina cresceu de 41,5% para 48,3% na Grande Lisboa e de 39,2 % para 43,9% na cidade de Lisboa.

N.º assinalável de idosos que vivem sós:

- Os idosos que vivem sós constituem um grupo de risco, susceptível de necessitar de cuidados continuados em condições adversas de saúde (PORTUGAL - 2001):
 - 51% das pessoas que vivem sós são idosas, o que representa 19% da condição de idoso ao nível nacional (tanto no plano regional como na cidade de Lisboa, ainda que o peso dos mais velhos seja menos pronunciado no respeitante ao primeiro indicador - respectivamente 41% e 47% -, a sua percentagem é mais elevada no referente ao segundo - respectivamente 21% e 25 %)
 - Dos idosos que vivem sós, 77% são mulheres;
 - 39,5% do total de famílias unipessoais são constituídas por uma mulher idosa.

N.º significativo de incapacitados e deficientes:

- No programa de pensões para Incapacitados permanentes, que correspondem a 0,2% do total da população, 35% são idosos:
 - 1990-2004 – Este tipo de pensões aumentou 22%;
 - Hierarquia das doenças: pneumáticas (51%); provocadas por agentes físicos (34%); dermatoses (11%).
- Pessoas identificadas com deficiência (2001) ascendiam a 6% da população, nos planos nacional e regional, e a quase 8% no concelho de Lisboa:

PORTUGAL:

- Hierarquia das deficiências principais: visuais (26%); motoras (25%); auditivas (13%); e mentais (11%);
- Relativamente à ocupação: 29% com actividade económica; 53% Trabalhadores domésticos, estudantes e reformados; e 18% incapacitados para o trabalho

CIDADE DE LISBOA:

- Hierarquia das deficiências principais: motoras (24%); visuais (23%); auditivas (16%); e mentais (9%);
- Relativamente à ocupação: 33% com actividade económica; 51% trabalhadores domésticos, estudantes e reformados; e 14% incapacitados para o trabalho.

- Prevalência de acidentes em crianças e jovens, que são a sua principal causa de morte (a partir do 1.º ano de vida), originam situações de deficiências e perda de funcionalidade; nos adultos os acidentes são de viação ou laborais – custos elevados para a vítima, a família e a sociedade.
- O número de portugueses permanentemente acamados por motivos de saúde é de cerca de 50 mil, dos quais 33 mil (66%) são idosos (estimativa tendo por base o INS 1999)
- 1996-1999 - Crescimento presumido dos incapacitados de longa duração, em ambos os sexos.

A aplicação de indicadores referidos, à cidade de Lisboa, mostra que o número de respostas, actualmente disponíveis na cidade, constitui uma pequeníssima parte do necessário.

5.4 Proposta de Redução de Carências

O dimensionamento e a localização potencial das unidades de cuidados continuados, em Lisboa, deve ser feito com alguma flexibilidade, de acordo com as oportunidades de terrenos e edifícios.

Neste contexto, importa considerar a viabilidade de reaproveitamento de **Hospitais e Instalações militares com desactivação prevista no interior da cidade de Lisboa.**

A mesma flexibilidade de interpretação deve ser aplicada à proposta de N.º de Unidades e respectivas capacidades, a que se procedeu nos Quadros 15 e 16.

O Quadro 15 mostra as necessidades a satisfazer na META 3, no período de 2013-2016, por ACES e CS, revelando valores bastante significativos.

O Quadro 16 mostra as necessidades a satisfazer na META 3, no mesmo período, por ACES e segundo o tipo de unidade.

Quadro 15

AGRUPAMENTOS DE CENTROS DE SAÚDE (ACES)	CENTROS DE SAÚDE (CS)	IDOSOS (Residentes c/ 65 e + anos: 25,9%)	NECESSIDADES EM CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (CCI) – META 3									
			Convalescença (1,8/mil idosos)		Média Duração (2/mil idosos)		Longa Duração (5/mil idosos)		Unidade de Dia (1,5/mil idosos)		Unidade Cuidados Paliativos (0,6/mil idosos)	
			Nº médio Unidade	Nº Camas	Nº médio Unidade	Nº Camas	Nº médio Unidade	Nº Camas	Nº médio Unidade	Nº Lugar	Nº médio Unidade	Nº Lugar
AGRUPAMENTO 1 (Sede: Sete Rios)	Alvalade	7686		14		15		38		12		5
	Benfica	16837		30		34		84		25		10
	Lumiar	19622		35		39		98		29		12
	Sete Rios	16133		29		32		81		24		10
	<i>Total ACES1</i>	<i>60277</i>	<i>(3)</i>	<i>108</i>	<i>(3)</i>	<i>121</i>	<i>(8)</i>	<i>301</i>	<i>(5)</i>	<i>90</i>	<i>(2)</i>	<i>36</i>
AGRUPAMENTO 2 (Sede: Olivais)	Graça	4901		9		10		25		7		3
	Olivais	14208		26		28		71		21		9
	Marvila	10433		19		21		52		16		6
	Penha de França	8004		14		16		40		12		5
	São João	3987		7		8		20		6		2
	<i>Total ACES2</i>	<i>41532</i>	<i>(2)</i>	<i>75</i>	<i>(2)</i>	<i>83</i>	<i>(5)</i>	<i>208</i>	<i>(3)</i>	<i>62</i>	<i>(1)</i>	<i>25</i>
AGRUPAMENTO 3 (Sede: Lapa)	Ajuda	6467		12		13		32		10		4
	Alameda	11876		21		24		59		18		7
	Alcântara	6140		11		12		31		9		4
	Coração de Jesus	4644		8		9		23		7		3
	Lapa	4816		9		10		24		7		3
	Luz Soriano	3979		7		8		20		6		2
	Sto. Condestável	3477		6		7		17		5		2
	S. Mamede e Sta. Isabel	3037		5		6		15		5		2
	<i>Total ACES3</i>	<i>44436</i>	<i>(2)</i>	<i>80</i>	<i>(3)</i>	<i>89</i>	<i>(6)</i>	<i>222</i>	<i>(3)</i>	<i>67</i>	<i>(1)</i>	<i>27</i>
Total LISBOA		146246	(7)	263	(8)	293	(19)	731	(11)	219	(4)	88

Fontes: Elaboração c/ base em: CML/DPE - Base Demográfica para a Carta Educativa do Concelho de Lisboa, 2008; MS/UMCCI - Relatório de Monitorização da Implementação das Experiências Piloto da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, Julho de 2007; CML/DPE, MS/ARSLVT - Reordenamento da Área de influência dos CS de Lisboa, 2007

NOTA 1: O n.º médio de unidades prestadoras de cuidados é apresentado apenas como referência, tendo sido utilizada uma capacidade tipo, aproximada, de 20 camas para as UC; de 20 camas, no máximo, para as UCP e de 40 camas para as UMD e ULD. Para as UDPA utilizou-se um número médio de 30 lugares.

NOTA 2: Diversas tipologias de internamento podem coexistir na mesma unidade prestadora.

NOTA 3: As UDPA poderão estar integradas nas unidades prestadoras com internamento, de uma ou mais tipologias, havendo apenas um acréscimo de área bruta de construção no respectivo programa.

NOTA 4: * O N.º de Lugares aplica-se às Unidades de Dia.

Quadro 16

AGRUPAMENTOS DE CENTROS DE SAÚDE (ACES)	TIPOS DE UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS	NECESSIDADES EM CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (CCI)					
		META 3					
		EXISTÊNCIAS		NECESSIDADES		CARÊNCIAS / PROPOSTAS	
		Nº médio Unidade	Nº Camas/ Nº Lugares*	Nº médio Unidade	Nº Camas/ Nº Lugares*	Nº médio Unidade	Nº Camas/Nº Lugares*
AGRUPAMENTO 1 (Sede: Sete Rios)	UC (Convalescença)	1	25	(5)	108	(4)	83
	UMD (Média Duração)	-	-	(3)	121	(3)	121
	ULD (Longa Duração)	1	12	(8)	301	(7)	289
	UDPA (de Dia)	-	-	(3)	90	(3)	90
	UCP (Cuidados Paliativos)	-	-	(2)	36	(2)	36
AGRUPAMENTO 2 (Sede: Olivais)	UC (Convalescença)	-	-	(4)	75	(4)	75
	UMD (Média Duração)	1	22	(2)	83	(2)	61
	ULD (Longa Duração)	-	-	(5)	208	(5)	208
	UDPA (de Dia)	-	-	(2)	62	(2)	62
	UCP (Cuidados Paliativos)	-	-	(2)	25	(2)	25
AGRUPAMENTO 3 (Sede: Lapa)	UC (Convalescença)	1	23	(4)	80	(3)	57
	UMD (Média Duração)	-	-	(2)	89	(2)	89
	ULD (Longa Duração)	-	-	(6)	222	(6)	222
	UDPA (de Dia)	-	-	(3)	67	(3)	67
	UCP (Cuidados Paliativos)	-	-	(2)	27	(2)	27
LISBOA	UC (Convalescença)	2	48	(13)	263	(11)	215
	UMD (Média Duração)	1	22	(7)	293	(7)	271
	ULD (Longa Duração)	1	12	(19)	731	(18)	719
	UDPA (de Dia)	-	-	(8)	219	(8)	219
	UCP (Cuidados Paliativos)	-	-	(6)	88	(6)	88

Fontes: *Elaboração c/ base em: CML/DPE - Base Demográfica para a Carta Educativa do Concelho de Lisboa, 2008; Comissão para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e dos Cidadãos em Situação de Dependência, 2006; CML/DPE, MS/ARSLVT - Reordenamento da Área de influência dos CS de Lisboa, 2007*

NOTA 1: O n.º médio de unidades prestadoras de cuidados é apresentado apenas como referência, tendo sido utilizada uma capacidade tipo, aproximada, de 20 camas para as UC; de 20 camas, no máximo, para as UCP e de 40 camas para as UMD e ULD. Para as UDPA utilizou-se um número médio de 30 lugares.

NOTA 2: Diversas tipologias de internamento podem coexistir na mesma unidade prestadora.

NOTA 3: As UDPA poderão estar integradas nas unidades prestadoras com internamento, de uma ou mais tipologias, havendo apenas um acréscimo de área bruta de construção no respectivo programa.

NOTA 4: * O N.º de Lugares aplica-se às Unidades de Dia.

Para a concretização das Unidades de Cuidados Continuados, há então que definir localizações e reservar as respectivas parcelas de terreno, a par de outras soluções que possam vir a ser consideradas, nomeadamente através do reaproveitamento de instalações hospitalares desactivadas ou de outros edifícios devolutos, civis ou militares, ou ainda de parcerias com entidades privadas em instalações já existentes.

Deste modo, são identificadas desde já 15 localizações passíveis de concretização, embora na sua maioria a médio ou longo prazo.

Apenas 4 destas localizações se encontram já definidas e são concretizáveis a curto prazo, devendo as restantes vir a ser definidas no âmbito da elaboração de Planos de Urbanização, de Pormenor ou de Loteamentos Municipais.

A sua localização e informações complementares integram o **anexo 3**.

5.5 Metodologia de Completamento e Monitorização

Mas a identificação das 15 localizações referidas não corresponde à satisfação da totalidade das carências identificadas, pelo que se torna necessário manter presente a necessidade de estudo de soluções no decurso da actividade camarária, de gestão e planeamento urbanísticos (Licenciamentos, Loteamentos e PMOT).

Tal como para os Cuidados Primários de Saúde, é pois indispensável, assegurar um processo de monitorização que neste caso garanta, por um lado, o registo das Unidades que progressivamente venham a ser instaladas e as soluções nomeadamente de afectação de terrenos e edifícios, que através dos actos de gestão urbanística e aprovação de Planos sejam definidas, e por outro lado, que permita disponibilizar, a cada momento, informação actualizada sobre as carências ainda a satisfazer, aos serviços que no âmbito da sua actividade devem contribuir para a definição das restantes soluções.

6. Cuidados secundários ou hospitalares

6.1 Introdução

Ainda no final de 2005, o Governo concretizou a transformação de 31 hospitais sociedades anónimas (SA) e 5 hospitais do sector público administrativo (SPA) em hospitais entidades públicas empresariais (EPE), através da publicação do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro. Nele são explicitados princípios de uma maior intervenção da tutela ao nível de orientações estratégicas e superintendência, na salvaguarda da natureza pública das instituições do SNS, e de racionalidade económica e adequação dos instrumentos de gestão.

No mesmo diploma, também numa óptica de optimização de recursos, é criado o **Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE**, que passa a integrar, por fusão, o Hospital de Egas Moniz, o Hospital de Santa Cruz e o Hospital S. Francisco Xavier.

Prosseguindo a mesma filosofia, já em 2007, é criado, entre outros, o **Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE**, por fusão do Centro Hospitalar de Lisboa (Zona Central) – constituído em 2004, por integração dos Hospitais de S. José, Santo António dos Capuchos e do Desterro (Portaria n.º 115-A/2004, de 30 de Janeiro) – com o Hospital de D. Estefânia e o Hospital de Santa Marta (Decreto-Lei n.º 50-A/2007, de 28 de Fevereiro).

Mais recentemente, surge o **Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa**, na qualidade de pessoa colectiva de direito público, que integra os Hospitais de Júlio de Matos e Miguel Bombarda. No preâmbulo da respectiva Portaria (n.º 1.373/2007, de 19 de Outubro) é referido que, os princípios e o modelo de organização dos serviços de psiquiatria e saúde mental, assentam “no desenvolvimento de redes de serviços locais organizadas por sectores geodemográficos, com áreas funcionais de consultas externas e de intervenção comunitária, localizando os internamentos e os atendimentos de urgência em hospitais gerais”. Em conformidade, refere que compete aos hospitais psiquiátricos:

- *“assegurar a prestação de cuidados de saúde até à sua substituição pelas novas estruturas”;*
- *“desenvolver programas de reabilitação adaptados às necessidades específicas dos doentes de evolução prolongada aí residentes, promovendo a sua desinstitucionalização”.*

Ainda neste diploma legal, são relevados dois aspectos: a redução do número de camas e de doentes internados nos dois hospitais, nos anos mais recentes; e a proposta de concentração dos serviços prestados por ambos em um “único hospital psiquiátrico regional para o sul do País”.

Já em 2008, “de forma a obter a maximização dos recursos envolvidos, a redução dos custos de funcionamento, bem como ganhos de produtividade e eficiência”, é criado o **Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE**, por fusão dos hospitais de Santa Maria e Pulido Valente (Decreto-Lei n.º 23/2008, de 8 de Fevereiro).

Ao nível do reordenamento das capacidades hospitalares da cidade de Lisboa, em Janeiro de 2006 foi estabelecido um Plano de Acções Prioritárias (da responsabilidade de uma Comissão Técnica Interdepartamental).

Analisando o respectivo documento constata-se não existir um enquadramento orientador para as decisões de dotação de equipamentos, que mais não têm do que respondido, pontualmente, às necessidades mais prementes.

Por outro lado a estruturação da oferta é ora dispersa por demasiados serviços e logo onerosa, ora de difícil acesso para os utentes e com condições infra-estruturais deficientes.

Também a desadequação de algumas unidades hospitalares, por antiguidade e por terem sido sujeitas a várias adaptações, exigem intervenções de conservação e manutenção dispendiosas para apenas possibilitar “condições mínimas de aceitabilidade”.

Há contudo a referência à criação de “um contexto de oportunidade” para o reordenamento necessário, “com a futura construção do Hospital de Loures e do Hospital de Todos os Santos, em conjugação com a abertura dos novos hospitais de Cascais e Vila Franca de Xira e a reorganização hospitalar da margem sul do Tejo.”

A perspectiva de abertura dos dois primeiros hospitais mencionados, prevista para 2010, traduzir-se-á em nova oferta hospitalar e em consequentes alterações significativas ao nível da procura de cuidados secundários na capital. Neste cenário, cujo período de concentração de mudanças se prevê venha a ocorrer em 2009-2011, “praticamente todos os hospitais da rede de Lisboa terão que efectuar programas de ajustamento, uma vez que também haverá que gerir efeitos de cadeia entre as várias unidades hospitalares” (p. 3), podendo ler-se a páginas 4:

“O futuro hospital de Loures irá absorver, sobretudo, actividade clínica de quatro unidades hospitalares existentes: Hospital Pulido Valente, Maternidade Alfredo da Costa, Hospital Curry Cabral e Hospital de Santa Maria. Por sua vez, espera-se que o Hospital de Todos-os-Santos venha a consolidar uma

parte substancial da actividade clínica actualmente assegurada por um conjunto antiquado de hospitais situados na malha urbana do centro de Lisboa: Hospital de S. José, Hospital D. Estefânia, Hospital de Santo António dos Capuchos, Hospital do Desterro, Hospital Miguel Bombarda e também Hospital de Santa Marta.

... a parte remanescente da actividade clínica de alguns destes hospitais terá ainda que ser afectada a outras unidades existentes - com capacidade de absorção ...”, unidades estas que “terão de ser eventualmente reabilitadas e de se preparar para realizar a transformação organizacional apropriada.”

Entre outros, é também considerado o impacte deste processo na malha urbana regional e na requalificação urbana da cidade de Lisboa, perante a emergência previsível de novas urbanizações (p. 5).

São considerados “níveis de interesse” ou escalas de intervenção, neste processo de reordenamento da rede hospitalar, que inclui, entre outras, as funções de orientação estratégica e de preparação e coordenação de instrumentos de planeamento, os níveis central, regional e de unidade hospitalar (p. 6).

O modelo adoptado para os concursos a decorrer é o de participação público-privado (PPP), que “prevê a contratação de serviços clínicos ao operador privado durante um período de 10 anos” (p. 9).

O faseamento previsto para o **Reordenamento das Capacidades Hospitalares de Lisboa**, não totalmente sequencial, é o seguinte (p. 13):

- Até final de 2006 Fase Inicial de Análise e Desenho Estratégico (suportada pelo Plano de Acções Prioritárias, que tem vindo a ser citado);
- De 2007 a meados de 2008..... Fase Intermédia de Desenvolvimento da Estratégia;
- A partir de 2009..... Fase de Implementação da Estratégia.

No conjunto de iniciativas definidas como de execução prioritária, destacam-se as seguintes (p. 14):

- Estudo de Avaliação das Necessidades de Cuidados de Saúde;
- Análise Macro da Oferta de Cuidados de Saúde;
- Levantamento do Estado Físico das Unidades Hospitalares de Lisboa e Identificação de Possíveis Utilizações Futuras;
- Definição da Área de influência, Perfil Assistencial e Dimensão do Hospital de Todos-os-Santos;

- Identificação de Gaps Actuais e Futuros ao Nível da Oferta Hospitalar a resolver pelo Plano de Reordenamento;
- Definição de Cenários Possíveis de Reordenamento, com vista a elaborar um Plano de Reordenamento final.

É ainda referido, à data, o decurso de um Estudo de Análise Estratégica relativo ao conjunto de hospitais de Lisboa afectado com a abertura futura do Hospital de Loures (que inclui os atrás mencionados na citação da página anterior e ainda o de Santa Marta), no âmbito da Estrutura de Missão Parcerias.Saúde, de que não se conhecem ainda os resultados.

Recentemente foi tomada a decisão política de construir a **nova unidade do IPO em Lisboa**, mediante a cedência de terrenos no Parque da Bela Vista, por parte da CML.

6.2 Diagnóstico

No distrito de Lisboa existem:

- 9 hospitais gerais, dos quais 8 já integrados em centros hospitalares;
- 8 hospitais especializados, dos quais 2 constituem o Centro Hospitalar Psiquiátrico;
- 5 hospitais distritais gerais, dos quais 3 integram também centros hospitalares.

Exceptuando os hospitais distritais, o Hospital Ortopédico integrado no Centro Hospitalar de Cascais e o de Sta. Cruz (concelho de Oeiras), todas as unidades hospitalares estão instaladas na cidade de Lisboa (cf. Quadro 17).

Ainda que metade dos hospitais tenham sido criados no século passado e após a instauração da República, 1/4 são centenários e outros tantos surgiram após 25 de Abril de 1974. Entre o hospital mais antigo da capital, S. José, e as mais recentes instalações, o Centro Hospitalar de Alcoologia do Sul (CRAS), há um lapso temporal de mais de dois séculos.

No Quadro 18, é igualmente feito o registo do tipo de construção e do estado das instalações. Estas são consideradas razoáveis em mais de 2/3 dos casos e boas ou mesmo excelentes em quase 1/5; todavia, em 2 unidades, esta qualidade, que caracteriza algumas das instalações, coexiste com a de más condições noutras e em 1 unidade (Capuchos) a avaliação é toda negativa.

Em termos construtivos, mais de 2/3 dos edifícios foram projectados para a prestação de cuidados de saúde, ainda que, num caso ou noutro, não o tenha sido para a função e dimensão de hospital geral (como aconteceu, por exemplo, com o S. Francisco Xavier).

Em grande parte dos estabelecimentos, o que é realçado é a *desadequação das instalações actuais para o bom desempenho dos profissionais da saúde e o atendimento dos utentes com conforto e eficácia.*

Como já foi referido, esta consciência pública sobre novas exigências funcionais e arquitectónicas já existe há bastante tempo (em alguns dos hospitais), sobretudo como resultado da evolução das ciências e das tecnologias da saúde e das próprias queixas dos doentes.

No período de 2000 a 2006, na rede hospitalar da cidade de Lisboa verificou-se um decréscimo generalizado em recursos físicos (n.º de estabelecimentos e de camas) e humanos (n.º de médicos).

Se a componente física reflecte a tendência continental, regional e distrital, já no respeitante à componente humana a tendência é a oposta nas três escalas mencionadas.

Através do Quadro 19, é notório que a lotação praticada revela uma diminuição consistente desde 2000 (e até desde 1992), em todos os hospitais lisboetas, com a única excepção do Centro Regional de Alcoologia do Sul (CRAS).

No Quadro 20, esclarece-se que a quebra do n.º de médicos é moderada no período em apreço (-2,6%), havendo mesmo hospitais em que foi contrariada essa tendência regressiva: os Centros Hospitalares de Lisboa Norte e Psiquiátrico de Lisboa; o Instituto Gama Pinto; e a Maternidade Alfredo da Costa. Também se esclarece que, no mesmo intervalo, o n.º de enfermeiros aumentou significativamente (9,2%) – aqui confirmando, ainda que de forma menos pronunciada, as tendências verificadas nas outras escalas referidas (à excepção do CRAS).

Todavia, é previsível que a situação da falta de médicos nos hospitais e no SNS se venha a agravar e não apenas por insuficiência do n.º de formandos nas universidades de medicina face às necessidades previstas e aposentação dos mais velhos, mas também pela saída de profissionais do serviço público para o sector privado em expansão, conforme atesta a seguinte notícia :

“O Sindicato Independente dos Médicos já estimou em cerca de 400 o número de clínicos que abandonaram o SNS, entre pedidos de licença sem vencimento e desvinculações, apenas entre 2006 e meados de 2007. A este número haveria ainda a acrescentar a aposentação de outros 400.” (in Diário de Notícias, de 19 de Abril de 2008)

Pese a situação generalizada de menores recursos, o que os dados da produção hospitalar revelam é uma **maior eficácia no funcionamento destes estabelecimentos de saúde.**

Através do Quadro 21, que apresenta dados da produção dos hospitais de Lisboa nos anos de 2000 e 2006, observa-se que:

- o n.º de doentes saídos teve uma quebra generalizada de 4%, ainda que se tenha registado um acréscimo significativo no CRAS (29%), nos hospitais psiquiátricos (27%) e no IPO (15%);
- em consonância, verificou-se uma diminuição global do n.º de dias de internamento na ordem dos 10% (à excepção do CRAS, que cresceu 25%, e do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, que aumentou ligeiramente);
- **a demora média baixou**, na maioria dos estabelecimentos.

Todavia, os dados que confirmam uma maior eficácia estão presentes no Quadro 22. Entre 2000 e 2006, foram registados **aumentos significativos no n.º de Consultas Externas** (29%) – exceptuando o Hospital Miguel Bombarda e a Maternidade Alfredo da Costa –, de **Intervenções Cirúrgicas** (21%) e de **Urgências** (8%) – em ambos os casos, à excepção do Hospital de S. José e do Instituto Gama Pinto. Por último, verificou-se uma redução total do n.º de Partos realizados (3%), mais notória na Maternidade Alfredo da Costa (24%), valor contrariado pelo facto de terem passado a ser efectuados também no Hospital de D. Estefânia (+ de 2 mil).

Para finalizar, registam-se no Quadro 23 os Hospitais de referência dos CS. A abrangência dos hospitais respeita aos CS e, relativamente a cada um, são especificadas as valências/especialidades às quais dão resposta.

Quadro 17

SUB-REGIÃO DE SAÚDE DE LISBOA (SRS-LISBOA)		TIPO DE HOSPITAIS		
CONCELHOS	IDENTIFICAÇÃO DOS HOSPITAIS	Centrais		Distritais Gerais
		Gerais	Especializados	
Lisboa	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental EPE			
	S. Francisco Xavier	●		
	Egas Moniz	●		
	Santa Cruz *		●	
	Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE			
	S. José	●		
	Sto. António dos Capuchos	●		
	D. Estefânia		●	
	Sta. Marta	●		
	Centro Hospitalar de Lisboa Norte EPE			
	Sta. Maria	●		
	Pulido Valente	●		
	Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa			
	Júlio de Matos		●	
	Miguel Bombarda		●	
	Curry Cabral	●		
Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto		●		
IPO de Lisboa Francisco Gentil		●		
Centro Regional de Alcoologia do Sul		●		
Maternidade Alfredo da Costa		●		
Total Lisboa		8	8	0
Cascais	Centro Hospitalar de Cascais			
	Cascais			●
	Ortopédico Dr. José Almeida		●	
Torres Vedras	Centro Hospitalar de Torres Vedras			
	Torres Vedras			●
	Dr. José Maria Antunes			●
Amadora	Amadora-Sintra (Prof. Fernando Fonseca)			●
V. F. de Xira	Reinaldo dos Santos			●
Total Distrito-Lisboa		9	8	5

Fonte: MS/DGS/DSEES/DES - Centros de Saúde e Hospitais do SNS, 2006

Nota: * O Hospital de Sta. Cruz está localizado no concelho de Oeiras

Quadro 18

HOSPITAIS DO CONCELHO DE LISBOA	ANO INÍCIO FUNCIONAMENTO	TIPO DE CONSTRUÇÃO	ESTADO DAS INSTALAÇÕES
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental EPE			
<i>S. Francisco Xavier</i>	1987	Específica	Razoáveis
<i>Egas Moniz</i>	1925	Específica	Razoáveis
<i>Santa Cruz *</i>	1980	Específica	Razoáveis
Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE			
<i>S. José</i>	1775	Adaptada	Razoáveis
<i>Sto. António dos Capuchos</i>	1928	Adaptada	Más
<i>D. Estefânia</i>	1877	Adaptada	Razoáveis
<i>Sta. Marta</i>	1903	Adaptada	Razoáveis
Centro Hospitalar de Lisboa Norte EPE			
<i>Sta. Maria</i>	1954	Específica	Más
<i>Pulido Valente</i>	1975	Adaptada	Excelentes/Más
Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa			
<i>Júlio de Matos</i>	1941	Específica	Razoáveis
<i>Miguel Bombarda</i>	1948	Específica	Razoáveis
Curry Cabral	1907	Específica	Boas/Más
Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto	1892	Específica	Razoáveis
IPO de Lisboa Francisco Gentil	1923	Específica	Razoáveis
Centro Regional de Alcoologia do Sul	1995	Específica	Boas
Maternidade Alfredo da Costa	1932	Específica	Razoáveis

Fonte: Elaboração com base em: Consultas em Sítios da Internet; MS/Comissão Técnica Interdepartamental para o Reordenamento das Capacidades Hospitalares da Cidade de Lisboa - Plano de Acções Prioritárias, Janeiro de 2006

Nota: * O Hospital de Sta. Cruz está localizado no concelho de Oeiras

Quadro 19

HOSPITAIS DO CONCELHO DE LISBOA	LOTAÇÃO PRATICADA ** (Camas)			
	1992	2000	2004	2006
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental EPE	769	924	921	907
<i>S. Francisco Xavier</i>	200	349	363	
<i>Egas Moniz</i>	456	435	417	907
<i>Santa Cruz *</i>	113	140	141	
Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE	2.073	1.624	1.463	1.340
<i>S. José</i>	679	566	536	925
<i>Sto. António dos Capuchos/Desterro</i>	674	579	514	
<i>D. Estefânia</i>	428	231	206	210
<i>Sta. Marta</i>	292	248	207	205
Centro Hospitalar de Lisboa Norte EPE	1.702	1.397	1.407	1.368
<i>Sta. Maria</i>	1.341	1.101	1.101	1.065
<i>Pulido Valente</i>	361	296	306	303
Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa		1.006	1.012	834
<i>Júlio de Matos</i>	-	489	485	477
<i>Miguel Bombarda</i>	-	517	527	357
Curry Cabral	516	476	455	420
Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto	31	28	22	16
IPO de Lisboa Francisco Gentil	422	294	278	294
Centro Regional de Alcoologia do Sul	-	25	30	30
Maternidade Alfredo da Costa	384	275	170	150
TOTAL	-	6.049	5.758	5.359

Fonte: CMLisboa - PDM: Carta de Equipamentos de Saúde, 1992; MS/DGS/DSEES/DES - Centros de Saúde e Hospitais do SNS, 2000, 2004 e 2006

Notas: * O Hospital de Sta. Cruz está localizado no concelho de Oeiras; ** Internamento/Total das Especialidades

Quadro 20

HOSPITAIS DO CONCELHO DE LISBOA	MÉDICOS				ENFERMEIROS			
	EFFECTIVOS		VARIAÇÃO 2000/2006		EFFECTIVOS		VARIAÇÃO 2000/2006	
	2000	2006	N.º	TAXA (%)	2000	2006	N.º	TAXA (%)
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental EPE	867	747	-120	-13,8	1.236	1.234	-2	-0,2
<i>S. Francisco Xavier</i>	294				493			
<i>Egas Moniz</i>	422				456			
<i>Santa Cruz *</i>	151				287			
Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE	1.489	1.341	-148	-9,9	1.863	2.104	241	12,9
<i>S. José</i>	524	863	-124	-12,6	662	1.273	110	9,5
<i>Sto. António dos Capuchos</i>	463				501			
<i>D. Estefânia</i>	319	322	3	0,9	367	507	140	38,1
<i>Sta. Marta</i>	183	156	-27	-14,8	333	324	-9	-2,7
Centro Hospitalar de Lisboa Norte EPE	1.165	1.348	183	15,7	1.613	1.776	163	10,1
<i>Sta. Maria</i>	984	1.082	98	10,0	1.238	1.395	157	12,7
<i>Pulido Valente</i>	181	266	85	47,0	375	381	6	1,6
Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa	101	132	31	30,7	291	304	13	4,5
<i>Júlio de Matos</i>	54	80	26	48,1	180	170	-10	-5,6
<i>Miguel Bombarda</i>	47	52	5	10,6	111	134	23	20,7
Curry Cabral	402	321	-81	-20,1	419	476	57	13,6
Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto	29	39	10	34,5	24	31	7	29,2
IPO de Lisboa Francisco Gentil	266	263	-3	-1,1	438	481	43	9,8
Centro Regional de Alcoologia do Sul	6	3	-3	-50,0	11	8	-3	-27,3
Maternidade Alfredo da Costa	135	149	14	10,4	214	255	41	19,2
TOTAL	4.460	4.343	-117	-2,6	6.109	6.669	560	9,2

Fonte: Elaboração com base em: MS/DGS - Centros de Saúde e Hospitais - Recursos e Produção do SNS, 2000 e 2006

Quadro 21

HOSPITAIS DO CONCELHO DE LISBOA	PRODUÇÃO HOSPITALAR - I **													
	DOENTES SAÍDOS				DIAS DE INTERNAMENTO				TAXA DE OCUPAÇÃO (%)			DEMORA MÉDIA (em dias)		
	TOTAL		VARIACÃO 2000/2006		TOTAL		VARIACÃO 2000/2006		TOTAL		VARIACÃO 2000/2006	TOTAL		VARIACÃO 2000/2006
	2000	2006	N.º	TAXA (%)	2000	2006	N.º	TAXA (%)	2000	2006		2000	2006	
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental EPE	34.463	29.250	-5.213	-15,1	266.487	270.608	4.121	1,5	-	81,7	-	-	9,3	-
<i>S. Francisco Xavier</i>	17.417				107.995				84,8			6,2		
<i>Egas Moniz</i>	11.010				117.574				74,1			10,7		
<i>Santa Cruz *</i>	6.036				40.918				80,1			6,8		
Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE	47.126	46.381	-745	-1,6	444.354	379.496	-64.858	-14,6	-	-	-	-	-	-
<i>S. José</i>	18.702	26.403	-6.952	-20,8	161.917	262.845	-56.376	-17,7	78,4	77,9	-	8,7	10,0	-
<i>Sto. António dos Capuchos</i>	14.653				157.304				74,4			10,7		
<i>D. Estefânia</i>	7.233	11.975	4.742	65,6	57.849	61.329	3.480	6,0	68,6	80,0	11,4	8,0	5,1	-2,9
<i>Sta. Marta</i>	6.538	8.003	1.465	22,4	67.284	55.322	-11.962	-17,8	74,3	73,9	-0,4	10,3	6,9	-3,4
Centro Hospitalar de Lisboa Norte EPE	47.597	48.220	623	1,3	441.089	393.695	-47.394	-10,7	-	-	-	-	-	-
<i>Sta. Maria</i>	38.823	36.727	-2.096	-5,4	361.998	309.440	-52.558	-14,5	90,1	79,6	-10,5	9,3	8,4	-0,9
<i>Pulido Valente</i>	8.774	11.493	2.719	31,0	79.091	84.255	5.164	6,5	73,2	76,2	3,0	9,0	7,3	-1,7
Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa	3.114	3.964	850	27,3	286.482	247.775	-38.707	-13,5	-	-	-	-	-	-
<i>Júlio de Matos</i>	1.774	2.204	430	24,2	159.706	135.731	-23.975	-15,0	89,5	78,0	-11,5	90,0	61,6	-28,4
<i>Miguel Bombarda</i>	1.340	1.760	420	31,3	126.776	112.044	-14.732	-11,6	67,2	86,0	18,8	94,6	63,7	-30,9
Curry Cabral	11.683	12.521	838	7,2	146.087	124.423	-21.664	-14,8	84,1	81,2	-2,9	12,5	9,9	-2,6
Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto	1.527	1.209	-318	-20,8	2.912	2.668	-244	-8,4	28,5	45,7	17,2	1,9	2,2	0,3
IPO de Lisboa Francisco Gentil	8.194	9.379	1.185	14,5	86.379	81.228	-5.151	-6,0	80,5	75,7	-4,8	10,5	8,7	-1,8
Centro Regional de Alcoologia do Sul	277	358	81	29,2	7.820	10.392	2.572	24,7	85,7	94,9	9,2	28,2	29,0	0,8
Maternidade Alfredo da Costa	18.232	14.014	-4.218	-23,1	73.353	65.148	-8.205	-11,2	73,1	119,0***	45,9	4,0	4,6	0,6
TOTAL	172.213	165.296	-6.917	-4,0	1.754.963	1.575.433	-179.530	-10,2	-	-	-	-	-	-

Fonte: Elaboração com base em: MS/DGS - Centros de Saúde e Hospitais - Recursos e Produção do SNS, 2000 e 2006

Notas: * O Hospital de Sta. Cruz está localizado no concelho de Oeiras; ** Serviços prestados de Internamento (Total das Especialidades); *** Valor confirmado, mas incoerente (utentes internados ½ dia e/ou instalados em macas)

Quadro 22

HOSPITAIS DO CONCELHO DE LISBOA	PRODUÇÃO HOSPITALAR - II															
	CONSULTAS EXTERNAS				URGÊNCIAS				INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS				PARTOS REALIZADOS			
	TOTAL		VARIÇÃO 2000/2006		TOTAL		VARIÇÃO 2000/2006		TOTAL		VARIÇÃO 2000/2006		TOTAL		VARIÇÃO 2000/2006	
	2000	2006	N.º	TAXA (%)	2000	2006	N.º	TAXA (%)	2000	2006	N.º	TAXA (%)	2000	2006	N.º	TAXA (%)
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental EPE	271.158	390.960	119.802	44,2	177.778	174.079	-3.699	-2,1	13.764	19.387	5.623	40,9	3.376	3.009	-367	-10,9
<i>S. Francisco Xavier</i>	66.475				144.188				3.532				3.376			
<i>Egas Moniz</i>	165.564				33.590				7.489				0			
<i>Santa Cruz *</i>	39.119				0				2.743				0			
Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE	462.705	536.425	73.720	15,9	227.663	260.495	32.832	14,4	28.252	26.393	-1.859	-6,6	0	2.031	2.031	
<i>S. José</i>	145.627	320.544	36.793	13,0	161.200	158.974	-2.226	-1,4	10.536	17.667	-2.881	-14,0	0	0		
<i>Sto. António dos Capuchos</i>	138.124				0				10.012				0			
<i>D. Estefânia</i>	111.650	131.451	19.801	17,7	66.463	99.023	32.560	49,0	4.952	5.579	627	12,7	0	2.031	2.031	
<i>Sta. Marta</i>	67.304	84.430	17.126	25,4	0	2.498	2.498		2.752	3.147	395	14,4	0	0	0	
Centro Hospitalar de Lisboa Norte EPE	417.179	613.956	196.777	47,2	218.822	240.835	22.013	10,1	17.910	24.298	6.388	35,7	3.165	2.874	-291	-9,2
<i>Sta. Maria</i>	340.358	491.256	150.898	44,3	218.822	238.076	19.254	8,8	15.392	20.007	4.615	30,0	3.165	2.874	-291	-9,2
<i>Pulido Valente</i>	76.821	122.700	45.879	59,7	0	2.759	2.759		2.518	4.291	1.773	70,4	0	0	0	
Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa	57.138	56.724	-414	-0,7	3.791	1.588	-2.203	-58,1	0	0	0		0	0	0	
<i>Júlio de Matos</i>	28.823	35.302	6.479	22,5	2.569	1.588	-981	-38,2	0	0	0		0	0	0	
<i>Miguel Bombarda</i>	28.315	21.422	-6.893	-24,3	1.222	0	-1.222		0	0	0		0	0	0	
Curry Cabral	119.158	161.756	42.598	35,7	87.287	98.185	10.898	12,5	4.539	8.289	3.750	82,6	0	0	0	
Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto	27.779	39.398	11.619	41,8	0	0	0		3.244	2.801	-443	-13,7	0	0	0	
IPO de Lisboa Francisco Gentil	153.031	162.983	9.952	6,5	6.399	7.332	933	14,6	5.767	6.784	1.017	17,6	0	0	0	
Centro Regional de Alcoologia do Sul	6.039	8.643	2.604	43,1	0	0	0		0	0	0		0	0	0	
Maternidade Alfredo da Costa	60.892	60.484	-408	-0,7	33.687	32.722	-965	-2,9	3.728	5.590	1.862	49,9	7.598	5.763	-1.835	-24,2
TOTAL	1.575.079	2.031.329	456.250	29,0	755.427	815.236	59.809	7,9	77.204	93.542	16.338	21,2	14.139	13.677	-462	-3,3

Fonte: Elaboração com base em: MS/DGS - Centros de Saúde e Hospitais - Recursos e Produção do SNS, 2000 e 2006

Nota: * O Hospital de Sta. Cruz está localizado no concelho de Oeiras

Quadro 23

AGRUP. CENTROS SAÚDE (ACES)/ CENTROS SAÚDE (CS)	HOSPITAIS DE REFERÊNCIA DOS ACES E CS																
	ACES 1 (Sete Rios)				ACES 2 (Olivais)					ACES 3 (Lapa)							
	Alvalade	Benfica	Lumiar	Sete Rios	Graça	Olivais	Marvila	Penha de França	São João	Ajuda	Alameda	Alcântara	Coração de Jesus	Lapa	Luz Soriano	Santo Condes tável	São Mamede/Santa Isabel
HOSPITAIS DO CONCELHO DE LISBOA																	
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental EPE																	
<i>S. Francisco Xavier</i>										●		●				●	
<i>Egas Moniz</i>										●		●				●	
<i>Santa Cruz *</i>										●							
Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE																	
<i>S. José</i>				●	●		●	●			●		●	●	●		●
<i>Sto. António dos Capuchos</i>				●	●		●				●			●			●
<i>D. Estefânia</i>				●	●	●	●	●	●		●		●	●	●		●
<i>Sta. Marta</i>				●	●		●	●	●		●		●	●	●		●
Centro Hospitalar de Lisboa Norte EPE																	
<i>Sta. Maria</i>	●	●	●	●													
<i>Pulido Valente</i>	●	●	●				●										
Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa																	
<i>Júlio de Matos</i>							●		●				●				
<i>Miguel Bombarda</i>														●	●	●	●
Curry Cabral						●	●		●		●		●				●
Instituto de Oftalmologia Dr.Gama Pinto													●	●			
IPO de Lisboa Francisco Gentil									●				●	●		●	
Centro Regional de Alcoologia do Sul	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Maternidade Alfredo da Costa				● **		●	● **		●		● **		●				●

Fonte: Elaboração com base em: MS/Portal da ARSLVT e MS/Portal da Saúde (Abril 2008)

Nota: * O Hospital de Sta. Cruz está localizado no concelho de Oeiras; ** Só Urgências

ANEXO	1
ANEXO	2
ANEXO	3
ANEXO	4
ANEXO	5
ANEXO	6
ANEXO	7
ANEXO	8
ANEXO	9
ANEXO	10
ANEXO	11
ANEXO	12
ANEXO	13
ANEXO	14

ANEXO	1
ANEXO	2
ANEXO	3
ANEXO	4
ANEXO	5
ANEXO	6
ANEXO	7
ANEXO	8
ANEXO	9
ANEXO	10
ANEXO	11
ANEXO	12
ANEXO	13
ANEXO	14

ANEXO	1
ANEXO	2
ANEXO	3
ANEXO	4
ANEXO	5
ANEXO	6
ANEXO	7
ANEXO	8
ANEXO	9
ANEXO	10
ANEXO	11
ANEXO	12
ANEXO	13
ANEXO	14

ANEXO	1
ANEXO	2
ANEXO	3
ANEXO	4
ANEXO	5
ANEXO	6
ANEXO	7
ANEXO	8
ANEXO	9
ANEXO	10
ANEXO	11
ANEXO	12
ANEXO	13
ANEXO	14

ANEXO	1
ANEXO	2
ANEXO	3
ANEXO	4
ANEXO	5
ANEXO	6
ANEXO	7
ANEXO	8
ANEXO	9
ANEXO	10
ANEXO	11
ANEXO	12
ANEXO	13
ANEXO	14

ANEXO	1
ANEXO	2
ANEXO	3
ANEXO	4
ANEXO	5
ANEXO	6
ANEXO	7
ANEXO	8
ANEXO	9
ANEXO	10
ANEXO	11
ANEXO	12
ANEXO	13
ANEXO	14

ANEXO	1
ANEXO	2
ANEXO	3
ANEXO	4
ANEXO	5
ANEXO	6
ANEXO	7
ANEXO	8
ANEXO	9
ANEXO	10
ANEXO	11
ANEXO	12
ANEXO	13
ANEXO	14

ANEXO	1
ANEXO	2
ANEXO	3
ANEXO	4
ANEXO	5
ANEXO	6
ANEXO	7
ANEXO	8
ANEXO	9
ANEXO	10
ANEXO	11
ANEXO	12
ANEXO	13
ANEXO	14

ANEXO	1
ANEXO	2
ANEXO	3
ANEXO	4
ANEXO	5
ANEXO	6
ANEXO	7
ANEXO	8
ANEXO	9
ANEXO	10
ANEXO	11
ANEXO	12
ANEXO	13
ANEXO	14

ANEXO	1
ANEXO	2
ANEXO	3
ANEXO	4
ANEXO	5
ANEXO	6
ANEXO	7
ANEXO	8
ANEXO	9
ANEXO	10
ANEXO	11
ANEXO	12
ANEXO	13
ANEXO	14

ANEXO	1
ANEXO	2
ANEXO	3
ANEXO	4
ANEXO	5
ANEXO	6
ANEXO	7
ANEXO	8
ANEXO	9
ANEXO	10
ANEXO	11
ANEXO	12
ANEXO	13
ANEXO	14

ANEXO	1
ANEXO	2
ANEXO	3
ANEXO	4
ANEXO	5
ANEXO	6
ANEXO	7
ANEXO	8
ANEXO	9
ANEXO	10
ANEXO	11
ANEXO	12
ANEXO	13
ANEXO	14

ANEXO	1
ANEXO	2
ANEXO	3
ANEXO	4
ANEXO	5
ANEXO	6
ANEXO	7
ANEXO	8
ANEXO	9
ANEXO	10
ANEXO	11
ANEXO	12
ANEXO	13
ANEXO	14

ANEXO	1
ANEXO	2
ANEXO	3
ANEXO	4
ANEXO	5
ANEXO	6
ANEXO	7
ANEXO	8
ANEXO	9
ANEXO	10
ANEXO	11
ANEXO	12
ANEXO	13
ANEXO	14

EQUIPA TÉCNICA

CML - CÂMARA MUNICIPAL DE LISBOA

Departamento de Planeamento Estratégico

Dr.^a Maria Teresa craveiro (Directora)

Arq.^a Maria João Duarte

Dr. Rui Bargiela Banha

Apoio:

Arq. Luís Correia

Departamento de Planeamento Urbano

Arq.^a Ana Fonseca

Arq.^a Paula Roque

ARSLVT – ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO

Departamento de Estudos e Planeamento

Dr.^a Helena Vieira (Directora)

Arq. António Cunha

Dr.^a Patrícia Neves

Departamento de Instalações e Equipamentos

Eng. Pereira Coutinho (Director)

Arq. Benjamim Araújo

UMCCI – UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

Eng. Faria Gomes