Tribunal Administrativo de Círculo de Lisboa

Proc°.57/13.4BELSB
4ª.U.O.

SENTENÇA

Ana Maria Frias da Silva Coutinho, Andreia Isabel Cardoso Pereira da Fonseca, António Ramos Jerónimo, Camila Correia Vicente da Silva, Cralota Sousa martins Ferreira Crespo Fernandes, Daniel José Branco Sampaio, Francisco Manuel da Cruz Ferreira Crespo, Inês Alexandra de Sousa dos Santos, Isabel Maria Costa Cândido de Castro, João Manuel Ferreira de França Dória Nóbrega, José Amaro Mira Cabaço, Luis Carlos Gomes Lopes Pereira, Manuel de Jesus Saraiva, Marco Paulo Baptista de Oliveira, Margarida Sofia Reis Catarino, Maria Antónia Pascoal de Sousa Monteiro, Maria Armandina da Costa Soares, Maria da Conceição Elias Ribeiro, Maria da Conceição da Fonseca Nascimento André, Maria da Glória Marques Gaspar, Maria João Frias de Lima, Maria João Soares de Almeida Pedroso Lima, Maria Margarida Gonçalves Freire Ruas, Matilde Vieira Fernandes, Patricia Frias de Lima Gomes Pereira, Rute Alexandra Ramalho Basilio de Oliveira, Sandra Mafalda Bento Peralta, Silvia Alexandra Farinha Lopes Morais Pestana, Sofia Isabel Rodrigues Sá dos Santos, Sonia Kadynessel Dias Fernandes, e Sónia Maria Matos de Oliveira Carvalho, todos melhor identificados a fls. 3 a 6 dos autos, vieram interpôr ao abrigo da LAP - Lei de acção popular , Lei n°.83/95 (LAP) o presente processo cautelar contra:

- o Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.;
- e, o Ministério da Saúde;

no qual formulam a condenação das entidades requeridas nos seguintes pedidos: sejam intimadas a absterem-se de determinar, autorizar ou concretizar quaisquer actos que visem o encerramento da MAC, a não ser por via da sua integração no anunciado Hospital de Lisboa Oriental, ou sem que esteja garantido que a sua integração noutro estabelecimento hospitalar é feita em termos que assegurem as seguintes exigências:

i) A sua inserção num programa ou instrumento de gestão previsional, que estabeleça, em concreto, o calendário, o faseamento e o conteúdo do processo de transição, o qual deve prever obrigatória e expressamente o efectivo destino dos profissionais de saúde e outros trabalhadores da MAC, bem como das equipas multidisciplinares constituídas, dos gabinetes de consulta e dos equipamentos;

ii) A efectiva participação dos profissionais de saúde da MAC nesse procedimento, os quais devem ter oportunidade de se debruçar sobre propostas detalhadas, concretas e escritas;

iii) A manutenção - no essencial - das consultas diferenciadas que funcionam na MAC;

iv) A manutenção - no essencial - das equipas multidisciplinares que exercem actividade na MAC;

v) A manutenção de condições de internamento que proporcionem pelo menos 51 camas, 30 para puérperas e 21 para grávidas internadas de alto risco, bem como o número de espaços actualmente existentes na MAC (11) para a urgência em situações de trabalho de pano; idem em relação a pelo menos 19 camas na área da ginecologia;

vi) A manutenção do número de blocos operatórios actualmente existente na MAC para a obstetrícia (2) e para a ginecologia (2), bem como o número de blocos cirúrgicos (2) de que actualmente dispõe o serviço de procriação medicamente assistida que funciona na MAC;

vii) A manutenção de uma unidade de recuperação e cuidados intensivos para grávidas de alto risco com patologias graves;

viii) A manutenção do actual número de camas de cuidados intensivos (13) e de cuidados intermédios (29) da Unidade de Neonatalogia da MAC, respeitando sempre o rácio interuacionalmente proposto de 2 camas de cuidados intermédios para 1 cama de cuidados intensivos e assegurando "estruturas de isolamento" semelhantes às actualmente utilizadas por aquele serviço da MAC;

ix) A manutenção da Unidade de Adolescência da MAC, com a estrutura multidisciplinar de resposta que actualmente possui;

x) A manutenção do serviço de psicologia clínica e do serviço social, actualmente em funcionamento na MAC;

xi) A manutenção do serviço de procriação medicamente assistida, actualmente existente na MAC;

xii) A manutenção do banco de leite humano, actualmente integrado na MAC.

Para tanto, os requerentes alegam, em síntese, que, os AA, são cidadãos portugueses no gozo dos seus direitos civis e políticos, e de que, os AA. são titulares do direito de acção popular, que ora exercem para defesa da saúde pública, ao abrigo do art. 52.° da Constituição da República Portuguesa (CRP) e da Lei n.° 83/95, de 31 de Agosto (cfr. arts. 1., 2.° e 12.°), estando por isso assegurada a legitimidade activa, e interpõem a presente providência cautelar bem, com vista e evitar o encerramento da MAC, de forma a garantir a preservação do elevado padrão de qualidade dos cuidados de saúde que a instituição vem prestando à população, uma vez que existe um fundado receio de que os procedimentos em curso não o assegurem, sendo que tais procedimentos são da responsabilidade do 1°. R., enquanto entidade pública empresarial a cujo universo pertence o estabelecimento hospitalar em causa, e da tutela respectiva exercida pelo 2.° R., razão pela qual tais RR. têm legitimidade passiva.

Alegam, ainda, que a MAC é um estabelecimento do Serviço Nacional de Saúde, que foi criado pelo Decreto 20 395, de 17 de Outubro de 1931, tendo sido instituída para assegurar, em Lisboa, um serviço público de qualidade na área obstétrica e ginecológica. quer em consultas, quer na hospitalização. Através do DL 50-A/2007, de 28 de Fevereiro, foi criado, com a natureza de Entidade Pública Empresarial, o Centro Hospitalar de Lisboa

Central, E. P. E., e pela Portaria n.° 172/2011, de 27 de Abril, foi criado o Grupo Hospitalar do Centro de Lisboa, que integrava as seguintes entidades:

i) Centro Hospitalar de Lisboa Central, E. P. E.;
ii) Hospital de Curry Cabral, E. P. E.;
iii) Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

Pelo Decreto-Lei n.° 44/2012, de 23 de Fevereiro, o Hospital de Curry Cabral e a MAC foram extintos e integrados por fusão no Centro Hospitalar de Lisboa Central, assim, a MAC é hoje um estabelecimento hospitalar integrado na estrutura do Centro Hospitalar de Lisboa Central, E. P. E., ora 1° R., e durante o ano de 2012, foi anunciado pelo 1°. R, que a MAC seria encerrada até ao final de 2012 ou principio de 2013.Porém, no dia 4 de Dezembro de 2012, o 1.0 R. anunciou publicamente que o fecho da MAC ocorreria no principio de 2013, muito provavelmente durante o mês de Março de 2013, e nos termos dessas comunicações, a actividade assistencial exercida na MAC será integrada no Hospital D. Estefânia (HDE), uma das outras unidades hospitalares que também integra o Centro Hospitalar de Lisboa Central, E. P. E.

Os AA. têm fundado receio de que os procedimentos em causa - visando, por um lado, encerrar a MAC, por outro, integrar a sua actividade no HDE - não assegurem a preservação do elevado padrão de qualidade dos cuidados de saúde que a instituição vem prestando à população, o que os leva a propor a presente providencia, e não estão sozinhos nessa preocupação, pois, logo que foi do domínio público que existia a intenção de encerrar a MAC - sem que houvesse "plano de pormenor conhecido e integrado na rede materno— infantil -, a Comissão Nacional de Saúde Materna, da Criança e do Adolescente, através de carta de 9 de Abril de 2012, expôs ao Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde a sua preocupação pela insensatez desse anúncio sem estarem asseguradas as boas práticas que as circunstâncias exigiam (cfr. doc. 3). Igualmente, a Ordem dos Médicos, por carta de Setembro de 2012, pediu ao Ministro da Saúde que divulgasse os estudos técnicos que fundamentam a decisão de encerrar a MAC, a qual não teve resposta, o que a levou, a 12 de Dezembro de 2012, a transformar tal missiva em carta aberta (cfr. doc. 4). Também a Federação Nacional dos Médicos avançou que "a destruição da MAC terá, inevitavelmente, pesadas consequências nefastas para muitas mulheres e crianças" (cfr. doc. 5), e inúmeras vozes de altos responsáveis — de todos os sectores da sociedade portuguesa - se fizeram igualmente ouvir no sentido de manifestar a sua surpresa e discordância quanto ao encerramento da MAC nos termos em que o processo está a ser conduzido. Avulta o que a tal propósito foi dito pelos ex-ministros Correia de Campos e Ana Jorge; o primeiro disse: "a MAC tem que ser integrada num Hospital CentraL Mas, neste momento, sem estar construído o Hospital de Todos-os- Santos (Oriental de Lisboa), não tem sentido nenhum encerrar a nossa melhor Maternidade" (cfr. doe. 6); a segunda afirmou: "destruir as equipas da MA C põe em risco a assistência materno-infantil em todo o país. Tem áreas muito d4ferenciadas e que é preciso manter" (cfr. doc. 7). Entre muitas outras tomadas públicas de posição, sublinha-se a de Luis Graça, Director do Serviço de Obstetrícia do Hospital de Santa Maria, que disse: "só quem não conhece o Hospital de D. Estefânia é que defende a transferência dos serviços (...) o D. Estefânia não tem estrutura para manter a qualidade e a quantidade dos cuidados que [a MAC] presta" (efr. dcc. 8). Idêntica posição foi manifestada por um dos proponentes desta acção, o ora 10° A., que foi Director do Serviço de Obstetrícia da MAC (cfr. doc. 9). E é essa a preocupação da generalidade dos profissionais

da MAC, que, em Dezembro último, questionaram o Conselho de Administração do 1 .° R. acerca do plano efectivo para a área da saúde materno-infantil no Centro Hospitalar de Lisboa Central, bem como para os termos em que será garantida a continuidade das equipas multidisciplinares que têm propiciado os bons resultados da MAC (cfr. doc. 10).

Mais alegam, os requerentes, que a CRP consagra que todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover (cfr. art. 64.°, n.° 1). A CRP estipula que o direito à protecção da saúde é realizado através de um Serviço Nacional de Saúde universal e geral, e ainda pela criação das condições que garantam, designadamente, a protecção da infância, da juventude e da velhice e pela melhoria sistemática das condições de vida (cfr. art, 64.0, n.° 2). Para assegurar o direito à protecção da saúde, a CRP estabelece que incumbe prioritariarnente ao Estado, entre outros objectivos, os seguintes:

i)Garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde;

ii) Disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas em medicina, por forma a assegurar adequados padrões de eficiência e de qualidade (cfr. art° 64.°, n.° 3).

A Lei de Bases da Saúde — Lei n.° 48/90, de 24 de Agosto — consagra que a protecção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efectiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado (cfr. art°.9° Base 1); e que os cidadãos têm o direito a que os serviços públicos de saúde se constituam e funcionem de acordo com os seus legítimos interesses (cfr. Base V). Por outro lado, tal Lei estabelece que a protecção da saúde deve obedecer a determinadas directrizes, entre as quais, as seguintes:

i) A promoção da saúde e a prevenção da doença, como prioridade no planeamento das actividades do Estado;

ii) A adopção de medidas especiais relativamente a grupos sujeitos a maiores riscos, tais como as crianças, os adolescentes, as grávidas, os jdosos, os deficientes e os toxicodependentes;

iii) Uma gestão dos recursos disponíveis a conduzir por forma a obter deles o maior proveito socialmente útil, e a evitar o desperdício e a utilização indevida dos serviços (cfr. Base II).

Finalmente, e no que ora releva, a Lei de Bases da Saúde define que o sistema de saúde é constituído pelo Serviço Nacional de Saúde - abrangendo todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde e pelas outras entidades públicas que desenvolvem actividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, e ainda pelas entidades privadas e profissionais liberais que acordem, nesse âmbito, a prestação de todas ou algumas dessas actividades (cfr. Base XII).

O Decreto-Lei n.° 11/93, de 15 de Janeiro, com as suas sucessivas alterações, estabelece que o Serviço Nacional de Saúde é um conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência ou tutela do Ministro da Saúde (cfr. art. 1°). A Lei n.° 27/2002, de 8 de Novembro, aprovou o regime jurídico da gestão hospitalar, aplicando-se aos hospitais integrados na rede de prestação de cuidados de saúde, na qual se incluem, quer os

estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde, quer os estabelecimentos privados de saúde, quer os profissionais em regime liberal com quem sejam celebradas convenções (cfr. art. 1.0). Esse diploma define os princípios específicos da gestão hospitalar, entre os quais os seguintes:

i)Desenvolvimento da actividade de acordo com instrumentos de gestão previsional, designadamente planos de actividades anuais e plurianuais;

ii) Garantia aos utentes da prestação de cuidados de saúde de qualidade com um controlo rigoroso dos recursos;

iii)Desenvolvimento de uma gestão criteriosa no respeito pelo cumprimento dos objectivos definidos pelo Ministro da Saúde;

iv) Promoção da articulação funcional da rede de prestação de cuidados de saúde.

Tal diploma legal estabelece ainda que os hospitais podem assumir a natureza jurídica de estabelecimentos públicos dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial, e natureza empresarial, em termos a definir em diploma autónomo (cfr. arts. 2.° e 1 8.°). Por seu turno, o Decreto-Lei 233/2005, de 29 de Dezembro, define as regras aplicáveis a tais estabelecimentos públicos, os hospitais E. P. E.: pessoas colectivas de direito público de natureza empresarial dotadas de autonomia administrativa, financeira e patrimonial (nos termos do art. 18.° da Lei n.° 27/2002). Aí se estabelece que compete aos respectivos Conselhos de Administração garantir o cumprimento do objectivo básico que preside à constituição dessas entidades a prestação de cuidados de saúde à população e em especial o seguinte:

i) Propor os planos de acção anuais e plurianuais e respectivos orçamentos.
bem como os demais instrumentos de gestão previsional legalmente previstos, e assegurar a respectiva execução;

ii) Definir as linhas de orientação a que devem obedecer a organização e fimcionamento do hospital, nas áreas clínicas e não—clínicas, propondo a criação de novos serviços, sua extinção ou modificação;

iii) Definir as políticas referentes a recursos humanos;

iv) Aprovar e submeter a homologação do Ministro da Saúde o respectivo regulamento interno (cfr. art. 7°).

Nos termos do regime jurídico do sector empresarial do Estado, aprovado pelo DL n° 558/99, de 17 de Dezembro (com as suas alterações, as últimas das quais introduzidas pela Lei n.° 55-Ai2010, de 31 de Dezembro), as E. P. E. devem apresentar, até ao dia 30 de Novembro de cada ano, o plano de actividades e o orçamento para o ano seguinte. Sendo entidades empresariais do Estado, os hospitais E. P. E. ficaram também sujeitos aos princípios de bom governo das empresas do sector empresarial do Estado, aprovados pela Resolução do Conselho de Ministros n.° 49/2007, de 28 de Março, realçando-se, em particular, o seguinte:

i) "As empresas detidos pelo Estado devem cumprir a missão e os objectivos que tenham sido determinados, de forma económica, financeira, social e ambientalmente eficiente, atendendo a parâmetros exigentes de qualidade, procurando salvaguardar e expandir a sua competitividade, com respeito pelos princípios de responsabilidade social, desenvolvimento sustentável serviço público e de satisfação das necessidades da colectividade que lhe hajam sido fixados";

ii) "As empresas detidas pelo Estado devem elaborar planos de actividade e orçamentos adequados aos recursos e fontes de financiamento disponíveis, tendo em conta o cwnprimento das missões e objectivos que a estas empresas tenham sido incumbidas";

iii) "Anualmente, cada empresa deve informar os membros do Governo e o público em geral, do modo como foi prosseguida a sua missão, do
grau de cumprimento dos seus objectivos., da forma como foi cumprida a política de responsabilidade sociaL de desenvolvimento sustentável e os termos do serviço público";

iv) "Os órgãos das empresas públicas devem divu&ar publicamente de imediato todas as informações de que tenham conhecimento, que selam susceptíveis de afectar relevantemente a situação económica, financeira ou patrimonial dessas empresas, ou as suas condições de prestação de serviço público, agindo deforma idêntica à que se encontre estabelecida para a prestação deste tipo de informação aos accionistas por parte das empresas admitidas à negociação em mercado regulamentado";

v) "Todas as informacões Que nos termos dos princípios do bom zoverno devam ser divulgadas ao público devem estar diwoníveis através de um sítio da Jnternet (...), sem prejuízo da divulgação em sítio da Internet da própria empresa ou de remissão para este";

vi) "O sítio das empresas do Estado deve disponibilizar informação clara, relevante e actualizada sobre a vida da empresa. incluindo designadamente as obrigações de serviço público a que está sujeita".

O Decrete-Lei n.° 44/2012, que determinou a integração da MAC no Centro Hospitalar de Lisboa Central, E. P. E. (CHLC), estabelece, no seu art. 6.°, que o 1° R. devia elaborar um novo regulamento interno — adaptado a uma reestruturação dos serviços que teria já em conta a integração no CHLC, quer da MAC, quer do Hospital Curry Cabral -, a submeter a homologação de membro do Governo responsável, no prazo de 120 dias a contar da data da entrada em vigor daquele diploma legal, o que ocorreu a 1 de Março de 2012, ou seja, até 1 de Julho de 2012. Porém, até ao momento, não se conhece tal novo regulamento interno, razão pela qual continua a reger o regulamento interno homologado pelo Secretário de Estado Adjunto da Saúde, em 17 de Março de 2008, o qual está disponível no sítio do 1° R. Aí se define que o funcionamento do CHLC tem por objectivo a qualidade e eficiência na prestação dos cuidados de saúde e assenta na responsabilidade da gestão, adoptando um modelo de gestão participada (cfr. art. 8.°), e, importa realçar que o regulamento interno estipula um modelo de governação clínica, com as seguintes características:

i)O envolvimento de todos os profissionais, garantindo a melhor articulação entre gestores, chefias e restantes profissionais;

ii) O planeamento das actividades e dos cuidados prestados;

iii) A adopção sistemática das boas práticas reconhecidas, reduzindo e limitando os riscos inerentes à prática clínica (cfr. art. 10.°).

A Maternidade Dr. Alfredo da Costa é o estabelecimento hospitalar português onde se realiza um maior número de partos. Em 2011, ai se realizaram 5581 partos, ou seja, mais do que o dobro dos partos realizados no Hospital de S. Francisco Xavier ou no Hospital de Santa Maria, sendo certo que, a nível nacional, o estabelecimento que, em segundo lugar, mais partos efectuou foi a Maternidade Júlio Diniz do Centro Hospitalar do Porto, E.P. E., (cfr. doc. 11), onde ocorreram 3427 partos. Em 2012, tiveram lugar na MAC 4570 partos (dos quais 160 foram gemelares), a qual continua, assim, a ser, de forma destacada, a instituição que, em maior número, os assegura (cfr. doc. 12).

A MAC — para além dos partos acima referidos — presta ainda os seguintes cuidados de saúde:

i)Em obstetrícia, consultas gerais, e aïnda consultas diferenciadas em várias áreas, designadamente — diagnóstico pré-natal, gravidez de alto risco, gravidez múltipla, diabetes, hipertensão, imunodepressão, patologia da adição, gravidez não desejada, mortes fetais, patologia 1° trimestre;

ii) Em ginecologia, consultas gerais, e ainda consultas diferenciadas em várias áreas, designadamente — apoio á infertilidade, menopausa, planeamento familiar. senologia, patologia do trato genital inferior, ginecologia oneológica;

iii) Em pediatria, para além da assistência geral aos recém-nascidos, ainda a prestação de cuidados neonatais, quer intensivos, quer intermédios.

A MAC está ainda dotada das seguintes unidades autónomas:
i) serviço de anestesiologia;
ii) serviços de patologia clínica e de anatomia patológica;
iii) serviço de psicologia clínica;
iv) serviço social;
v) unidade de adolescência;
vi) serviço de procriação medicamente assistida;
vii) banco de leite humano;
viii) consulta de nutrição;
ix) serviço de fisioterapia.

Na MAC têm lugar as aulas de obstetrícia e ginecologia da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa; é também a MAC que recebe, em estágios profissionalizantes, a maioria dos internos do 6.° ano do mesmo estabelecimento universitário. A MAC é ainda uma enorme bolsa de formação para médicos de muitos hospitais da zona sul do país, que ai vôm fazer o internato da especialidade, bem como estágios em várias áreas, tais como medicina materno-fetal, diagnóstico pré-natal, ecografia ginecológica e obstétrica, colposcopia, procriação medicamente assistida e neonatalogia em cuidados intensivos e intermédios.

Na última avaliação da Escola Nacional de Saúde Pública, divulgada em Dezembro último, a MAC voltou a estar situada, no ranking respectivo, entre os 5 melhores estabelecimentos do país na área ginecológica e obstétrica, sendo considerado o melhor da região sul (cfr. doc. 13).

Mais de 60%, em 2011, e de 70%, em 2012, da actividade de prestação de cuidados de saúde da MAC teve a ver com a gravidez de alto risco, sendo a maior parte referenciada por unidades de saúde situadas fora da área de referenciação normal da MAC (restrita a freguesias de Lisboa). É que a MAC está definida como hospital de apoio perinatal diferenciado (fira de linha na referenciação materno-infantil), sendo considerado como de referenciação última para grande parte da região sul (cfr. doc. 14).

Na área do diagnóstico pré-natal, a MAC é a segunda instituição portuguesa com maior intervenção, apenas precedida pela Maternidade Bissaya Barreto do Centro Hospitalar de Cojmbra (cfr. doc. 15). O Centro de Diagnóstico Pré-Natal está dotado de uma unidade de ecografia obstétrica, com 4 ecógrafos de gama alta, o que corresponde a cerca de 180 horas/semana de utilização. O Centro de Diagnóstico Pré-Natal realiza, através de protocolos com centros de saúde, ecografias de rastreio de anomalias fetais a cerca de metade da população de grávidas que são vigiadas nos cuidados primários da área da sua influência. É um centro de referência para o estudo de anomalias fetais, realizando análises morfológicas e efectuando avaliações diagnósticas e prognósticas, contando para isso com a colaboração de múltiplos serviços do CHLC e de centros de referência internacionais.

A MAC assegura as técnicas invasivas mais relevantes para a concretização dos diagnósticos e terapêuticas intra-uterinas; na área da terapia fetal, a MAC concentra a maior experiência nacional em terapêutica transfiasional no contexto da doença hemolítica fetal e seu tratamento intra-uterino; tem ainda pessoal em formação para poder assegurar a realização de cirurgia fetal endoscópica, com a utilização de laser. A MAC dispõe de condições de internamento adequadas para as seguintes situações:

i)Grávidas de alto risco;
ii) IVG;
iii) Puerpério normal;
iv) Puerpério após cesariana;
v) Pró e pós-operatório de ginecologia.

A MAC tem em funcionamento 2 blocos operatórios de obstetricia e 2 blocos operatórios dc ginecologia, tendo estes últImos sido completamente remodelados há menos de 5 anos. Na obstetrícia, a MAC está apetrechada com 2 enfermarias para internamento: 21 camas para grávidas de alto risco (complicações maternas, fetais ou da própria gravidez) e ainda mais 3 camas, destinadas a interrupções da gravidez ou para situações de grávidas com morte fetal iii útero; 55 camas para internamento de puérperas'; há ainda uma sala de recobro para pós-operatório, com 5 camas; acresce a URCI (Unidade de Recuperação e Cuidados Intensivos), para grávidas com maior patologia, com 3 camas.

Na ginecologia, a MAC tem uma enfermaria com 19 camas, a que acrescem 5 camas de recobro cirúrgico imediato para cirurgia de internamento, e 3 cadeiras de recuperação para cirurgia de ambulatório.

A MAC está dotada de serviços de senologia com elevada patologia oncológica e de patologia vulvar e do colo com um sofisticado grau de diferenciação, referenciados por inúmeras unidades de saúde.

A MAC tem instalado um sofisticado centro de colposcopialaser.

Na área específica das grávidas com diabetes, a MAC intervém em mais de % das situações que ocorrem a nível nacional (cfr. doc. 16), de longe a instituição mais relevante. Na área da imunodepressão, a MAC é a instituição portuguesa que assegura o acompanhamento do maior número de grávidas seropositivas, incluindo a pré- concepção, a vigilância da gravidez, a consulta pós-parto e o planeamento familiar. Nesse segmento especifico das camas para puérperas, é evidente que existe um excesso de camas para o número de partos actualmente realizados na MAC, tendo obtido uma taxa de transmissão vertical acumulada (de mãe para feto) de 0,8%, muito inferior à taxa nacional, que é de 1,8% (cfr. docs. 17 e 18). Nessa área, a MAC conseguiu garantir urna adesão das mães seropositivas ao follow up do recém-nascido e lactente numa percentagem superior a 95%., e foi a MAC foi o primeiro serviço hospitalar a fazer testes rápidos do VIH e a possuir material cirúrgico adaptado à realização de cesarianas em mulheres seropositivas, segundo as normas internacionais.

A MAC foi pioneira na criação de uma consulta para a patologia da adição, tendo estabelecido uma articulação muito bem sucedida com os CAT e outras instituições de apoio social, o que lhe permitiu assegurar que a percentagem de recém- nascidos "retirados" às respectivas famílias é muito baixa (inferior a 5%). A MAC criou uma inovadora consulta de nutrição e dietética, que dá apoio a todo o ambulatório e internamento do estabelecimento, quer em obstetrícia, quer em ginecologia, realizando mais de 500 consultas por mês.

No apoio à interrupção voluntária da gravidez, entre as instituições públicas, a MAC é igualmente o estabelecimento que assegura o maior número de situações, correspondente a cerca de 8% do total, mais do dobro da segunda unidade, que é o Hospital Garcia da Orta, com cerca de 3,8% (cfr. doc. 19).

O serviço de anestesia da MAC tem uma experiência ímpar na obstetrícia, efectuando mais de 1000 anestesias epidurais por ano, o que, em termos nacionais, é inigualável.

Os serviços de patologia clínica e anatomopatologia dão resposta a situações de difícil cobertura a nível nacional, designadamente nos exames de placenta e nas autópsias fetais.

O serviço de psicologia clínica da MAC existe desde Dezembro de 1987, tendo sido pioneiro no apoio a áreas de grande risco psicológico (gravidez na adolescência, infertilidade, diagnóstico pré-natal, senologia, prematuridade, etc), adquirindo diferenciação nas áreas da psicologia obstétrica, psicologia ginecológica e psicologia pediátrica.

O serviço social da MAC segue as utentes de forma sistemática, iniciando a sua intervenção na primeira consulta e realizando um acompanhamento social ao longo da gravidez e no pós-parto, o que tem sido fundamental para combater a institucionalização de crianças, os maus tratos e a negligência infantil. O serviço social da MAC é o único do país que está integrado nas consultas diferenciadas de constituição multi-disciplinar (imunodepressão, patologia aditiva, adolescentes, diabetes, etc).

A unidade de adolescência da MAC foi criada em 2007 para dar resposta global e multi-disciplinar às adolescentes na área da ginecologia infantil/adolescente, planeamento familiar, gravidez e maternidade adolescentes, actuando de forma multidisciplinar e estabelecendo protocolos com inúmeras instituições, particularmente com escolas secundárias da sociedade de Lisboa.

O percurso para chegar à unidade de adolescência começou em 1989 com a abertura da consulta de adolescentes grávidas, por uma equipa multidisciplinar que, então, incluía um médico, um assistente social e um psicólogo; ao longo do tempo, a equipa foi sentindo a necessidade de acompanhar estas utentes após o nascimento da criança, associando-se à equipa um pediatra; isso foi possível quando, em face dos resultados reconhecidamente bons da consulta, quer em termos clínicos, quer em termos psico-sociais, a Fundação Gulbenkian subsidiou o projecto "Mais Vale Prevenir", que visava fazer a consulta pós-parto e o acompanhamento das jovens em risco de gravidez precoce; a junção da consulta com o projecto foi o embrião da Unidade de Adolescência, que continuou a contar com o apoio da Fundação Gulbenkian. Nos últimos dois anos foi dado apoio a mais de 2000 adolescentes.

O serviço de procriação medicamente assistida tem uma grande procura e obteve reconhecimento nacional, estando apetrechado com dois blocos cirúrgicos, recentemente equipados com o material mais avançado da especialidade, tendo associadas 2 camas de recuperação pós-cirúrgica, e 2 cadeiras para cirurgias de menor complexidade. Entre as instituições públicas, o serviço de procriação medicamente assistida da MAC é o único que está apetrechado com um banco de Lavagem de esperma para casais serodiscordantes; foi também o único que criou, no seu seio, um grupo de trabalho de constituição multidisciplinar para a "infertilidade e patologia crónica".

A MAC tem o único banco de leite humano do país, que permite responder às necessidades dos bebés prematuros cujas mães não produzem leite em quantidade suficiente, sendo o alejtamento natural fimdaniental para o desenvolvimento dos recém-nascidos, quer de termo, quer prematuros.

No nascimento de prematuros, a MAC é, claramente, o estabelecimento hospitalar português com maior experiência, por lá passando mais de 15% do total nacional e de 30% do total da região sul (cfr. doc. 20). A Unidade de Neonatalogia da MAC está organizada de acordo com os mais elevados padrões internacionais de qualidade técnica e científica, o que foi possível através de um avultado investimento efectuado na última década, que conduziu à sua modernização só equiparável à das melhores unidades estrangeiras. A Unidade de Neonatalogia da MAC está certificada por uma agência internacional de qualidade sanitária (cfr. doc. 21).

A Unidade de Neonatalogia da MAC assegura 13 camas para cuidados intensivos e 29 camas para cuidados intermédios, respeitando o rácio internacionalmente proposto de 2 camas de cuidados intermédios para 1 cama de cuidados intensivos. O equipamento adquirido — feito à medida das instalações disponíveis na MAC - permite o isolamento das camas das unidades dos cuidados intensivos, atenuando significativamente o risco de infecções cruzadas, o que não existe em mais nenhuma unidade de neonatalogia do país (cfr. fotografias da unidade, obtidas a partir do sitio do CHLC, que se juntam como docs. 22 e 23). Em Portugal, o serviço de neonatalogia da MAC constitui a grande escola da neonatalogia de alto risco e especial diferenciação.

Na MAC trabalham 75 médicos do quadro (obstetras. ginecologistas, pediatras, anestesistas e especialistas de outras áreas), para além de internos que recorrem à instituição, e 247 enfermeiros; e ainda psicólogos (4), assistentes sociais (4), funcionários administrativos e profissionais de outras áreas, todos contribuindo para o sucesso desta instituição octogenária.

A excepcional qualidade da MAC - a qual deu um contributo decisivo para os extraordinários resultados obtidos em Portugal no combate à mortalidade fetal, perinatal, neonatal, infantil e materna, colocando o país numa posição cimeira a nível europeu — é possível porque nessa instituição se reúnem três factores fundamentais:

• A competência técnica e a dedicação dos seus profissionais de saúde;
• A experiência acumulada, quer por força do número e complexidade de actos médicos realizados, quer por via das equipas multidisciplinares que se foram constituindo, as quais permitiram a diferenciação dos cuidados médicos e a articulação de saberes vários;
• A logística bem dirigida e organizada de um espaço apetrechado com o equipamento e demais condiçZies de funcionamento adequadas à obstetrícia, ginecologia e pediatria neonatal.

Está prevista a instalação — até 2015 ou 2016 — do novo "Hospital de Lisboa Oriental" (ou "Hospital de Todos-os-Santos"), que absorverá os estabelecimentos que hoje integram o CHLC: Hospital de S. José, Hospital de Santo António dos Capuchos, Hospital de Santa Marta, Hospital D. EstefRnia, Hospital de Curry Cabral e a Maternidade Dr. Alfredo da Costa (cfr. "Relatório e Contas 2011" do l.° R., de 22 de Maio de 2012, ora junto como doc. 24). Nesse processo, está, assim, prevista a integração da MAC no novo estabelecimento hospitalar, o que os AA. aceitam.

A tendência internacional que se vem verificando — a qual encontra eco na proposta de Carta Hospitalar efectuada pela Entidade Reguladora da Saúde, em 12 de Abril de 2012 (cfr. doe. 25) e na proposta de Carta Hospitalar Materna, da Criança e do Adolescente elaborada pela Comissão Nacional da Saúde Materna, da Criança e do Adolescente, em 8 de Junho de 2012 (efr. doe. 26) — aponta para a integração das maternidades em hospitais gerais, o que não merece a contestação dos AA. Nessa sequência a MAC — integrada, como já está, no CHLC e, futuramente, no Hospital de Lisboa Oriental - continuará a funcionar como hospital de apoio perinatal diferenciado, isto é, como hospital de referenciação última para urna grande parte da região sul.

Na proposta da Carta Hospitalar Materna, da Criança e do Adolescente supra referida, na região de Lisboa e Vale do Tejo, só é atribuida a classificação de topo (aplicável a hospitais com capacidade técnica para assegurar 100% da diversidade dos cuidados necessários da população que servem) aos CHLC/MAC e CHLN (Santa Maria) — cfr. doc. 26).Igualmente, a proposta de Carta Hospitalar da ERS prevê que o CHLC/MAC se mantenha como hospital geral de referência, para ondc devem "drenar" os casos mais dificcis, quer os hospitais gerais de primeka linha, quer os hospitais de proximidade, para além, naturalmente, das unidades de cuidados de saúde primários da sua área de influência (cfr. doe. 25, pp. 123 e pp. 163). Isto é, está assente: i) a MAC virá a ser integrada no futuro Hospital de Lisboa Oriental; ii) a MAC hoje na CHLC, amanhã no novo Hospital de Lisboa Oriental - manter-se-á como um estabelecimento de apoio perinatal diferenciado, a funcionar como referenciação última para uma grande parte da região sul. Isso significa que não se prevê que haja uma alteração na situação actualmente existente em que 60 a 70% da prestação de cuidados da MAC tem a ver com situações de gravidez de especial risco provenientes de referenciação por unidades situadas fora da área de referenciação normal da MAC. De resto, a entrada em funcionamento do Hospital de Cascais (2003) e do Hospital Beatriz Ângelo (Janeiro de 2012), em Loures, não alterou, de forma relevante, a referenciação que a MAC continuou a merecer de situações de gravidez de alto risco que, pelo contrário, cresceu de 2011 para 2012; aliás, tais unidades hospitalares nem estão vocacionadas para absorver as situações mais delicadas da gravidez de alto risco, área onde não têm experiência, a que acresce que nem está previsto que, no futuro, actuem como estabelecimentos de apoio perinatal diferenciado (cfr. doe. 25, pps. 163 e 164 edoc,26,pps,21 e31). Por outro lado, não está previsto que o Hospital Reynaldo dos Santos, de Vila Franca de Xira (que, após obras, reabrirá em meados de 2013). funcione como hospital de apoio perinatal diferenciado (cfr. doe. 25, pps. 163 e 164, e doe. 26, pp. 32).

Pelo exposto, a MAC continuará a ser — com toda a probabilidade - o estabelecimento hospitalar português a quem será confiada — nos próximos anos a assistência a um maior número de grávidas e de partos, a maioria dos quais de referenciação proveniente fora da sua área de influencia normal e correspondendo a situações dc especial risco.

O problema está, então, no propósito dos RR. em efectuar agora — previsivelmente até Março de 2013 (cfr. doe. 2) - o encerramento da MAC e a transferência da sua actividade assistencial para o HDE, sem que estejam asseguradas as condições que proporcionem a preservação do elevado padrão de qualidade dos cuidados de saúde que a instituição vem prestando à população.Tal circunstância nos termos concretos em que o processo está a ser conduzido - é susceptível de afectar a saúde pública, cuja defesa a presente acção popular quer salvaguardar.

Em primeiro lugar, porque o processo de encerramento e integração não está a ser nem planeado, nem objecto de uma avaliação técnica minimamente rigorosa, nem participado pelos profissionais de saúde que nele deviam estar envolvidos. É o que resulta, designadamente, do seguinte:

i) Estando previstos para 2013 o encerramento da MAC e a integração no HDE, não se conhece nem o orçamento, nem o plano de actividades de 2013 do CHLC, ora 1°

R., os quais deviam ter sido apresentados ao 2.º R. até 30 de Novembro de 2012, e por este aprovados até ao final do ano;

ii) Não se conhece o "Plano de Actividades e respectivo orçamento" para os próximos 3 anos que o Conselho de Administração da CHLC se comprometeu a apresentar até 1 de Junho de 2012 (cfr. "Relatório e Contas 2011" — doc. 24, pp. 8), no quadro da preparação da instalação do novo "Hospital de Lisboa Oriental";

iii) Nem sequer se conhece o novo regulamento interno do CHLC — já adaptado à integração da MAC no seu seio -, que devia ter sido submetido a homologação do Governo até 1 de Julho de 2012 (cft. supra art. 40.º);

iv) Muito embora, em rigor, não se saiba se tais instrumentos estão elaborados ou sequer em fase de elaboração, a verdade é que, de acordo com os "princípios de bom governo" (cfr. supra art. 39."), deviam estar disponíveis ao público no sítio do 1." R.;

v) Mais grave ainda, não se conhece qualquer programa ou instrumento de gestão previsional, que estabeleça, em concreto, o calendário, o faseamento e o conteúdo do processo de transição, os quais obrigatoriamente teriam de prever o efectivo destino das mais de três centenas de trabalhadores da MAC, bem como das equipas multidiseiplinares constituídas, dos gabinetes de consulta e dos equipamentos;

vi) E também não se conhece qualquer estudo técnico que, com o detalhe adequado, exponha a necessidade ou sequer as vantagens da integração da MAC no HDE, tendo, designadamente, em conta a alternativa - aparentemente mais fácil, eficiente e barata - de integrar na MAC os serviços de ginecologia, obstetrícia e neonatalogia do HDE;

vii) Finalmente, não está garantida uma participação adequada — assente em propostas detalhadas, concretas e escritas — dos profissionais de saúde da MAC no anunciado processo de integração no HDE.

Em segundo lugar, porque os profissionais e as equipas multidisciplinares da MAC, os serviços diferenciados por eles prestados, e os equipamentos que os garantem, pura e simplesmente não cabem dentro das instalações disponíveis do HDE. até por uma manifesta razão de ordem material. É o que resulta, designadamente - e tendo em conta as informações comunicadas aos Serviços da MAC, mormente ao Serviço de Medicina Materno-Fetal e ao Serviço de Neonatalogia -, do seguinte:

i) Em geral, a pluralidade daqueles profissionais, serviços e equipamentos da MAC não é susceptível de caber nas instalações disponíveis do HDE;

ii) Em particular, e tendo em conta apenas o mais chocante, no IIDE só há disponibilidade para 22 camas para grávidas e puérperas, quando, mantendo a MAC o actual número de pados, são necessárias, no mínimo, 30 camas para puérperas e 21 camas para grávidas internadas de alto-risco, o que corresponde áquilo que é tecnicamente aconselhável para os hospitais que realizem apoio perinatal diferenciado2

iii) No HDE, na urgência, só há 4 espaços para situações de trabalho de parto, enquanto na MAC há actualmente li espaços, em utilização regular; Cfr. Proposta de Carta Hospital da ERS, que, nos hospitais de apoio perinatal diferenciado, aconselha um número de referência de 30 camas até 2000 partos/ano, a que acrescerão cerca de 10 camas por cada 1000 partos/ano, a que poderao ainda adicionas-se mais 10 camas para "salvaguarda de necessidades específicas decorrentes da capacidade casuistica e demora média de internamento" —doc. 25, pp.

iv) No HDE não há disponibilidade para a instalação de um espaço com monitorização e vigilância de grávidas de alto-risco com patologias graves — uma URCI (Unidade de Recuperação e Cuidados Intensivos/Intermédios), onde possam ser internadas as situações de mais alto risco obstétrico (por exemplo, patologia hipertensiva grave) -, como existe na MAC e se provou ser uma grande mais-valia para a redução da morbilidade e mortalidade dos prematuros e dos bebés de muito baixo peso, o que, nos hospitais de apoio perinatal diferenciado, é aconselhado pelos padrões técnicos actualmente vigentes;

v) No HDE não há capacidade para absorver as actuais camas para cuidados intensivos e intermédios da Unidade de Neonatalogia da MAC — regularmente utilizadas em simultâneo -, não existindo sequer a possibilidade de para lá transferir as actuais "estruturas de isolamento" existentes na MAC, as quais reduzem significativamente o risco de infecções cruzadas e apesar do elevado investimento realizado - teriam de ser abandonadas;

vi) No HDE não é possível assegurar o actual rácio de 1:2 entre camas para cuidados intensivos neonatais e camas para cuidados intermédios nconatais existente na MAC, o que implicará a transferência dos bebés prematuros para outros espaços que terão de partilhar com bebés com patologias pediátricas, numa "mistura" altamente inconveniente (clínica e psicologicamente); de resto, como já se disse, os padrões internacionalmente vigentes aconselham mesmo esse rácio;

vii) No HDE não há espaço para a instalação dos gabinetes de consulta diferenciada que actualmente exercem a sua actividade na MAC, os quais são depositários de um património de experiência verdadeiramente inigualável.

Em terceiro lugar, porque, em função do que vai exposto, inevitavelmente perder-se-á parte relevantíssima do capital de experiência acumulada na MAC, o que constitui o mais importante dos factores que propiciou a excelência dos cuidados de saúde nela prestados. É o que resulta, designadamente, do seguinte:

i) A eliminação ou redução significativa das consultas diferenciadas da MAC que foram abertas e ruantidas desde 1989, tomando-se referências nacionais, pela quantidade dos casos atendidos e pela qualidade dos serviços fornecidos, acolhendo populações com necessidades especiais, quer sob o ponto de vista clínico (diabetes, hipertensão, doenças imunológicas, etc), quer sob o ponto de vista social (adolescentes, patologia aditiva, etc);

ii) A eliminação ou redução significativa das equipas multidisciplinares da MAC, que incluem médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas e fisioterapeutas, que encaram a grávida de uma forma holística, equipas essas que levam tempo a construir e a gerar confiança;

iii) A eliminação ou redução significativa dc vários serviços altamente diferenciados, particularmente o serviço de neonatalogia (acreditado intemacionalmente), cuja estrutura fisica — recentemente instalada, com custos elevadíssimos — proporciona uma base logística de ponta, a qual não é sequer susceptível de ser "transplantada" para as instalações da HDE.

Em qualquer caso, o poder discricionário não é uma excepção ao princípio da legalidade, mas sjm uma das formas possíveis de estabelecer a subordinação da Administração à lei, razão pela qual o poder discricionário também é controlável jurisdicionalmente. A decisão dos RR. de encerrar a MAC e, desde já previsiveimente até Março de 2013 -, a integrar no HDE, corresponde ao exercício de um poder parcialmente

discricionário, o que, contudo, não impede o controlo jurisdicional, designadamente, com referência à ofensa dos limites legais ou constitucionais impostos a esse mesmo poder discricionário. In casu, avulta particularmente a vinculação jurídica do poder discricionário a normas extra-jurídicas, consubstanciadas em regras de ordem técnica ou deveres objectivos de cuidado (normas prudenciais), que não se situam no domínio da discricionariedade, mas sim no da vinculação. Como diz Freitas do Amaral: "a Administração está legalmente vinculada a respeitar as regras técnicas e as regras de prudência comum para que a lei remete, porque a própria lei a submeteu a essas normas, de tal forma que, se a Administração as não respeitar, sofrerá uma sanção jurídica, semelhante à que sofreria se violasse directamente uma norma jurídica" (ob. cit., pp. 127). Ora, na gestão hospitalar, existem regras técnicas e prudenciais — destinadas a salvaguardar a saúde pública - que se impõem à Administração, vinculando-a ao seu acatamento, como decorre do seguinte:

a) Na CRP, está expressamente consagrado que, para assegurar o direito à protecção da saúde, o Estado deve garantir a disciplina e a fiscalização das formas empresariais de maneira a respeitar padrões de eficiência e de qualidade (cfr. supra arts. 26.° a 28.°);

b) Na Lei de Bases da Saúde (cfr. supra arts. 29.° e 30.");

• Idem. nos princípios específicos da gestão hospitalar, consagrados no regime jurídico da gestão hospitalar, aprovado pela Lei n.° 27/2002, onde avulta a garantia aos utentes da "prestação de cuidados de saúde de qualidade, com um controlo rigoroso dos recursos" (cfr. supra arts. 33." e 34.");

• Idem, no próprio regulamento da CHLC, que adopta um modelo de governação clínica que exige "a adopção sistemática das boas práticas reconhecidas, reduzindo e limitando os riscos inerentes à prática clínica" (cfr. supra arts. 42." e 43.").

As situações factuais acima descritas (nos arts. 106.", 108." e 110° do r.i.) não respeitam as regras técnicas e prudenciais a que está vinculada a gestão hospitalar. as quais — a concretizar-se - teriam como consequência uma relevante diminuição de qualidade na prestação dos serviços médicos até hoje prestados pela MAC, afectando significativamente o padrão de eficiência em que os portugueses confiam e que o Ministério da Saúde e a CHLC têm a obrigação jurídica de salvaguardar. Por outro lado, há regras procedimentais — quando se trata de encerrar um estabelecimento hospitalar, particularmente quando, como aqui acontece, se visa o encerramento da maior e mais diferenciada maternidade do país — que a Administração também está obrigada a respeitar, por força dos "princípios de bom governo" e de outras regras jurídicas esparsas, cujo desrespeito também é susceptível de criar um risco para a saúde pública, a saber:

• O Regime Jurídico da Gestão Hospitalar obriga a que o desenvolvimento da actividade hospitalar se faça "de acordo com instrumentos de gestão previsionaj designadamente planos de actividade anuais e plurianuais" (cfr. supra arts. 33° 34°);

• Os "princípios de bom governo" aprovados pela RCM n.° 49/2007 obrigam as entidades empresariais do Estado a elaborar planos dc actividade e orçamentos, tendo em conta o cumprimento das missões e objectivos de que tenham sido incumbidas, os quais devem divulgar publicamente, mormente no sítio da internei da própria empresa (cfr. supra art. 39,°);

No próprio regulamento do CHLC se estipula o modelo de governação clínica que exige o planeamento das actividades a desenvolver, com o envolvimento de todos os profissionais de saúde da unidade hospitalar (cfr. supra arts. 42.° e 43.°). As situações factuais acima descritas nos arts. 106.°, 108.° e 110° do r.i. não respeitam tais regras procedimentais, particularmente naquilo que conceme a um planeamento tecnicamente avalizado da operação em curso, com a participação dos profissionais de saúde que nele deviam estar envolvidos, o que é igualmente susceptível de lesar a saúde pública.

Finalmente, o processo em curso viola ainda o princípio constitucional da proporcionalidade, que é uma manifestação essencial do princípio do Estado de Direito (cfr. art. 2.° da CRP), em qualquer uma das suas três dimensões essenciais: adequação, necessidade e equilíbrio.

É que a factualidade descrita demonstra que o imediato encerramento da MAC não é adequado nem necessário para atingir o fim proposto uma maior racionalização e eficiência dos recursos hospitalares, nem reflecte qualquer equilíbrio razoável entre as alternativas possíveis.

Na verdade - entre:

i)manter a actual situação da MAC, até à instalação do Hospital de Lisboa Oriental;

ii) integrar os serviços de obstetrícia, ginecologia e neonatalogia do HDE na MAC (de resto, com actividade já muito residual);

iii) integrar a MAC noutra estrutura hospitalar que garanta a possibilidade de absorver a pluralidade dos seus profissionais, serviços e equipamentos, sem a delapidação do património constituído pela sua experiência acumulada;

iv) integrar a MAC no HDE sem estar salvaguardado que se evitem os danos supra descritos nos arts. 105.° a 110° -, os RR. optaram pela 4ª alternativa, que é precisamente aquela que acarreta mais custos para a qualidade e eficiência da prestação dos cuidados médicos até hoje assegurados pela MAC.

Resta avaliar se a opção trilhada pelos RR. se justifica por uma razão de natureza financeira, tendo presente aquilo que a doutrina qualifica como "reserva do financeiramente possível" (cfr. Reis Novais, iii "Direitos Sociais", 2012, pp. 279 a 282). No anúncio público do encerramento da MAC, o 1.0 R. diz que a manutenção da MAC até 2015/2016 ano de conclusão do Hospital de Lisboa Oriental — implicaria investimentos na MAC na casa dos 3 milhões de euros, particularmente em canalizações e telhados, enquanto as obras no HDE — restritas à criação de um maior número de postos de neonatalogia envolvem verbas residuais. Mais uma vez, tal avaliação só pode ser feita com base em estudos técnicos rigorosos, quantificados e divulgados de acordo com os "princípios de bom governo", os quais não existem.

A MAC é o estabelecimento hospitalar do CHLC que está em melhores condições logísticas de fimcionarnento, como resultará de uma sumária comparação entre o edifício da MAC e os edifícios de 8. José, Santo Antónjo dos Capuchos, D. Estefánia, Curry Cabral e Santa Marta. A MAC foi renovada ao longo da última década, estando hoje dotada de boas infra-estruturas em quase toda a sua área de actuação. A parte eléctrica foi completamente renovada. E, por exemplo, o serviço de neonatalogia foi completamente renovado em 2007, à luz dos critérios internacionais mais exigentes.É verdade que tem

problemas no telhado e nalgumas áreas da canalização, o que não fosse a integração daqui a dois ou três anos no Hospital de Lisboa Oriental — justificaria uma renovação de tal telhado e dessas áreas de canalização. Porém, nem o telhado nem a canalização geram um risco de segurança imediato ou, pelo menos, um risco que não possa ser acautelado com medidas pontuais que salvaguardem os padrões de segurança exigidos. De qualquer forma, mesmo o custo dessas reparações — a que falta, repete-se, uma avaliação técnica credível, que não é conhecida — não tem expressão significativa perante o custo que implicaria a integração da MAC no HDE em condições de receber cabalmente os profissionais, os serviços e o equipamento da MAC, o que geraria um investimento de muitos milhões de euros, muito superior ao valor dessas reparações.

E, como já se viu, a integração da MAC no HDE nos moldes em curso gera um dano irremediável na qualidade da assistência materno-infantil, afectando significativamente a maior maternidade do pais, com prestígio nacional e europeu. Neste contexto, parece razoável dir-se-á mesmo óbvio - que as alternativas supra identificadas no art. 126.°, sob iii) e iv), não são de considerar, a terceira porque não é de fácil concretização (nem clínica, nem financeiramente), a quarta porque é gravemente lesiva do interesse da saúde pública; restam as únicas alternativas viáveis.

i)clínica e financeiramente — identificadas sob as alíneas 1)
e ii) - ou seja, ou a manutenção da actual situação da MAC até à instalação do Hospital de Lisboa Oriental, ou a integração dos serviços de obstetrícia, ginecologia e neonatalogia do HDE na MAC, o que seria comportável sem custos, estando, de resto, a ser já praticado nalguns segmentos (partos e neonatalogia).

Pelo exposto, os requerentes. julgam que demonstraram que o processo em curso, de encerramento da MAC e sua integração no HDE, previsivelmente em Março de 2013 viola ostensivamente regras técnicas, regras procedimentais e o princípio constitucional da proporcionalidade, aplicáveis à gestão hospitalar, bem como os princípios gerais de direito administrativo, consagrados nos arts. 4°, 5°, 8.° e 10.° do Código de Procedimento Administrativo: princípios da prossecução do interesse público e da protecção dos direitos e interesses dos cidadãos (art. 4.°), princípio da proporcionalidade (art. 5.°), princípio da participação (art, 6.°) e princípio da eficiência.E a ofensa de tais princípios implica, in casu, a violação do direito da comunidade à saúde pública, direito social fundamental consagrado na CRP (cfr. art. 64.°) e na Lei de Bases da Saúde (cfr. Bases 1 e V da Lei n.° 48/90).

O direito de acção popular compreende o recurso às providências cautelares adequadas à salvaguarda dos interesses por ela protegidos. Por outro lado, hoje, a lei portuguesa (cfr. art. 112,° do CPTA e artº. 381.° do CPC) garante que se possa pedir ao Tribunal, em sede de processo cautelar, tudo aquilo que seja adequado e o juiz possa fazer com respeito pelos espaços de avaliação e decisão da Administração, quer no âmbito de providências conservatórias, quer também de providências antecipatórias, aí se incluindo a intimação da Administração para a adopção ou abstenção de determinadas condutas, por violação ou fundado receio de violação das regras legais aplicáveis (cfr. VIEIRA DE ANDRADE, in "A Justiça Administrativa (Lições)", 5," cd., 2004, pp. 306 e 307).

Neste momento, os requerentes não sabem ainda como é que, em concreto, os 1° e 2°." RR. vão concretizar o propósito anunciado de encenar a MAC, mas é claro que, sob a

orientação de directrizes do 2.º R., o 1.0 R. tem em curso um procedimento que visa esse encerramento, transferindo a actividade assistencial da MAC para o HDE, o que ocorrerá previsivelmente em Março de 2013.

Através da presente providência cautelar, os requerentes visam que o Tribunal intime os RR. a não determinarem, autorizarem ou concretizarem o encerramento da MAC, a não ser nas condições referidas no artigo precedente. É manifesto que a adopção da presente providência, que tem essencialmente uma natureza conservatória, se justifica, uma vez que - em face do anúncio público efectuado pelos RR. acerca do encerramento da MAC - existe fundado receio de que esse encerramento possa ser concretizado, criando uma situação de facto consumado ou causando prejuízos de difícil reparação para o interesse da defesa da saúde pública, que os AA. visam salvaguardar.

A defesa da saúde pública ora exercida tem um valor superior a quaisquer outros interesses que possam ser invocados parajustificar o encerramento da MAC.Mostram-se, pois, preenchidos os critérios de decisão previstos no art. 120,°, n.° 1, b) do CPTA, ou, caso assim se entenda, o que só por cautela se pondera, no âmbito da alínea c) da mesma regra legal, não existindo interesse público que mereça ser ponderado acima do interesse da defesa da saúde pública, a que preside a presente providência cautelar.

***

As entidade requeridas foram regularmente citadas, e vieram deduzir oposição.

O Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E., na oposição oferecida, veio alegar, em síntese, que de acordo com o requerimento inicial em causa apresentado pelos requerentes, estas pretendem que seja decretada a providência cautelar para intimação dos requeridos a "absterem-se de determinar, autorizar ou concretizar quaisquer actos que visem o encerramento da MAC, a não ser por via da sua integração no anunciado Hospital de Lisboa Oriental, ou sem que esteja garantido que a sua integração noutro estabelecimento hospitalar é feita em termos que assegurem as seguintes exigências melhor elencadas no pedido constante das pág. 39 a 41 do requerimento inicial.

O requerido aceita os factos previstos nos artigos 13.° e 14.° do requerimento inicial, desprovidos de todos os juízos valorativos e da matéria de direito neles contida. O requerido impugna, os demais artigos do requerimento inicial por serem falsos e/ou estarem em oposição com a defesa globalmente considerada. O que se encontra em causa nos presentes autos não é o encerramento da Maternidade Alfredo da Costa ("MAC"), uma vez que tanto os Requerentes como o Requerido se encontram de acordo quanto a este encerramento, como se pode aliás retirar do pedido e do requerimento inicial apresentado pelos Requerentes. O que se trata de averiguar nos presentes autos é se o processo de encerramento e integração da MAC que se encontra atualmente em curso, o qual passará numa fase atual pela integração da maioria dos seus serviços no Hospital D. Estefânia ("HDE") e numa fase posterior pela integração no Hospital de Lisboa Oriental, é ou não o processo mais eficaz e eficiente em termos de prosseguir as competências do CHLC, EPE, o interesse público na realização da saúde pública e as obrigações externas e internacionais a que o Estado Português se encontra obrigado.

Mediante Portaria n.° 172/2011, de 28 de fevereiro, foi criado o Grupo Hospitalar do Centro de Lisboa, que nos termos do seu artigo 1., n.° 1, integrava os seguintes hospitais:

a) Centro Hospitalar de Lisboa Central, EFE.;
b) Hospital de Cutry Cabral, E.P.E.;
c) Maternidade de Alfredo da Costa.

Posteriormente, através do Decreto-Lei n.° 44/2012, de 23 de Fevereiro, procede-se à extinção e integração por fusão no CHLC, EPE, do Hospital de Curry Cabral, E. P. E., e da Maternidade Alfredo da Costa, passando o CHLC, EPE a suceder-lhes "(...) na totalidade das suas atribuições e posições jurídicas, incluindo direitos e obrigações, independentemente de quaisquer formalidades", cfr. artigo 1.0 e 2.° do diploma legal.

Pelo que, no âmbito do processo de restruturação e reordenamento dos serviços e estabelecimentos hospitalares em Lisboa, atualmente a MAC encontra-se integrada no CHLC, EPE, não detendo personalidade jurídica, sendo apenas um dos estabelecimentos do Centro Hospitalar Lisboa Central

Mais alega, que, como se referiu, a presente providência tem por finalidade a intimação dos Requeridos a "absterem-se de determinar, autorizar ou concretizar quaisquer actos que visem o encerramento da MAC, a não ser por via da sua integração no anunciado Hospital de Lisboa Oriental, ou sem que esteja garantido que a sua integração noutro estabelecimento hospitalar é feita em termos que assegurem (.." determinadas exigências). Pelo que, a presente providência tem consequência conservatória (artigo 120.°I1 b) CPTA), na medida em que, se "pretenda manter ou conservar um direito, ou seja, aqui o que se almeja é manter o status quo, procurando que ele se não altere". Conforme se demonstrará, não se encontram reunidos os requisitos previstos nos artigos 112.° e 120.° do CPTA, para que seja decretada a providência cautelar de intimação para abstenção de condutas em causa nos presentes autos, a saber:

a) Carácter não manifesto da falta de fundamento da pretensão a formular no processo principal e inexistência de circunstâncias que obstem ao seu conhecimento de mérito (alínea b) infinedo n.° 1 do artigo 120.° CPTA);

b) Fundado receio da constituição de uma situação de facto consumado ou da produção de prejuízos de difícil reparação para os interesses que a Requerente visa assegurar no processo principal (alínea b) do n.° 1 do artigo 120.° CPTA);

c) Proporcionalidade da providência face aos interesses afectados (n.° 2 do artigo 120.° CPTA); e

d) Utilidade da providência para a acção principal (n.° 1 do artigo 112.° CPTA).

Nos presentes autos de providência cautelar pretendem os Requerentes obter a intimação dos Requeridos a "absterem-se de determinar, autorizar ou concretizar quaisquer actos que visem o encerramento da MAC, a não ser por via da sua integração no anunciado Hospital de Lisboa Oriental, ou sem que esteja garantido que a sua integração noutro estabelecimento hospitalar é feita em termos que assegurem (." determinadas

exigências).Contudo, novamente se reitera que o que nos presentes autos o que se encontra em causa não é o encerramento da MAC, uma vez que tanto os Requerentes como o Requerido se encontram de acordo quanto a este encerramento, como se pode aliás retirar do pedido e do requerimento inicial apresentado pelos Requerentes.

O que se trata de averiguar nos presentes autos é se o processo de encerramento e integração da MAC que se encontra atualmente em curso, o qual passará numa fase atual pela integração da maioria dos seus serviços no HDE e numa fase posterior pela integração no Hospital de Lisboa Oriental, é ou não o processo mais eficaz e eficiente em termos de prosseguir as competências do CHLC, EPE, o interesse público na realização da saúde pública e as obrigações externas e internacionais a que o Estado Português se encontra obrigado.

Referem os Requerentes no artigo 12.° do seu requerimento inicial que durante o ano de 2012 foi anunciado que a MAC seria encerrada até ao final de 2012 ou princípio de 2013.Ora, salvo o devido respeito a circunstância do encerramento da MAC não configura novidade alguma, na medida, em que desde 2007 que se havia iniciado o processo de restruturação e reordenamento do serviços e estabelecimentos hospitalares em Lisboa, nomeadamente com o estudo elaborado pelo Ministério da Saúde em Julho de 2007, conforme Doc. n. 1, que ora se junta e se considera reproduzido para todos os efeitos legais. De notar que este mesmo objetivo de restruturação e reordenamento dos serviços hospitalares em Lisboa encontrava-se presente desde então e presidiu às várias alterações que foram sendo efetuadas na área da saúde em Lisboa, nomeadamente, com a criação do CHLC, EPE, do Grupo Hospitalar do Centro de Lisboa pela Portaria n.° 172/2011, de 27 de abril quer ainda pela extinção e fusão da MAC e do HCC no CHLC, EPE pelo Decreto-Lei n.° 44/201 2, de 23fevereiro.

Senão vejamos, no preambulo do Decreto-Lei n.° 50-A/2007, de 28 de Fevereiro, onde se pode verificar que:

"Em execução do Programa de Estabilidade e Crescimento, que prevê a atribuição progressiva deste estatuto a todos os hospitais do Serviço Nacional de Saúde, procede-se agora à transformação de mais sete hospitais em entidades públicas empresariais, modelo mais adequado à gestão das unidades de saúde diferenciados, na medida em que compatibiliza a autonomia de gestão com a sujeição à tutela governamental, conforme genericamente estabelecido no capítulo III do Decreto-Lei n.° 558/99, de 17 de Dezembro, para o sector empresarial do Estado".

No preâmbulo da Portaria n.° 172/2011, de 27 de abril pode ler-se que: "A reorganização das capacidades hospitalares na área metropolitana de Lisboa que está em curso, impulsionada pela abertura de novos estabelecimentos na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Telo, exige um esforço permanente de acompanhamento e articulação. (...) A criação dos centros hospitalares constituiu uma forma de reorganização da prestação de cuidados de saúde com correspondência a três grandes áreas hospitalares de Lisboa, sendo que o Centro Hospitalar de Lisboa Central constituirá o núcleo essencial do futuro Hospital de Lisboa Oriental em fase final do respectivo procedimento de selecção de parceiros privados para a sua construção. O impacto da abertura de novos estabelecimentos na periferia da cidade de Lisboa é significativo e implica uma avaliação

dos efeitos sobre os hospitais existentes na área de Lisboa. (...) Para o efeito, a criação de um grupo hospitalar com a manutenção da autonomia dos estabelecimentos que o integram representa um ponderoso instrumento de impulsionamento da reforma dos cuidados hospitalares na cidade de Lisboa que permitirá, igualmente e no imediato, a criação de estruturas organizativas comuns com o objectivo de reduzir custos e obter ganhos de eficiência. (...) Destaca-se, por fim, a necessidade de optimização dos recursos existentes, tendo em vista uma melhor prestação de cuidados de saúde, através de uma reorganização de serviços que evita redundâncias e duplicações, gerando, por esta via, poupanças e ganhos de eficácia. (...)
A necessidade deste acto decorre, aliás, da absoluta escassez de alguns grupos profissionais, nomeadamente nas áreas de obste trícia e de neonatologia que obrigam à coordenação estreita entre as diversas instituições com relevo nestas valências de modo a evita ruptura na prestação de cuidados de saúde." (sem destaque no original).

Por seu turno, no preâmbulo do Decreto-Lei n.° 44/2012, de 23 Fevereiro refere-se que:

"A reorganização da rede hospitalar figura entre as medidas estratégicas e prioritárias do XIX Governo Constitucional para a área da saúde, prosseguindo uma política de avaliação de oportunidades de fusão e concentra cão de serviços que revelem sobreposição de capacidades instaladas. (...)
Em conformidade, a estratégia de reorganização da capacidade hospitalar da área da Grande Lisboa (Nuts III) tem dois vetores essenciais, os quais consistem, por um lado, no incremento e melhoria da oferta hospitalar localizada nas zonas limítrofes da cidade, assegurando que a mesma se aproxima das necessidades da população aí residente, e, por outro, na centralização da oferta hospitalar em três grandes polos localizados nas zonas norte, oeste e oriental da cidade de Lisboa. Neste contexto, e com base em critérios de homogeneidade demográfica e complementaridade assistencial, desenvolve-se mais um passo tendente à concretização da referida estratégia, procedendo-se à fusão do Hospital de Curry Cabral, E. P. E., e da Maternidade Dr. Alfredo da Costa no Centro Hospitalar de Lisboa Central, E. P. E., que é considerado o embrião do projetado polo oriental da cidade de Lisboa". (sem destaque no original).

O próprio Regulamento Interno do CHLC, EPE de 2007 estabelece que a criação deste centro, para além do projecto de ampliação do universo de hospitais com o estatuto de entidades públicas empresariais, visa ainda facilitar a reconversão a médio prazo destes hospitais numa moderna e avançada unidade hospitalar tendo por base o prolecto de reestrutração da rede hospitalar da área de Lisboa.

Pelo que, como se pode verificar pelos preâmbulos dos vários diplomas que operaram modificações determinantes nas estruturas dos estabelecimentos de saúde em Lisboa, encontrava-se claramente patente desde 2007 o obietivo de reordenamento dos serviços hospitalares em Lisboa que culminará com a instalação do novo Hospital de Lisboa Oriental! visando evitar redundâncias e duplicações! gerando! por esta via! poupanças e ganhos de eficácia.

Vejamos, agora, quais as competências que ficaram cometidas ao CHLC, EPE, em concreto ao seu Conselho de Administração, para a prossecução deste objetivo de

reordenamento dos serviços hospitalares em Lisboa.Centralização da oferta hospitalar em três grandes polos localizados nas zonas norte, oeste e oriental da cidade de Lisboa.Neste contexto, e com base em critérios de homogeneidade demográfica e complementaridade assistencial, desenvolveu-se mais um passo tendente à concretização da referida estratégia, procedendo-se à fusão do Hospital de Curry Cabral, E. P. E. (HCC), e da MAC no CHLC, EPE, que é considerado o embrião do projetado polo oriental da cidade de Lisboa, operada pelo DL 44/2012, de 23 de Fevereiro.

Ora, sendo a MAC um dos mais de cem edifícios que compõe o CHLC, EPE os procedimentos em curso, de adaptação da capacidade instalada à área de influência do CHLC, EPE e à produção atual, garantem a preservação do elevado padrão de qualidade dos cuidados de saúde prestados à população e são devidos por adequarem a utilização dos recursos às necessidades sentidas e à programação promovida pelo Ministério da Saúde para a Saúde Materno-Infantil. Neste contexto, a inclusão do HCC e da MAC no CHLC, a partir de março de 2012, com vista ao futuro Hospital de Lisboa Oriental, exige do Ministério da Saúde, da ARSLVT, IP e das instituições hospitalares um trabalho planeado de ajustamento e dimensionamento dos serviços, dos recursos humanos e da oferta de cuidados, em função do novo enquadramento e áreas de influência.

Acresce que, relativamente ao alegado no artigo 16° do requerimento inicial cumpre salientar que a preservação de um adequado padrão de qualidade dos cuidados de saúde que em última instância, visa aqueles que por maioria de razão tem por finalidade servir, deverá ter em consideração as necessidades de uma população dispersa e suas inerentes carências que, no âmbito de ação do CHLC, EPE se concentram fora do limiar da área de atividade assistencial ora coberto pela MAC.

No que diz respeito ao alegado nos artigos 18°, 19.° e 20.° do requerimento inicial, ao contrário do que pretendem fazer crer os Requerentes existem diversos estudos e estatísticas, bem como um plano de negócios elaborados para análise e estudo da questão, como deixaremos devidamente demonstrado, pelo que desde já se impugnam.

Surpreende igualmente a redação do artigo 22.° do requerimento inicial, dado que as equipas da MAC não eram em 2011 auto suficientes para a atividade assistencial.O que levou, como é sabido, à necessidade de encerramento da Maternidade do HDE, para assegurar a continuidade de funcionamento da MAC. Toda a área assistencial do HDE foi transferida para a MAC, a partir de 6 de Junho de 2011, data em que foi encerrado o seu serviço de urgência de ginecologia e obstetrícia, por decisão governamental, sendo que nessa mesma data, as equipas de urgência do HDE (médicos e enfermeiros) passaram a assegurar o serviço de urgência também na MAC.

Pelo que não se espanta o referido no artigo 83.° do requerimento inicial de que foi o estabelecimento por onde passou o nascimento de mais prematuros, isto se tivermos em conta que o encerramento da Maternidade do HDE deveu-se precisamente à necessidade de assegurar a continuidade de funcionamento da MAC.

Desta forma, quando pela entrada em vigor do Decreto-Lei n.° 4412012, de 23 fevereiro! a MAC integrou o CHLC. EPE não só iá se encontrava em curso o processo de reorganização dos estabelecimentos hospitalares como detinha o Conselho de

Administração competências de organização do funcionamento do hospital EPE. podendo propor a sua extinção ou modificação. Ou seja, a MAC ao integrar essa estrutura fé-lo no sentido de dar continuidade a essa dinâmica de otimização de serviços e recursos humanos! visando numa fase posterior a fusão final com a instalação do Hospital de Lisboa Oriental.

O processo de encerramento e integração da MAC no Hospital de Lisboa Oriental iniciou-se no momento em que a MAC se fundiu com o CHLC. EPE.Por outro lado, importa realçar que caso a MAC não tivesse sido integrada no CHLC. EPE e neste processo de reorganização, por efeito da redução da quantidade de partos, do decréscimo da taxa de natalidade e ainda pela impacto da abertura e atividade dos Hospitais de Loures. Cascais e Vila Franca de Xira. a maternidade não subsistiria sozinha enquanto estabelecimento hospitalar individualizado sendo obrigada a curtolmédio prazo a encerrar os seus serviços.

Os Requerentes vieram requerer a presente providência cautelar de abstenção de condutas para evitar o encerramento da MAC com fundamento na defesa da saúde pública. Contudo, para além da saúde pública não ficar de forma alguma prejudicada — deixando desde já impugnado o alegado no artigo 103.° do requerimento inicial - com o encerramento e inserção da MAC nas instalações do HDE, sendo salvaguardados todos os serviços, equipas e equipamentos, esta opção é na realidade a única forma de a saúde pública ser assegurada eficazmente e sem prejuízo para a qualidade dos serviços de saúde prestados.

A adaptação da capacidade instalada na CHLC-MAC para a estrutura do CHLC-HDE permite a continuidade da prestação de todos os cuidados de saúde à população assistida e a elevação dos padrões de excelência praticados. Na medida em que visa a promoção da área de Ginecologia-Obstetrícia numa estrutura com todas as valências médico-cirúrgicas pediátricas e a concentração das valências de neonatologia em local apropriado.

De notar que, a decisão de transferir o serviço de Ginecologia-Obstetrícia para o hospital pediátrico HDE, não só é adequada e conforme com as boas práticas clínicas, como é a única solução que no rigor das propostas apresentadas na Carta Hospitalar Materna, da Criança e do Adolescente, elaborada pela Comissão Nacional da Saúde Materna, da Criança e do Adolescente ("CNSMCA") garante a qualidade da prestação dos cuidados de saúde perinatais e pediátricos, conforme Documento n.° 26 junto com o requerimento inicial.

A Carta Hospitalar Materna, da Criança e do Adolescente, elaborada pela CNSMCA, propõe expressamente como Hospitais de apoio perinatal diferenciado e altamente diferenciado, pela necessidade de concentrar, recursos humanos e saberes e meios técnicos, no ponto 5.1.2, pág. 25, que a "Maternidade Alfredo da Costa, a Maternidade Magalhões Coutinho e o Serviço de Neonatologia do Hospital D. Este fânia devem integrar um único Departamento/Serviço de Ginecologia-Obstetrícia e Serviço de Neonatologia". (sem destaque no original) conforme Documento n.° 26 junto com o requerimento inicial.

Tal proposta é formulada logo após ter sido claramente definido no ponto 4.1.8, pácj.24, da Carta Hospitalar Materna, da Criança e do Adolescente que nos Hospitais de Apoio Perinatal, os Blocos de Partos e as unidades de cuidados especiais de neonatolocjia existentes em centros hospitalares, devem ficar localizados no mesmo hospital onde estiver sediado o Serviço de Pediatria, que no caso do CHLC, EPE é exatamente na unidade hospitalar pediátrica D. Estefânia. Em igual sentido vai a proposta da CNSMCA para a Carta Hospitalar de Pediatria, formulada no ponto 2.6, pág. 46, que atesta que nos centros hospitalares os "serviços de Pediatria existentes devem ficar colocados no mesmo hospital onde funcione o Bloco de Partos e os Serviços de Cirurgia e Ortopedia, de forma a poderem cumprir as condições referidas no ponto 2.1 e a Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada". (sem destaque no original). Isto porque, um hospital monovalente não deve persistir porque enquanto de cuidados materno-infantis não deve ter uma única área de ação integrar-se em várias especialidades e serviços que se complementem uma resposta mais adequada e abrangente às necessidades, unidade prestadora médica, mas deve e contribuam.Sendo que a MAC enquanto instalação monovalente, especializada, não está em condições de reunir os requisitos necessários para uma plena classificação das unidades diferenciadas.

Veja-se em concreto que atualmente, em virtude da inexistência de acompanhamento complementar que proporcione uma resposta mais adequada e abrangente às necessidades dos utentes, sempre que na MAC é necessário efetuar uma intervenção cirúrgica em recém nascidos estes têm de ser transportados e transferidos para o HDE com todos os riscos e dificuldades que esta prática e esta deslocação acarretam em bebés acabados de nascer, tudo isto porque na MAC não existe um serviço de cirurgia a recém-nascidos. Nesta medida, a transferência da maioria dos serviços da MAC para o HDE, ao permitir um acompanhamento complementar com uma resposta mais rápida, adequada e eficaz contribui para a defesa da saúde pública ao minimizar a ocorrência de riscos e que os utentes se encontram sujeitos atualmente.

A garantia dos cuidados de saúde não pode deixar de ser considerada no contexto da cobertura da produção de partos na área da Grande Lisboa, tendo presente a devida reestruturação das áreas de referenciação materno-infantil, atendendo à quebra da natalidade e à capacidade instalada e não utilizada. De acordo com os dados disponibilizados pela ARSLVT, IP, a capacidade instalada utilizada para a produção de partos na área da Grande Lisboa, sem considerar a produção da MAC, foi de 15.738 partos durante o ano de 2011. Sendo certo que a capacidade instalada permitiria a realização de 28.000 partos, o que representa uma taxa de não utilização de 44%.

Num cenário de absorção dos partos da MAC por parte da capacidade potencial já instalada continua a subsistir uma capacidade não utilizada de 6.682 partos, o que corresponde a 24 % da capacidade potencial que fica por utilizar. Ora a reforma do serviço de Ginecologia-Obstetrícia do CHLC, EPE que passará a estar sediado no HDE, visa adaptar a capacidade instalada para a produção de 3.000 partos, evitando o desperdício de recursos através da redução da taxa de não utilização e promovendo a concentração dos serviços, em observância das boas práticas clínicas, assegurando o apoio das valências médicas e cirúrgicas pediátricas que só um hospital pediátrico pode prestar.

Por outro lado, no que concerne ao rácio de camas de cuidados intermédios para camas de cuidados intensivos neonatais, desde logo esclarece a CNSMCA, no ponto 3.12.3, pág. 23, que em Portugal, uma relação de 1:1 ou 1:1,5 será suficiente, desde que se mantenha e aprofunde o envio dos recém-nascidos depois de estabilizados para o Hospital de Apoio Perinatal da área de residência das mães, pelo que o invocado rácio de 1:2 representa também neste caso um desaproveitamento de recursos, e uma capacidade instalada excedentária.

Quanto às Unidade Diferenciadas Pediátricas a Carta Hospitalar Materna, da Criança e do Adolescente, muito claramente determina no ponto 2., pág. 61, que se "consideram Unidades Diferenciadas (UD) as unidades altamente especializadas que concentrem as patologias mais complexas (incluem diagnósticos raros, situações severas ou intratáveis, procedimentos pouco frequentes, patologia em lactentes que precisam de apoio multidisciplinar, etc.), de uma ou várias regiões e agregam recursos humanos e tecnológicos especializados, com capacidade de responder integralmente às necessidades dia gnósticas e terapêuticas, no contexto de um Serviço ou Departamento pediátrico num Hospital de tipo A 1."Ora a MAC enquanto instalação monovalente, especializado, não está em condições de reunir os requisitos necessários e para uma plena classificação das unidades diferenciadas.

Mais acresce que, os Cuidados Intensivos Pediátricos de Nível III, conforme se alcança do ponto 5.2.3., pág. 64, da Carta Hospitalar Materna, da Criança e do Adolescente, que são aqueles que têm capacidade de tratamento de falência múltipla de órgãos, de apoio a transplantados e neurocirúrgicos, e de tratamento de situações de politrauma grave e neurotrauma, implicam a presença física de outras especialidades como sejam a Cardiologia Pediátrica, a Cirurgia Cárdio-Torácica, a Cirurgia Maxilo-Facial, a Cirurgia Plástica, a Cirurgia Vascular, a Imagiologia, a Neurocirurgia, a Neurorradiologia e a Otorrinolaringologia. Ora, a presença das valências cirúrgicas e médicas pediátricas, apenas é possível através da partilha do espaço do hospital pediátrico, pelo que mais uma vez é justificada, recomendável e necessária a solução da transferência destas unidades para o HDE. De resto a Carta Hospitalar Materna, da Criança e do Adolescente, mais uma vez inevitavelmente recomenda a concentração de recursos, no ponto 7.2, propondo a concentração dos serviços especializados de Cirurgia Pediátrica na Região de LVT, Alentejo e Algarve no Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE e no CHLC, EPE bem como a existência de quatro urgências a nível nacional, sendo uma no CHLC, EPE.

Ainda a respeito da defesa da saúde pública e mais do que isso, do seu incremento e desenvolvimento, a transferência dos serviços da MAC irá trazer benefícios e melhorias em várias unidades e equipas. No que diz respeito à Unidade de Neonatologia, por contraposição ao alegado no artigo 86.° do requerimento inicial, o previsto no HDE, após a integração da Neonatologia da MAC, serão criados os postos de cuidados intensivos e intermédios adequados com cumprimento de todas as recomendações formuladas, correspondendo ao ratio mínimo de 1:1 proposto pela Carta Hospitalar Materna da Criança e do Adolescente de 2012, no seu ponto 3.12.3. Existindo sempre a possibilidade de escoamento para outras vagas no Hospital, dado que se trata de um Hospital Pediátrico com vários serviços de internamento e sendo privilegiadas as transferências dos prematuros estáveis para os Hospitais de origem, com manifesto benefício para os familiares dos utentes.

Acresce que, ao contrário do alegado pelos Requerentes no artigo 87.° do requerimento inicial quanto à contribuição do equipamento adquirido para diminuição do risco de infeções cruzadas, diga-se que, de facto, a arquitetura da Unidade é um fator importante no controle da infeção hospitalar, mas está longe de ser uma condição suficiente para a diminuição desse tipo de infeção. Na verdade, os factos determinantes no controle de infeção nosocomial são as medidas de comportamento, como a lavagem das mãos, procedimentos efetuados segundo técnicas de rigorosa assepsia e cumprimento de normas da Comissão de Infeção Hospitalar, sendo que o HDE cumpre todas as normas acima assinaladas.

Na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do HDE (UCIN) há possibilidade de isolamento e o Hospital possui quartos de pressão negativa e positiva para circunstâncias específicas de grande risco para o próprio e para as mães e por este mesmo motivo foi escolhido pelo Ministério da Saúde como Centro de Referência Pediátrico e Obstétrico, aquando da pandemia de Gripe A.Uma vez que se trata de uma preocupação constante a questão da infeção nosocomial em todos as suas áreas, nomeadamente em doentes em situação de imunidade mais fragilizada (doentes de cuidados intensivos, doentes com cateteres venosos centrais e doentes Imunodeprimidos), a UCIN do HDE realiza semestralmente auditorias à infeção hospitalar, cujos resultados são transmitidos ao Gabinete de Risco do Hospital e à Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar.Em resultado, a UCIN do HDE é a Unidade mais bem posicionada a nível nacional no que respeita a taxas de infeção hospitalar quando comparada com as suas congéneres, sendo igualmente uma Unidade muito específica a nível nacional, por ser uma Unidade Médico-Cirúrgica. A sua população é constituída por recém-nascidos gravemente doentes necessitando de dispositivos invasivos durante largos períodos de tempo como cateteres venosos centrais de longa duração para nutrição parentérica.

Acresce que, a Unidade de Cuidados Especiais de Recém-Nascidos do HDE (UCERN) que é um serviço para onde são transferidos muitos destes recém-nascidos com insuficiência intestinal, apresenta médias no que respeita à taxa de infeção por mil dias de colocação de cateter, que estão ao nível das melhores séries internacionais.

No que diz respeito ao alegado pelos Requerentes no artigo 88.° do requerimento inicial, refira-se que efetivamente o Serviço de Neonatologia da MAC tem prestado um bom serviço aos recém-nascidos de extremo baixo — peso, tendo provavelmente a maior casuística na região sul do Pais.No entanto, essa assistência por si só, não é determinante no edifício de cuidados de saúde para o recém-nascido doente, e mesmo para o recém-nascido prematuro, com complicações decorrentes dessa prematuridade.

Por seu turno, a UCIN do HDE em articulação com outras Unidades do Hospital (Cirurgia, Neurologia, Broncologia, Gastrenterologia, Hematologia, Nefrologia, Nutrição, Desenvolvimento, Oftalmologia, ORL, Neurocirurgia e com o apoio constante da Cardiologia Pediátrica e Cirurgia Cardio-Torácica sediadas no Hospital de Santa Marta), desenvolve uma ação global muito especializada e altamente diferenciada, que permite a sobrevivência de muitos recém-nascidos, prematuros ou não, com patologia grave, prestando apoio aos próprios grandes prematuros assistidos na MAC que, infelizmente, por vezes apresentam graves sequelas decorrentes dessa extrema prematuridade.

Acresce que, por oposição ao referido pelos Requerentes no artigo 85.° do seu requerimento inicial, a Unidade de Neonatologia da MAC encontra-se certificada por uma Agência Andaluza: "Agencia de Qualidade Sanitária da Andaluzia".

A Unidade de Neonatologia do HDE encontra-se integrada num Hospital Central Pediátrico, auditado e sucessivamente acreditado, conseguindo a acreditação total de todas as suas estruturas (incluindo a Maternidade), com 100% de conformidades, por uma agência internacional do Reino Unido: CHKS (Caspe Healthcare Knowledge Sistems.

A manutenção do Banco de Leite Humano encontra-se garantida, tendo já estrutura física e organizacional na Área da Pediatria Médica do HDE, pelo que se impugna o alegado no artigo 82.° do requerimento inicial.

Em virtude de tudo quanto se disse, é forçoso concluir que o processo de transferência e integração das valências perinatais da MAC para o HDE, não só não compromete a garantia da qualidade e excelência dos cuidados de Saúde Materno-Infantil, como eleva os padrões de exigência dando correspondência às recomendações e propostas formuladas na Carta Hospitalar Materna, da Criança e do Adolescente.

Outra melhoria será a integração do tratamento da patologia mamária praticado na MAC numa equipa multidisciplinar sediada no Hospital de 5. José, com acesso qualificado a outras valências, como cirurgia geral, cirurgia plástica e reconstrutiva e imagiologia.O que permitirá aumentar a casuística, a diferenciação dos cuidados e a complementaridade integrada de um hospital central, com acesso privilegiado a todos os MCDT's.

Finalmente, o processo de reorganização permitirá a criação de uma unidade de UroGinecologia no Hospital de 5. José, pelo acesso à especialidade de Urologia, agregando ginecologistas à unidade de urologia.

Nesta sequência, cumpre alertar que a transferência para o HDE de determinadas valências que na presente data se encontram sediadas na MAC, irá permitir uma melhoria do nível dos cuidados de saúde prestados o que só vai beneficiar os utentes no acesso à prestação dos cuidados de saúde. Na dinâmica de concentração de atividade do CHLC, EPE a qualidade dos cuidados prestados é uma preocupação constante.No que diz respeito às unidades autónomas existentes na MAC (e referidas no 48° do requerimento inicial), é essencial referir que no CHLC, EPE existem também unidades/áreas de anestesiologia, patologia clínica, anatomia patológica, psicologia clínica, serviço social, adolescência, nutrição e fisioterapia.Nestas unidades, considera-se que a integração constituirá uma mais-valia no aumento da diferenciação técnica dos profissionais e no acesso a todos os recursos disponíveis no CHLC, EPE.

Pelo exposto a integração da MAC nos restantes estabelecimentos do CHLC permite a agregação das competências existentes na MAC nas supra citadas unidades funcionais, permitindo igualmente a valorização e desenvolvimento da ginecologia — obstetrícia, deixando-se impugnado o vertido nos artigos 1 09.° a 111 .° do requerimento inicial. A transferência dos serviços da MAC para o HDE não irá prejudicar o facto de ser um hospital de apoio perinatal diferenciado, uma vez que o HDE também se inclui nessa

classificação, muito pelo contrário, os serviços e Utentes da MAC beneficiarão do facto de no HDE existir serviço de Genética e cirurgia neo-natal (de que a MAC não dispõe), pelo que se deixam impugnados os artigos 99.°, 100.0, 101.0 e 1 02.° do requerimento inicial.

No que diz respeito à Unidade de Diagnóstico Pré-Natal, a sua instalação no HDE, irá permitir a evolução da Unidade para nível III, através do acesso às especialidades de Genética e Cirurgia Pediátrica ali existentes.De resto, a criação de unidades funcionais, com articulação de várias especialidades e valências tendo em vista instalação de centros de referência altamente especializados e diferenciados, é o caminho a seguir na reorganização da capacidade instalada. A criação das citadas unidades funcionais, são a garantia da melhoria dos padrões de qualidade, ao permitirem que se utilizem as sinergias técnicas resultantes da partilha e cooperação de especialidades médicas que se complementam e completam, no tratamento de patologias específicas. Com efeito isto é o que já sucede na Área de Cirurgia Geral com outras especialidades, com resultados de grande sucesso, como são exemplos as seguintes unidades do CHLC: Unidade Hepato-Bilio-Pancreática, Unidade Funcional da Patologia Mamária, Unidade de Tratamento Cirúrgico da Obesidade e Doenças Metabólicas, Unidade Funcional da Patologia Colon Rectal.

Em conclusão, o CHLC, EPE através da reorganização dos serviços pretende melhorar a qualidade dos cuidados prestados a todos os seus Utentes, assegurando que a integração das unidades da MAC no HDE e no Hospital de S. José eleva a excelência da atividade assistencial que tem vindo a ser desenvolvida.

O HDE foi sujeito à avaliação do Projeto SINAS (Sistema Nacional de Avaliação da Saúde) sob a égide da Entidade Reguladora da Saúde, fundada nos critérios estabelecidos pela entidade de auditoria de qualidade norte-americana Joint Comission International.
No seguimento do referido programa a Ginecologia do HDE recebeu sempre a classificação máxima (Nível de excelência clínica III), nas avaliações realizadas em 11.07.2011, 28.11.2011, 04.08.2012 e 15.11.2012. De igual forma a Obstetrícia do HDE recebeu por três vezes a classificação máxima (Nível de excelência clínica III) nas avaliações realizadas em 11.07.211, 28.11.2011, 04.08.2012, tendo ainda recebido a classificação de Nível de excelência clínica II, na avaliação de 15.11.2012.Mais se acrescenta que a atribuição do Nível de excelência clínica III, implicou sempre a auditoria aos serviços para confirmação da classificação atribuída o que sempre aconteceu. Todos estes resultados estão disponíveis nos relatórios do Projeto SINAS, que destacaram os serviços do HDE, por diversas vezes como o melhor prestador no processo de comparação com outras instituições (Benchmarks).

Com a integração no CHLC,EPE a MAC aderiu também a este projeto de avaliação externa da qualidade na prestação de cuidados, encontrando-se a decorrer a recolha de dados até ao final do mês de Janeiro.

O HDE, para além da avaliação a que é sujeita pela Entidade Reguladora da Saúde, foi objeto de uma exigente auditoria de qualidade a todos os seus serviços e departamentos, a que se propõe voluntariamente desde 2000. Tendo inclusivamente e recentemente concluído o seu processo de re-acreditação pela prestigiada entidade internacional CHKS, conforme se alcança do Certificado de Acreditação 769 emitido a 7 de Setembro de 2011

pela citada entidade, válido até 31 de Outubro de 2013, conforme Documento n.° 9 que ora se junta e se considera reproduzido para todos os efeitos legais.

O HDE perante o contexto atual de concentração de serviços do CHLC, EPE tendo em vista a instalação do novo Hospital de Lisboa Oriental e a respetiva adaptação da capacidade instalada à respetiva área de referenciação, é sem qualquer dúvida o único local que dá cumprimento às exigências e recomendações das tendências internacionais da medicina no sentido de não permitir que os serviços de Ginecologia-Obstetrícia funcionem em hospitais monovalentes.
(iv) Planeamento do processo de restruturação e reorganização dos estabelecimentos hospitalares;

Vêm os Requeridos alegar nos artigos 105.° e 106.° do requerimento que o processo de encerramento e integração não está a ser planeado, nem objeto de uma avaliação técnica. Contudo, e como melhor deixaremos demonstrado infra, não assiste razão aos Requerentes, pelo que se impugnam os referidos artigos.

O projeto de reforma dos serviços da área da Saúde Materno-Infantil das unidades da MAC e HDE, encontra-se, como já se referiu, contextualizado no âmbito do projeto de instalação do novo Hospital de Lisboa Oriental. O plano de negócios para o triénio 2012—2015 prevê todo o ajustamento necessário para a transferência para o novo Hospital de Lisboa Oriental, tendo o mesmo sido enviado para a tutela, conforme Documento n.° 2 que ora se junta e se considera reproduzido para todos os efeitos legais. Por seu turno, os contratos-programa para 2012, encontram-se todos assinados, tendo os mesmos sido celebrados na sequência do envio dos Planos de desempenho para os referidos anos, conforme Documento n.° 10 que ora se junta e se considera reproduzido para todos os efeitos legais. No que diz respeito à contratualização de 2013, o CHLC, EPE encontra-se a cumprir com rigor o calendário fixado pelo Secretário de Estado da Saúde fixado pelo Despacho 2445/2012, de 30 de novembro de 2012, tendo submetido dentro dos prazos estipulados o respetivo plano de desempenho para 2013 através da plataforma SICA.

No que concerne à revisão do Regulamento Interno cumpre informar que apesar de terem sido realizados os estudos preparatórios para a alteração do mesmo, no seguimento da publicação do DL 44/2012, de 23 de fevereiro, foi o CHLC, EPE informado que iria ser publicada nova legislação que obrigaria a uma nova adaptação de todos os regulamentos internos, em virtude de alterações que viriam a ser introduzidas nos Estatutos dos Hospitais EPE, o que veio a acontecer com a publicação do DL 244/2012 de 9 de Novembro, que alterou o DL 233/2005 de 29 de Dezembro.Nesta medida o prazo para submissão do novo regulamento interno à homologação do membro do Governo responsável pela área da saúde é 1 de abril de 2013 estando em fase avançada de elaboração os trabalhos de revisão para o Regulamento Interno e como se pode verificar perfeitamente dentro do período legal concedido para o efeito, ao contrário do que pretendem fazer crer os Requerentes, nos artigos 40.° e 41° do requerimento inicial que desde já se impugnam.

O planeamento da adaptação da capacidade instalada à área de referenciação do novo Hospital de Lisboa Oriental e o projeto de instalação do referido hospital, no qual se insere o presente projeto de instalação do serviço de Ginecologia-Obstetrícia no HDE, bem como da concentração das restantes valências de neonatologia, tem vindo a ser

exaustivamente estudado.Desde logo pela elaboração do Programa funcional do novo Hospital de Lisboa Oriental, encomendado pelo Ministério da Saúde, onde está detalhadamente previsto e projetado o perfil e a área do novo Hospital. Por outro lado, reitere-se que o estudo de reordenamento das capacidades hospitalares de Lisboa elaborado pelo Ministério da Saúde em Julho de 2007, que para além de projetar os três polos para a cidade, realizou o estudo de impacto da abertura dos hospitais projetados para a região de LVT, como sejam o Hospital Beatriz Ângelo, o Hospital de Cascais, o Hospital de Vila Franca de Xira e o novo Hospital de Lisboa Oriental, conforme Doc. n. 1, que ora se junta e se considera reproduzido para todos os efeitos legais. A projeção realizada revela que da atividade em internamento da MAC em 2005, somente 31,0% seria deslocada para o novo Hospital de Lisboa Oriental, sendo ainda de referir que 25,7% da atividade da MAC seria absorvida pela abertura do Hospital Beatriz Ângelo, estando ainda previsto que 9% fossem absorvidos pelos restantes hospitais citados. A atividade residual seria absorvida pela restante capacidade já instalada em Lisboa que se encontra com elevada taxa de não utilização, ou simplesmente desapareceria pela evolução registada de acentuada redução do número de partos.

A mencionada projeção, foi novamente atualizada com o estudo de impacto da abertura do Hospital de Loures, que veio reorganizar a distribuição das áreas, confirmando-se a necessidade de ajustamento da capacidade instalada.

Igualmente foi ainda elaborado um estudo pela ARSLVT, IP no âmbito da Reorganização da Oferta de Cuidados Hospitalares na Cidade de Lisboa, em Setembro de 2011, face ao impacto da abertura do Hospital Beatriz Ângelo, conforme Documento n.° 19 que ora se junta e se considera reproduzido para todos os efeitos legais e que consubstancia as estatísticas elaboradas para análise da questão.

A abertura do Hospital Beatriz Ângelo no dia 19 de janeiro de 2012 veio colocar a necessidade de reorganização das áreas de influência das unidades hospitalares da área da Grande Lisboa, nomeadamente quanto à referenciação materno-infantil, acrescida ainda pela necessidade de concentração dos recursos humanos disponíveis, de médicos especialistas de ginecologia-obstetrícia e de enfermeiros especialistas, escassos para fazer face à constituição das equipas/escalas de 24h/24h dos SU de Obstetrícia/Ginecologia.

Dos estudos realizados na ARSLVT, IP (Reorganização da oferta de cuidados hospitalares na cidade de Lisboa, Impacto da abertura do HBA, setembro 2011) estimou-se que a abertura do Hospital Beatriz Ângelo teria o seguinte impacto na produção de internamento dos hospitais de Lisboa, tendo em conta a área de residência dos episódios de internamento classificados em Grupos de Diagnóstico Homogéneos (base de dados de GDH, média de 2009 e 2010):

Internamento

GDH médicos EDIl cirúrgicos Total GDH %Area HLoures

GDH 209-21O

Area HLoures OutraArea Total Área HLoures OutraArea Total Área HLoures Outra Área Total noTotal

CFILC 640 3034 3 98 670 26857 28527 330 57 98 60508 5,5/

CHIN 24.905 85.704 110.609 9.129 24.437 33.566 34.034 110.141 144.175 23,6%

CHILO 682 31,371 32.053 373 17.942 18.315 1.055 49.313 50.368 2,1%

FICC 1.401 9.768 11.169 1.083 6.608 7.691 2.484 16.376 18.860 13,2%
CHTV 785 7.049 7.834 493 4.300 4.793 1.278 11.349 12.627 10,1%
MAC 3.072 7.412 10.484 1.280 4.124 5.404 4.352 11.536 15.888 27,4%
CHLC20I2 6.113 4Z521 53.634 4.033 37.589 41.622 10.146 85.110 95.256 10,7%
Total 37.720 442.922 480.642 14.896 17.974 18S.87 52.616 613.896 666.512 7,9%

As instituições que apresentavam maior impacto com a abertura do Hospital Beatriz Ângelo são a MAC e o CHLN, respetivamente com um impacto de 27,4% e de 23,6%, seguidos dos HCC com 13,2%, o CHTV, EPE com 10,1% e do CHLC, EPE com 5,5%.

Importa ainda referir que as propostas apresentadas no Relatório Final realizado pelo Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar criado pelo Despacho N.° 10.601/2011 do Ministro da Saúde, publicado em Diário da República N.° 162, 2 Série, de 24 de Agosto de 2011, que defende, no ponto II, da página 73: "Construção no Hospital Oriental de Lisboa e encerramento dos hospitais de 5. José, Capuchos, Santa Marta, São Lázaro, D. Estefânia, Curry Cabral e Maternidade Alfredo da Costa. Imediata integração da MAC e do HCC no perímetro do actual CHLC, com ajustamento da oferta à capacidade a disponibilizar pela nova unidade hospitalar a iniciar funcionamento em Loures."

Com efeito, a redução do movimento assistencial em consequência da redução do número de partos na área de Lisboa (acompanhando a redução da natalidade a nível nacional) e da alteração da rede de referenciação no âmbito da abertura dos novos hospitais de Cascais, Loures e (brevemente) Vila Franca de Xira, tem conduzido a que se verifique uma acentuada redução da atividade registada no CHLC, EPE.

Pelo que, ao contrário do que pretendem fazer crer os Requerentes nos artigos 45.° e 46.° do requerimento inicial, para avaliar a eficiência e eficácia da MAC no que diz respeito aos partos realizados é insuficiente olhar somente para os números de partos que tiveram lugar nos anos de 2011 e 2012, necessário será fazer a devida comparação com outros anos no sentido de determinar se a percentagem se mantem e ainda verificar se se traduz numa ocupação efetiva das unidades existentes. Em 2012, verificou-se uma redução média de 27,6% face ao ano anterior, com taxas mensais de redução crescentes, se a avaliação for realizada mês a mês, conforme se pode verificar conforme Documento n.° 11 que ora se junta e se considera reproduzido para todos os efeitos legais e que consubstancia as estatísticas elaboradas para análise da questão.

Nos primeiros 15 dias de Janeiro de 2013, a redução face ao período homólogo é de 33,9%., conforme se pode verificar pelo Documento n.° 11 que ora se junta e se considera reproduzido para todos os efeitos legais e que consubstancia as estatísticas elaboradas para análise da questão.

Se for analisado o período de 2008 a 2012, a redução do número de partos é de 41% (7.868 partos em 2008 e 4633 partos em 2012).

Para uma facilidade de análise, os valores em concreto resumem-se a:

N° PARTOS/ ANO

2008 - 7.868
2009 - 7.357
2010 - 7.329
2011 - 6.400
2012 - 4.633

No planeamento da transição das unidades da MAC para o HDE essa redução foi a prevista e encontra-se em linha com os estudos elaborados pelo Ministério da Saúde, para preparação do perfil do Hospital de Lisboa Oriental, onde se encontram previstos 3.000 partos/ano.O que significará uma redução de cerca de 1.633 partos face ao realizado em 2012 (correspondendo a uma diminuição de 35%), prevendo-se que a restante atividade assistencial venha a ter também uma redução, embora não tão significativa.

Igualmente os estudos posteriores, da ARSLVT, IP baseados na casuística registada em 2010 nos hospitais da região, apontam para 2.521 partos a realizar no CHLC, EPE a utentes residentes na área de influência do Hospital, conforme Documento n.° 12 que ora se junta e se considera reproduzido para todos os efeitos legais. Em consequência desta redução de atividade, verifica-se que a taxa de ocupação das unidades de internamento de Obstetrícia em 2011, foi de 63,7% e em 2012 de 58%.

Igualmente na Ginecologia se verificaram taxas de ocupação de 56,4% em 2011 e 44,6% em 2012, sendo internacionalmente aceite que a taxa de ocupação se deve situar próximo dos 85%. Verifica assim, a ocorrência de quebras significativas e abruptas no número de partos realizados, a qual se pode denotar inclusivamente a cada mês que passa. Motivadas pela quebra da taxa de natalidade, pelo regresso dos imigrantes ao pais de origem e ainda pela influência da atividade dos novos hospitais.

A redução do movimento assistencial em consequência da redução do número partos na área de Lisboa (acompanhando a redução da natalidade a nível nacional) e da alteração da rede de referenciação no âmbito da abertura dos novos hospitais de Cascais, Loures e (brevemente) Vila Franca de Xira.

O que igualmente demonstra que caso a MAC não tivesse sido integrada no CHLC. EPE e neste processo de reorganização! por efeito da redução da quantidade de partos devido à coniugação dos fatores supra mencionados! a maternidade não subsistiria sozinha enquanto estabelecimento hospitalar individualizado sendo obrigada a curtolmédio prazo a encerrar os seus serviços.

Em consequência desta previsão de redução de atividade, bem como de uma maior rentabilização dos recursos existentes (nomeadamente, de gabinetes de consulta externa), os espaços necessários ao desenvolvimento destas atividades no HDE serão menores do que os atualmente existentes na MAC. Contudo, a rentabilização de todos os espaços é um dos pilares da decisão de transferência dos serviços para o HDE, aplicando-se ao objetivo de utilização intensiva dos gabinetes de consulta e exames, os quais deverão funcionar entre as 8h e as 20h (o que consubstancia desde há muito uma diretiva do Ministério da Saúde), com uma meta de 85% de ocupação;

A adequação dos cuidados prestados é outro dos propósitos desta decisão, a qual assenta num pressuposto de redução da demora média de internamento dos doentes, uma vez que existe evidência de que a morbi-mortalidade diminui com a redução do tempo de internamento hospitalar. Por esse motivo, as puérperas e recém-nascidos sem patologia deverão ter alta às 36h e 48h, se se tratar, respetivamente, de situações de parto vaginal ou de cesarianas sem complicações.

Os cuidados subsequentes prestados à mãe e ao recém-nascido deverão ser ministrados pelos cuidados primários, os quais deverão assumir plenamente as suas atribuições nesta matéria. A concentração da prestação de cuidados em unidades funcionais altamente diferenciadas e com todas os requisitos logísticos necessários é também um dos pressupostos, estando previsto que a equipa de senologia da MAC seja integrada na Unidade de Patologia Mamária do Hospital de S. José. Desta forma, visa-se a concentração da casuística numa única equipa multidisciplinar que tenha acesso a todos os recursos necessários e de forma a oferecer às doentes todas as opções terapêuticas disponíveis.

Acresce, por outro lado, a existência de diversas vantagens técnicas da junção das várias unidades de Pediatria e de Ginecologia/ Obstetrícia no HDE, a saber:

i. a maior proximidade entre os serviços de Medicina Materno Fetal com todas as especialidades pediátricas, nomeadamente com a possibilidade de realização de cirurgia neo-natal, salientando-se que casos como, por exemplo, fetos com diagnóstico in útero de hérnias diafragmáticas, beneficiam de intervenção cirúrgica na mesma instituição, estando cientificamente provado que a transferência por ambulância de ou para outra unidade hospitalar, agrava a inerente taxa de mortalidade.

E ainda a existência de vantagens económicas: o facto de a concentração de serviços no HDE produzir um efeito de economia de escala a vários níveis (todos os serviços assistenciais, de Ginecologia, Obstetrícia, Anestesiologia, Urgência, etc; apoio clínico e outros deverão ser reunidos, circunscrevendo-se o número de profissionais necessários, por exemplo, em escala rotativa), com efeitos significativos na redução de custos.

Nem se diga como referem os Requerentes no artigo 126.° do seu requerimento inicial que outra possibilidade viável seria integrar os serviços de ginecologia, obstetrícia e neonatalogia do HDE na MAC em virtude da sua atividade muito residual. Esta afirmação peca por inexata, sendo de relembrar que a Maternidade do HDE efetuava cerca de 2200 partos antes do seu encerramento, muitos dos quais em situações de alto risco obstétrico por anomalias congénitas que necessitavam de intervenção cirúrgica urgente pós-natal. Esta atividade "residual" - que representou o atendimento a 174 recém-nascidos em 2012, dos quais 74 foram submetidos a grande cirurgia, num total de 100 cirurgias - teve lugar, mesmo quando, por necessidade de manter as equipas da MAC a funcionar, houve que, por imposição da Tutela encerrar a Maternidade do HDE, considerada pela Entidade Reguladora da Saúde a melhor no país na altura. Assim, não alcança o Requerido quais serão os estudos a que os Requerentes se referem no artigo 106°, vi) do seu requerimento inicial que possam demonstrar que a alternativa de integrar na MAC os serviços de ginecologia, obstetrícia e neonatalogia do HDE seja mais "fácil e barato", do que o oposto.

Contudo, seguramente não será mais "eficiente", já que no HDE (ao contrário da MAC), se realizam procedimentos cirúrgicos e de outras subespecialidades, próprias de um Hospital Pediátrico Central e Especializado, impossíveis de realizar numa Maternidade isolada.

Acrescenta-se ainda que ARSLVT, IP promoveu a atualização da plataforma eletrônica de referenciação para primeira consulta de especialidade hospitalar, nomeadamente nas especialidades de Ginecologia e Obstetrícia, conforme Documento n.° 13 que ora se junta e se considera reproduzido para todos os efeitos legais. Redistribuindo os Hospitais de Referência, tendo presente a nova realidade hospitalar da região de Lisboa e Vale do Tejo, o que implica mais uma vez o consequente ajustamento da capacidade instalada no CHLC, EPE na medida em que foi reduzida a respetiva área de referenciação, conforme Documento n.° 13 que ora se junta e se considera reproduzido para todos os efeitos legais.

Por outro lado, e ao contrário do referido pelos Requerentes no artigo 106°, v) do seu requerimento inicial, todo o processo de ajustamento e adaptação da capacidade instalada, tem sido levado a cabo, com a participação ativa dos profissionais da MAC.O Centro Hospitalar, consciente da necessidade de continuar a garantir um elevado padrão de qualidade dos cuidados de saúde a prestar aos seus utentes, está absolutamente empenhado a, numa lógica de boa governação, criar, conjuntamente com os profissionais de saúde envolvidos, as condições de trabalho e de segurança necessárias à prestação de um serviço de qualidade.

Realça-se que, desde o início da integração da MAC no CHLC, EPE sempre se pugnou por que todos os projetos (mormente, a transição dos serviços para as instalações do HDE) fossem objeto de construção conjunta com os responsáveis da MAC e não apenas de mera participação dos mesmos. Considerando que os responsáveis dos serviços são os colaboradores mais indicados para elaborar o programa funcional das instalações no HDE e o planeamento da transição dos mesmos, em diversas ocasiões, foi solicitado aos responsáveis pelas unidades da MAC o respetivo contributo, o que nem sempre foi objeto de resposta, com as consequências menos positivas daí advenientes.

Com efeito, o Conselho de Administração nomeou vários grupos de trabalho, publicados na intranet do CHLC, EPE (que por sua vez se desdobraram em subgrupos), para apreciação técnica das soluções a adotar, apresentação de propostas e recomendações e apresentação de prazos para a execução dos projetos em curso, conforme Documento n.° 14 que ora se junta e se considera reproduzido para todos os efeitos legais.

Deste envolvimento dos profissionais resultaram a aprovação de atas de reuniões e plantas dos novos espaços a instalar, como seja a nova unidade de cuidados intensivos neonatais, conforme Documento n.° 14 que ora se junta e se considera reproduzido para todos os efeitos legais.Tal envolvimento alcança-se ainda dos e-mails que têm vindo a ser trocados com as várias chefias envolvidas no processo conforme Documento n.° 14 que ora se junta e se considera reproduzido para todos os efeitos legais.Em concreto, na área da Pediatria Médica (Neonatologia e Ambulatório), houve propostas detalhadas e concretas com a constituição de grupos de trabalho envolvendo profissionais de ambas a instituições em várias áreas: estruturas, ambulatório, procedimentos e Transporte Pediátrico. Assim, contrariamente ao alegado pelos Requerentes no artigo 105.° do requerimento inicial, o

processo de encerramento e integração vem sendo paulatinamente planeado, sendo do exposto prova as inúmeras reuniões que têm vindo regularmente a ter lugar entre os profissionais de saúde nele envolvidos. Pelo que, encontra-se demonstrado que o processo contou com a participação dos profissionais de saúde, não alcançando o Requerido como podem os Requerentes alegar o contrário.

Sem prejuízo do reconhecido mérito e inatacável diferenciação técnica do conjunto de profissionais que compõe o mapa de pessoal da MAC, capitalizada pelo vasto património de experiência acumulada, importa destacar as dificuldades de funcionamento que serão ultrapassados através da concentração de recursos e da supressão de redundâncias desnecessárias. Com efeito, não é possível ignorar e crê o Requerido que os Requerentes se encontram ao corrente desta situação dado aos cargos ocupados por vários dos Requerentes, que a atividade da MAC, era mantida à custa de uma vasta contratualização de serviços a terceiros, conforme Documento n.° 15 que ora se junta e se considera reproduzido para todos os efeitos legais. Desde logo todas a lacunas existentes na MAC, quer nos serviços clínicos quer nos serviços de apoio, de enfermeiros, assistentes operacionais, assistentes técnicos, técnicos superiores e médicos especialistas, eram supridas através da contratação de empresas.

Na verdade o serviço de Anestesiologia recorria à contratação de centenas de horas mensais a várias empresas, para poder dar resposta às necessidades, com todos os inconvenientes que a constante rotatividade de prestadores acarreta. Igualmente nas especialidades cirúrgicas era prática reiterada, o recurso à prestação de serviços para dar resposta a necessidades permanentes. Todas estas limitações estão agora em condições de ser superadas através da concentração de serviços e eliminação de duplicações e redundâncias.

Por outro lado, vários são os relatos de equipamentos danificados e a necessitar de manutenção, o que se traduziu na exigência de ecógrafos e na reparação de incubadoras, cuja utilização terá de ser otimizada e mais uma vez através da concentração de serviços e eliminação de duplicações e redundâncias, conforme Documento n.° 16 que ora se junta e se considera reproduzido para todos os efeitos legais.

Igualmente relevante é a incapacidade de se confecionar nas instalações da MAC as refeições a servir aos doentes internados, o que obriga que as mesmas tenham de ser providenciadas pelo HDE, com todos os custos inerentes que mais uma vez serão evitados com a concentração, conforme Documento n.° 16 que ora se junta e se considera reproduzido para todos os efeitos legais. E ainda de referir que a concentração dos serviços nas instalações do HDE virá a possibilitar uma significativa redução dos custos inerentes à manutenção das instalações hospitalares tais como sejam os serviços de limpeza, de segurança e bem assim com a reorganização das equipas e dos seus horários visando diminuir e evitar a contratualização de prestações de serviços.

Finalmente, resta evidenciar as deficiências estruturais da MAC, ao nível das suas instalações, desde logo como referem os Requerentes, os problemas detetados no telhado e nas canalizações. De notar que as atuais instalações da MAC necessitam de várias intervenções a nível de recuperação de infraestruturas não apenas no que respeita ao telhado, mas também às canalizações, como se pode verificar pelo relatório referente à

visita às instalações da rede de água destinada a consumo humano da MAC conforme Documentos n.° 17 e 18 que ora se juntam e se consideram reproduzidos para todos os efeitos legais..

As instalações da MAC, se não forem intervencionadas a curto médio prazo, podem comprometer a prestação de cuidados naquele local, configurando-se contrário ao interesse público e à defesa da saúde pública interromper o processo de reorganização dos serviços do CHLC, EPE porque obrigará a duplicados investimentos e custos na medida em que a continuidade de funcionamento no estabelecimento da MAC só é possível sem riscos se forem realizadas obras nas canalizações e telhados, deixando impugnados os artigos 128.° a 137.° do requerimento inicial.

Nos artigos 113.° a 140.° do requerimento inicial, vêm os Requentes alegar a violação de vários princípios. Contudo, salvo o devido respeito, não assiste razão aos Requerentes pelo que se deixam desde logo especificamente impugnados os mencionados artigos. Desde logo, não se encontram a ser violadas quaisquer regras técnicas ou prudenciais na medida em que, e como resulta de tudo quanto se disse:

i) o CHLC, EPE tem aprovados todos os orçamentos, contratos programa e regulamentos internos que são exigíveis por lei na presente data; a transferência para as instalações do HDE, dos equipamentos, serviços e equipas encontra-se devidamente acautelada, não se verificando a alegada "falta de espaço";
ii) em momento algum foi referido pelo CHLC, EPE que as equipas da MAC ou as suas consultas e serviços diferenciados iriam ser destruídos ou encerrados.

Por outro lado, não se verifica igualmente a violação de quaisquer regras procedimentais, uma vez que, reitera-se, o CHLC, EPE tem aprovados todos os orçamentos, contratos programa e regulamentos internos que são exigíveis por lei na presente data. Ao que acresce, como ficou devidamente demonstrado em sede de Oposição, que existiu um efetivo envolvimento dos profissionais de saúde da unidade hospitalar mediante a criação de grupos e subgrupos de trabalho.

Finalmente, no que diz respeito à alegada violação do princípio da proporcionalidade, igualmente não assiste razão aos Requerentes. O princípio da proporcionalidade da atuação da administração, previsto no n.° 2 do artigo 5.° do CPA, apresenta uma tripla dimensão ou uma manifestação através de três princípios enformadores do princípio da proporcionalidade, são eles:
(i) o princípio da adequação, segundo o qual a lesão dos administrados tem de revelar-se adequada, apta à prossecução do interesse público visado;
(ii) o princípio da necessidade, significando este que a lesão dos administrados tem que ser necessária ou exigível, isto é, o interesse público não seria prosseguido de outra forma e
(iii) o princípio da proporcionalidade, em sentido estrito, nos termos do qual a lesão sofrida pelo destinatário da atuação da administração deve ser proporcional e justa em relação ao benefício alcançado para o interesse público.

Mantendo-se as instalações da MAC como se encontram atualmente, esta circunstância não é geradora de eficiência e eficácia para o sistema nacional de saúde por não se traduzir numa utilização mais racional dos serviços e controle de despesas nem gerar

poupanças adicionais nos custos operacionais dos hospitais.Acresce que, atendendo ao objetivo último de inserir a MAC no Hospital de Lisboa Oriental o que se encontra previsto venha a acontecer em 2015/2016, objetivo este que necessita de um devido e atempado planeamento, seria impensável, mesmo para o cidadão comum, proceder à transferência e integração destes serviços hospitalares de um momento para o outro sem qualquer tipo de adaptação.

Pelo que, a transferência da MAC para as instalações do HDE se revela como adequada, necessária e proporcional face ao benefício que daí advém para a prestação de cuidados de saúde e para a saúde pública.

Por outro lado, importa realçar que o pedido tal como se encontra formulado pelos Requerentes implicaria que o poder jurisdicional tivesse de proceder a um juízo técnico sobre qual o melhor processo para transferir a MAC.Ora, de acordo com o princípio da separação de poderes não pode o Tribunal fazer-se substituir à Administração na avaliação, ponderação e realização de um juízo técnico de qual a melhor gestão para prosseguir no processo de reestruturação e reorganização dos estabelecimentos de saúde.Neste sentido, não se trata como pretendem fazer crer os Requerentes ao longo dos artigos 116.° a 119.° do requerimento inicial do controle jurisdicional do poder discricionário da Administração pelos Tribunais, tanto mais que não nos encontramos perante uma situação de erro grosseiro praticado pelo CHLC, EPE.

Além disso, os Requerentes não lograram deixar demonstrado que existiria fundamento para que o poder jurisdicional pudesse controlar o poder discricionário da Administração, ou seja, não basta para tanto fazer a alegação dessa possibilidade de controlo sendo necessário justificar a intervenção desse controlo por via a não violar o princípio da separação de poderes.

Mais alega, que para que a providência seja decretada é necessário, desde logo, que exista, um fundado receio que a espera pela decisão da ação principal seja suscetível de produzir factos consumados ou prejuízos de difícil reparação para os interesses que a Requerente visa, nesse pleito, assegurar (alínea b) do n.° 1 do 120.° CPTA).
Como escreve AROSO DE ALMEIDA, (in O Novo Código de Processo nos Tribunais Administrativos, Coimbra, 2005, pág. 305,
"o prejuízo do requerente deve ser considerado irreparável sempre que os factos concretos por ele alegados permitam perspectivar a criação de uma situação de impossibilidade de reintegração específica da sua esfera jurídica, no caso de o processo principal vir a ser julgado procedente".

Desde logo, importa referir que os Requerentes não lograram demonstrar nem concretizar quais os eventuais prejuízos em que incorreriam pela espera pela decisão final.Por outro lado, na situação que se discute nos presentes autos seria o próprio decretamento da providência de abstenção de condutas e não o seu indeferimento que iria acarretar prejuízos para a saúde pública e para a própria MAC.

Mantendo-se as instalações da MAC como se encontram atualmente, esta circunstância não é geradora de eficiência e eficácia para o sistema nacional de saúde por não se traduzir numa utilização mais racional dos serviços e controle de despesas nem gerar

poupanças adicionais nos custos operacionais dos hospitais.O deferimento da providência cautelar prejudica o objetivo último de inserir a MAC no Hospital de Lisboa Oriental o que se encontra previsto venha a acontecer em 2015/2016, objetivo este que necessita de um devido e atempado planeamento, tendo o processo de encerramento e integração da MAC no Hospital de Lisboa Oriental iniciado no momento em que a MAC se fundiu com o CHCL, EPE. e não atualmente aquando do seu anuncio público nos meios de comunicação social.

Além disso e como já ficou demonstrado, que caso a MAC não tivesse sido integrada no CHLC, EPE e neste processo de reorganização, por efeito da redução da quantidade de partos, do decréscimo da taxa de natalidade e ainda pela impacto da abertura e atividade dos Hospitais de Loures, Cascais e Vila Franca de Xira, a maternidade não subsistiria sozinha enquanto estabelecimento hospitalar individualizado sendo obrigada a curto/médio prazo a encerrar os seus serviços.

Para se considerar verificado este pressuposto, " fumus boni iuris", basta a existência de um mínimo de verosimilhança dos fundamentos invocados, em termos de se evidenciar o carácter não manifesto da falta de fundamento da pretensão formulada no processo principal ou da existência de circunstâncias que obstem ao conhecimento de mérito, para se dar por verificado o primeiro requisito (fumus boni iuris, na vertente fumus non malus)". Acórdão do TCA Norte de 05.05.2005 — Proc. 2/05.OBCPRT-A).
Com efeito, de acordo com o mesmo Acórdão:
"quando se está perante uma providência conservatória, o requisito do fumus boni iuris é mais suave, surgindo na sua formulação negativa, sendo apenas necessário que não se/a manifesta a falta de fundamento da pretensão formulada ou a formular no processo principal ou a existência de circunstâncias que obstem ao seu conhecimento de mérito (fumus non malus)". (Idem, Acórdão citado)

Acontece que, conforme supra demonstrado, e que ora se reitera, é manifesta a falta de fundamento da pretensão formulada. Note-se que os Requeridos não invocam sequer as normas que entendem possam estar a ser violadas, limitando-se a demonstrar enquadramentos jurídicos:
i) No Ponto 1 do requerimento inicial, artigos 1.0 a 6.° os Requeridos referem os pressupostos processuais da legitimidade ativa e passiva;
ii)No Ponto II do requerimento inicial, artigos 7.° a 25.°, os Requeridos procedem a uma demonstração do enquadramento jurídico da MAC, tecendo ainda algumas considerações sobre as opiniões de certas individualidades sobre relativamente ao processo de transferência da MAC para o HDE;
iii) No Ponto III do requerimento inicial, artigos 26.° a 43°, os Requeridos fazem nova demonstração do enquadramento jurídico do direito à prestação de cuidados de saúde e do regime aplicável aos hospitais EPE;
iv) No Ponto IV do requerimento inicial, artigos 44.° a 89.°, os Requerentes referem a diferenciação da MAC percorrendo as suas características enquanto estabelecimento hospitalar;
v) No Ponto V do requerimento inicial, artigos 90.° a 112°, os Requerentes alegam que o processo de transferência da MAC para o HDE colocaria em causa a saúde pública, embora sem demonstrarem que alegas normas se encontrariam a ser violadas que viessem a colocar em causa a saúde pública;

vi) Por último, no Ponto VI do requerimento inicial, artigos 113.° a 140°, os Requerentes alegam a violação de alguns princípios, os quais como se deixou demonstrado supra não se encontram violados.

Ou seja, os Requerentes não invocaram a violação de quaisquer normas jurídicas — nem teriam fundamento para tal na medida em que o Requerido pautou a sua conduta mediante o respeito pelo princípio da legalidade e dos princípios de bom governo. Resta nesta medida concluir que os Requerentes não lograram demonstrar que o carácter não manifesto da falta de fundamento da pretensão formulada no processo principal. Note-se que nem mesmo no Ponto VII do requerimento inicial, dedicado à providência cautelar, os Requerentes se referem ao requisito do fumus boni iuris, fazendo somente referência, ainda que sumária, ao requisito do periculum in mora.

Do exposto na presente Oosição resulta assim que se não se verificam os requisitos de que depende o decretamento da providência cautelar requerida.

De acordo com o disposto no artigo 120.°12 do CPTA:
"Nas situações previstas nas alíneas b) e c) do número anterior [1], a adopção da providência ou das providências será recusada quando, devidamente ponderados os interesses públicos e privados, em presença, os danos que resultariam da sua concessão se mostrem superiores àqueles que podem resultar da sua recusa, sem que possam ser evitados ou atenuados pela adopção de outras providências"

Conforme ensina Vieira de Andrade, "o que está e, causa não é ponderar valores ou interesses em s) mas danos ou prejuízos e, portanto, prejuízos reais, que numa prognose relativa ao tempo previsível de duração previsível de duração da medida, e tendo em conta as circunstâncias do caso concreto, resultariam da recusa ou da concessão (plena ou limitada) da providência cautela?' (Vieira de Andrade, em a Justiça Administrativa, Lições).
Ou seja, para o decretamento de uma providência não é suficiente que os tribunais avaliem apenas a verificação, ou não, dos requisitos do fumus boni iuris e do periculum in mora, é necessário também que os tribunais verifiquem o requisito da ponderação de interesses previsto no artigo 120.°12 do CPTA.

No Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica firmado pelo Governo Português com o FMI, a CE e o BCE, em 17.05.2011, na Medida n.° 3.77. acordou-se que incumbia ao Estado Português: "Prosseguir com a reorganização e racionalização da rede hospitalar através da especialização e da concentração de serviços hospitalares e de urgência e da gestão conjunta dos hospitais (de acordo com o Decreto-Lei n.° 30/2011, de 2 de Março) e do funcionamento conjunto dos hospitais. Estas melhorias deverão permitir reduções adicionais nos custos operacionais em, pelo menos, 5% em 2013." Igualmente no Memorando encontram-se previstos como objetivos para o Sistema Nacional de Saúde, entre outros, aumentar a eficiência e a eficácia do sistema nacional de saúde, induzindo uma utilização mais racional dos serviços e controle de despesas, bem como gerar poupanças adicionais nos custos operacionais dos hospitais.

Ora, a redução do movimento assistencial em consequência da redução do número de partos na área de Lisboa (acompanhando a redução da natalidade a nível nacional) e da

alteração da rede de referenciação no âmbito da abertura dos novos hospitais de Cascais, Loures e (brevemente) Vila Franca de Xira, têm conduzido a que se verifique uma acentuada redução da atividade registada no CHLC, EPE, como se deixou supra demonstrado.

Acresce que, a atividade da MAC, era mantida à custa de uma vasta contratualização de serviços a terceiros ao que se adiciona as despesas de manutenção das instalações, sendo que atualmente todas estas limitações estão agora em condições de serem superadas através da concentração de serviços e eliminação de duplicações e redundâncias, levando assim a uma significativa redução de despesa pública.

Posto isto, resulta evidente a superioridade do interesse público, traduzida na necessidade de continuação do desenvolvimento do processo de reformulação dos serviços de ginecologia e obstetrícia da área do CHLC, EPE que se encontra atualmente em curso e que passará numa fase atual pela integração dos seus serviços no HDE e numa fase posterior pela integração no Hospital de Lisboa Oriental, porquanto se trata do processo mais eficaz e eficiente em termos de prosseguir as competências do CHLC, EPE, o interesse público na realização da saúde pública e as obrigações externas e internacionais a que o Estado Português se encontra obrigado.

Por outro lado, também se diga que a abstenção de determinar, autorizar ou concretizar quaisquer atos que visem o encerramento da MAC é contrária ao interesse público, uma vez que, prejudica o objetivo último de inserir a MAC no Hospital de Lisboa Oriental o que se encontra previsto venha a acontecer em 2015/2016, objetivo este que necessita de um devido e atempado planeamento, já que seria impensável, mesmo para o cidadão comum, proceder à transferência e integração destes serviços hospitalares de um momento para o outro sem qualquer tipo de adaptação.

Acresce que as instalações da MAC, se não forem intervencionadas a curto médio prazo, podem comprometer a prestação de cuidados naquele local. E configura-se contrário ao interesse público interromper o processo de reorganização dos serviços do CHLC porque obrigará a duplicar investimentos e custos na medida em que a continuidade de funcionamento no estabelecimento da MAC só é possível sem riscos se forem realizadas obras nas canalizações e telhados.

Por último, é ainda evidente a superioridade do interesse público, traduzida na necessidade de continuação do desenvolvimento do processo de reformulação dos serviços, dado que mantendo-se as instalações da MAC como se encontram atualmente, esta circunstância não é geradora de eficiência e eficácia para o sistema nacional de saúde por não se traduzir numa utilização mais racional dos serviços e controle de despesas nem gerar poupanças adicionais nos custos operacionais dos hospitais, em clara violação dos objetivos previstos no Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica.

Em suma, existe um interesse público subjacente às operações de transferência e fusão de serviços de todos os estabelecimentos do CHLC em resultado, nomeadamente, (i) da necessidade de atempadamente realizar as ações necessárias à preparação da transferência de serviços para o futuro Hospital de Lisboa Oriental, (N) em razão da

exigência de obter ganhos de eficiência com a integração das várias equipas que integram o CHLC, (Ni) da exigência de garantir a continuidade e a qualidade dos cuidados de saúde dos utentes que não se compadecem com a suspensão das atividades em curso e (iv) do imperativo de evitar o desperdício de dinheiro com a realização de obras no estabelecimento da MAC.

O Ministério da Saúde, na oposição oferecida, veio alegar, em síntese, que os requerentes interpuseram a presente providência cautelar para a abstenção da prática de quaisquer atos ou condutas que determinem o encerramento da Maternidade Alfredo da Costa, doravante designada MÁC, com o objetivo de garantir a preservação do elevado padrão de qualidade dos cuidados de saúde que esta instituição vem prestando, preliminar de acção administrativa comum, a interpor ao abrigo do artigo 37° do CPTA, e o objetivo da tutela cautelar, nas palavras de Vieira de Ándrade, «ao visor o garantia da utilidade da sentença, pressupõe a existência de um perigo de inutilidade, total ou parcial, resultante da decurso do tempo e, consequentemente. no direito adminIstrativo, da adopção ou da abstenção (ou da execução ou da não execução) de uma pronúncia admintstrativa."

De acorda com o artigo 120° do CPTA, só serão decretadas as providências cautelares quando, "haja fundado receia de constituição de urna situação de facto consumada ou da produção de prejuízos de difícil reparação para os interesses que o requerente visa assegurar na processo principal au seja provável que a pretensão formulada ou a formular na processo principal venho a ser considerada procedente".

Os requerentes interpuseram a presente providência cautelar de intimação para a abstenção da prática de quaisquer atos ou condutas que determinem o encerramento da MAC com o objetivo de garantir a preservação do elevado padrão de qualidade dos cuidados de saúde que esta instituição vem prestando, preliminar de ação administrativa comum, a interpor ao abrigo do artigo 37 do CPTA.

De referir que, uma vez que ao Decreto-Lei n°. 44/2012, de 23 de Fevereiro, procedeu à extinção e integração por fusão no Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHL.C), do Hospital Curry Cabral. e da Maternidade Or. Alfredo da Costa, como, aliás, reconhecem os recorrentes, o requerido encerramento só poderá sigrriffcar o encerramento das instalações da MAC, no sentido da integração dos serviços desta, passarem, numa fase inicial, a integrar o HDE.

Alega, ainda, de que, importa desde já salientar que, saLvo o muito e devido respeito, os requerentes não preencheram minimamente os requisitas de que depende a procedência da providência cautelar.

Tratando-se, in casu, de uma providência conservatória, com o objetivo de manter em funcionamento a MAC (a não ser por via da sua integração no Hospital. de Lisboa Oriental ou sem que esteja garantido que a sua integração noutro estabelecimento hospitalar), os critérios de que depende a sua concessão estão previstos na alínea b) dos n's 1 e 2 do referido artigo 120° do CPTA. Assim, para ser decretada tal providência necessário se torna que se demonstre que não é manifesta a falta de fundamento da pretensão formulada, ou a formular, no processo principal (fomus boni iuris); que bem fundado receio de constituição de uma situação de facto consumado ou de produção de prejuízos de

difícil reparação periculum iii mora); que da ponderação dos interesses em presença se conclua que os danos que resultam da concessão não são malotes do que os danos que resultam da recusa da providência (proporcionalidade e adequação da providência).Embora os requerentes não tenham integrado, factual ou juridicamente, os referidos requisitos, cumpre ao requerente demonstrar que a pretensão deduzida e o processo principal de que depende não podem ter como consequência a manutenção do funcionamento dos serviços da MAC. Sendo evidente a improcedência da pretensão que se formulará no processo principal tendente à intimação da Administração para a abstenção de atos ou condutas que determinem, autorizem ou concretizem o encerramento da MAC.

Os requerentes pretendem transformar artificialmente aquilo que é uma relação interorgânica num feixe de relações individuais e concretas com o fundamento de que o encerramento da MÀC e a transferência da sua atividade assistencial para o HDE é suscetível de lesar o elevado padrão de qualidade dos cuidados de saúde que a instituição vem prestando à população.

O interesse difuso em presença, alegadamente legitimador da intervenção dos requerentes neste processo é a defesa da saúde pública e o direito à prestação de cuidados de saúde pelo SNS à população e não o direito a receber tal assistência num local determinado. Ora, à reorganização e racionalização da rede hospitalar não produz um efeito imediato ou lesivo à comunidade na exata medida em que a prestação dos cuidados de saúde a cargo do Estado continua a ser plenamente assegurada. Não existe modificação sobre o tipo de prestação dc cuidados de saúde, uma vez que a sua continuidade não pode ser contestada de boa fé, Com efeito, o Programa do XIX Governo integra no processo de mudança no sector da saúde, as medidas de raclonauzação de despesas, as iniciativas de contenção de custos e de melhoria de eficiência da organização dos prestadores e dos recursos utilizados na prestação de cuidados de saúde com o intuito de reforçar, no médio prazo, a sustentabilidade financeira do SNS, com a definição clara tia função de regulação e de financiamento. Institui ainda, como medida de qualidade e acesso efectivo aos cuidados de saúde, «reorganizar a rede hospitalar através de uma visão integrada e mais racional do sistema de prestação que permita maior equkiade territorial e uma gestao mais eficiente tios recursos humanos, incluindo concentração de serviços, patenciada pela maior exigência na qualificação da gestão e na responsabihzação das equipas, em todos os domínios, pelo desempenho alcançado."

No Memorando de Entendimento sobre as condicionantes de politica económica celebrado entre Portugal e as instâncias internacionais financiadoras do programa de Ajustamento Económico-Financeiro encontram-se vertidos compromissos relativos aos serviços hospitalares prestados nos sistema de saúde, de que se destaca prosseguir com a reorganização e racionalização da rede hospitalar através da espedatização, concentração e redimensionamento de serviços hospitalares e de urgência, bem como da gestão e funcionamento conjuntos dos hospitais, com o objectivo de, entre outros, ajustar a oferta hospitalar em cada região cio saúde, tendo em conta, nomeadamente, os hospitais recém-construídos em regime de PP. Estas melhorias visam eliminar a duplicação desnecessária, e obter economias de escala, melhorando simultaneamente a quaLidade dos cuidados de saúde prestados, neste enquadramento, o Ministério da Saúde, em execução da política de saúde,

Em conformidade com conclusões de vários estudos académicos, institucionais e de iniciativa de grupos de profissionais, seguiu a recomendação comum de que as maternidades devem ser integradas com outros estabelecimentos de saúde polivalentes, com outras especialidades e serviços. Dando garantias de rapidez, de articulação e de resposta, aliás, como reconhecem os requerentes da presente providência cautelar. Culminando esta abordagem de integração, a MAL foi extinta enquanto unidade autónoma por via do Decreto-Lei n° 4412012, de 23 de fevereiro, tendo passado a integrar o Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, doravante designado CHLC. Em conformidade, num esforço de concentração, o CHLC, prepara, a transferência da atividade desenvolvida na MÂC para as instalações do Hospital DEstefânla, doravante designada HDE. Reunindo no mesmo hospital as equipas atualmente existentes na MAC e no HDE, quer de ginecotogia/obstretrícia, quer de neonatotogia, reafectando os profissionais e os equipamentos no âmbito dos demais serviços do CHLC. E, subsequerttemente, procedendo ao encerramento do estabelecimento MAC.

O Ministério da Saúde, os dirigentes dos institutos tuteLados e os gestores púbticos hospitalares nomeados, face à menor nataLidade e à necessidade de reorganização da prestação de cuidadas de saúde na área de intervenção da Administração RegionaL de Saúde de Lisboa e Vate do Tejo, I.P, doravante designada ARSLVT, procedem ao necessário ajustamento da capacidade instalada. As sinergias dentro do CHLC apresentam ganhos de eficiência e eficácia, rentabilizando a capacidade instalada, obtendo poupanças decorrentes da concentração de todos os serviços administrativos e de apoio cLínica nomeadamente nas áreas Laboratoriais e de imagem, onde existe capacidade instalada no HDE e nos restantes hospitais do CHLC, na área da Logística e distribuição e da redução de diversos custos fixos associados às instalações. Neste domínio, o Ministério da Saúde pretende preservar as equipas de profissionais de saúde, no HDE ou noutros serviços da CHLC, de acordo com as suas competências.Mais pretende, manter a valência de maternidade nos dois hospitais associados com faculdades de medicina: o Hospital de Santa Maria, com a Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e o 1-IDE/Hospital de 5. José, com Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

Importa, assim, não confundir a ideia fundamental da continuidade e da efectividade do serviço público, e da prestação de cuidados de saide, com a alteração do local para a respectiva prestação. Na verdade, encontra-se reatizado investimento público na maternidade da HDE, que se encontra encerrada, no edifício materno-infantil do HospitaL S. Francisco Xavier e na MAC em obras em equipamento transferível. Deste modo, verifica-se a necessidade de evitar redundâncias, garantindo o acesso dos doentes aos cuidados de saúde de qualidade conforme existem no presente, contribuindo para a sustentabilidade do SNS.

Os recursos afetos a Ginecologia e Obstetrícia serão instalados e concentrados num edifício do HDE com a finalidade de albergar serviços desse tipo. A Neonatologia poderá ser instalada também nesta instituição sem custos acrescidos e mantendo a capacidade hoje existente nas duas instituições. Tais alterações não têm a virtualidade de externalizar os efeitos internos da decisao de encerramento da MAC e, por isso, torna-lo lesivo.Porém, os requerentes pretendem insinuar que a alteração do local representaria uma lesão do interesse da população em geral.Esquecem, portanto, que o interesse legítimo da população

é a de ter elevado padrão de qualidade dos cuidados de saúde, o que, na caso sub judice, se garante.

Em síntese, a decisão de encerramento da MAC, é um acto apenas produtor de efeitos nas relações interorgânicas, sem aptidão lesiva concreta. A não se entender assim, e a seguir a orientação defendida pelos Requerentes, qualquer reestruturação dos serviços púbLicos da Administração Central do Estado, Administração Regional Autónoma ou da Administração Autárquica, cujas atribuições envolvam a proteção dos interesses difusos da saúde, do ambiente, do urbanismo, cio ordenamento da território, da qualidade de vida au do património cultural, tornar-se-ia ato administrativo externo. Se assim fosse, estabetecer-seia uma regra de imodificabitidade da orgânica da Administração Pública, o que comprometeria os valores constitucionais da eficiência, eficácia e unidade de ação. Bastaria que alguém considerasse, através de um juízo vaorativo o subjetivo, que a modificação de urna unidade orgânica afetaria os utentes do serviço público, para "conseguir" que um ato meramente interno se transformasse num ato lesivo com eficácia externa.

Por outro lado, à concretização dos direitos fundamentais de natureza social, económica e cultural, condicionados à «reserva do Possível", tal como entendem a doutrina e a jurisprudência constitucionais, passaria a estar, antecipadamente, sujeita a unia imutabilidade das estruturas orgânicas da Administração Pública. Conclui-se, pois, que a decisão de encerramento da MAC tem eficácia interna, logo, segundo o art.° 51 do CPTA, insuscettvel de impugnação. E, assim sendo, tal decisão não poderá ser posta em causa por via de ação popular, nem poderá, consequentemente, a proviciência cautelar que Lhe é instrumental ser considerada procedente.

Para além do supra exposto, cumpre referir que é um príncipio basilar do Estado de Direito: o principio da separação e interdependência de poderes, consagrado nos artigos 2° e 111° da Constituição da República Portuguesa. Um eventual deferimento da presente providência levaria a que o Tribunal fizesse uma avaliação da conveniência e oportunidade da decisão ministerial, estabelecesse critérios decisórios, na dimensão potftico-adrninistrativa e, assim, ultrapassasse claramente a juridicidade.Dito de outra modo, a sindicalídade contenciosa do agir da Administração Pública pára exatamente na fronteira da '() reserva da administração consubstanciado numa margem de livre decisão administrativa [que] constitui um limite funcional do jurisdição administrativa, pais as opções do órgão administrativo tomadas nesse domínio relevam da esfera do mérito e não da esfera da validade.

A questão, no fundo, é a seguinte: partindo do princípio de que qualquer acto jurídico do Administração pode ser submetido à fiscalização de órgãos jurisclicianois (que o removerão da ordem jurídica na porte em que julgaram inválido), até onde podem os tribunais controlar a atividade administrativa para que a administração possa actuar - dentro dos limites da lei e tendo em vista a realização de fins de interesse público - de acordo com os seus próprios critérios? Em bom rigor, a regra básica e visto o problema em abstrato é de fácil formulação: a margem de livre decisão qua tole é Insuscetivel de controlo judicial porque respeita ao mérito, à conveniência ou à oportunidade da administração; pela contrário, tudo o que se situar fora dessa esfera é judicialmente sindicável porque estará em causa a validade da conduta administrativa (e nesse domínio já não há livre decisão mas sim

vinculação) (..)". (iri l3ernardo Diniz Aya(a, O (défice) de contraio judicial da margem de livre decisão administrativa, L.ex, Lisboa, 1995, pág. 83).

A leitura adequada do art.° 3° do CPTA concretiza o princípio da separação e interdependência de poderes, Limitando os poderes dos tribunais administrativos ao juLgamento do cumprimento peLa Administração das normas e princpios que a vincutam, não permitindo a avaliação do mérito da sua atuação. Os Requerentes pedem que o Tribunal se substitua ao Ministério da Saúde e impeça a reorganização das suas estruturas, ou que as mantenha de acordo com a sua estrita visão do direito à saúde. A procedência de tal pretensão vincularia a Administração a um tipo de cuidadas de saúde como se fosse a única decisão correta e protetora do direito à saúde.

Este pedido viola a ideia de que da "orientação constitucional por urna distinção material de funções do atado, da especial aptidão estrutural do Executivo para o desempenho de determinadas tarefas e da racionalidade inianente à dimensão positiva do princípio da divisão de poderes havia já resultado a atribuição preferencial ou tendencíal de algumas competências ao Executivo.

Está, pois, em crise a delimitação negativa da jurisdição administrativa concluindo-se que não é evidente que os tribunais administrativos possam sindicar os procedimentos do Ministério da Saúde em causa, não se podendo concWir, em consequência, que é evidente a procedência da pretensão a formular no processo principal. Entre as norma que delimitam o âmbito da jurisdição administrativa e os poderes de cognição dos tribunais administrativos assumem relevância, neste contexto, o art. 30, n° 1, do CPTA que estabelece que 4tno respeito pelo principio da separação e interdependência dos poderes, os tribunais administrativos julgam do cumprimento pela Administração das normas e princípios jurídicos que a vinculam e não da conveniência ou oportunidade da sua atuação,"

À definição do conceito de "ato praticado no exercicio de função política", designadamente no que concerne à sua distinção do ato praticado no exercido da função administrativa, que é a que releva para efeitos de delimitação do âmbito da jurisdição administrativa, não tem tido uma reforma uniforme a nível da jurisprudência do STA, tendo vindo a ser adotado peta jurisprudência mais recente o entendimento de que a função politica corresponde à prática de atos que exprimem opções fundamentais sobre a definição e prossecução dos interesses ou fins essenciais da coletividade.

O futuro encerramento da MAC, concretiza uma decisao governativa que cabe necessariamente no conceito de ato político, mas mesmo que assim não fosse, ao sindicar esse ato estaríamos a entrar nos juízos de conveniência e oportunidade da Administração que escapam ao controle jurisdicionaL, como vimos. É que, relativamente à generalidade dos atos do Governo, mesmo em relação àqueles a que não caiba a designação de atos políticos, o transcrito n° 1, do art. 30 do CPTA claramente revela a existência de uma reserva de Administração, uma zona da atividade administrativa, não regulada por normas ou princípios jurídicos, que está fora dos poderes de sindicaUdade dos tribunais administrativos. Com efeito, à face daque(e art. 30, os poderes de cognição dos tribunais administrativos abrangem apenas as vincuLações da Administração por normas ou princípios jurídicos e não a conveniência ou oportunidade da sua atuação, desigriadamerite

a conformidade ou não da sua atuação com regras ou princípios de ordem técnica ou a adequação ou não das escolhas que fizer sobre a forma de atingir os fins de interesse público que visa satisfazer com a sua atuaçâo, pelo menos quando não se detetar concomitantemente a ofensa de princípios jurídicos, designadamente os da igualdade, da proporcionalidade, da justiça, da imparciaLidade e da boa-fé, enunciadas no n°2 da art. 266° da CRP, e não existe tal ofensa. Com efeito, a efetivação cio direito à saúde, qualificado constitucionalmente como direito económico, social e cultural e não como Direito, Liberdade e Garantia, depende essencialmente de condições económicas e financeiras sendo certo que o seu conteúdo não resulta determinado ou determinável ao nivel constitucional mas depende de uma avaliação das condições de política da saúde reservada à esfera dos poderes constituídos.

Assim, é também em homenagem ao principio da separação de poderes e do Estado de Pireito Democrático, que aqui cabe aos orgãos legislativos, tegitimados através de eleições, a prerrogativa de avaliação sobre o modo de afetação de recursos escassos à satisfação das diferentes necessidades coletivas.

De qualquer modo, o controle judicial da atuação administrativa nesta margem de reserva da Àdministração, terá de limitar-se à verificação da ofensa ou não dos principios jurklicos que a condicionam e será um controle pela negativa, não podendo o tribunal substituir-se à Administração na ponderação das valorações que se integram nessa margem Esta limitação dos poderes de cognição do tribunal está, repete-se, em consonância essencial com a opção constitucional, consubstanciada na adoção do princípio da separação e interdependência de poderes (art. 20 da CRP), nos termos da qual cabe aos tribunais, tendo a lei como único elemento condicionante, «assegurar a defesa dos direitos e interesses legalmente protegidas dos cidadãos, reprimir a violação do legoUdade democrática e dirimfr os conflitos de interesses públicos e privados" (arts, 202°, n° z e 203 da CRP), cabendo á Administração, além da mais, a escolha das providências necessárias para o desenvolvimento económico e social e a satisfação das necessidades coletivas (art, 1990, alinea g), da CRP) dernro dos limites traçados pela lei, entendida corno bLoco de legalidade aplicável.

Na verdade, a ver-se ilegalidade no exercido democrático de opções políticas do governa, estava encontrada a fórmula de limitar o poder do governo e achada estava a forma de restringir opções democráticas de gestão da coisa pública. E mais, entrar-se-ia naquilo que modernamente se apelida de "governo dos juizes" ou "repúbLica dos juízes", o que a nossa Constituição repete. Por consequência, não pode deixar de concluir-se que, no minimo, não se pode considerar evidente a procedência da pretensão no processo principal, vislumbrando.se, ao invés, a sua manifesta improcedência.

Para situação similar - encerramento de maternidade - é bem expressivo o ac6rdão do STÁ de 06-03-2007, rec. ti° 1143/06.

Termos em que, se estamos defronte de atuação política do Governo (Ministério da Saúde) e é de conctuir que o tribunal administrativo é materialmente incompetente para dela conhecer. A incompetência material é excepção dilatória que leva à absolvição da instância, arts. 494°/a), 495, nos 1 e 2 do CPC.

Mais alegam, que a procedência da pretensão processual dos requerentes viola o art. 51° do CPTA, ao transformar, ilegitimamente, um ato interno organizatário num conjunto de atos externos com destinatários indeterminados que sofreriam uma hipotética e lesão que nenhum juízo prospectivo consegue densificar com base no direito à saúde.

No âmbito da presente oposição, importa sublinhar que um eventual decretamento da providência cautelar sempre teria subjacente um juizo sobre o fumus boni juris (critério da aparência do bom direito).

O pedido apresentado pelas requerentes é manifestamente infundamentado porque não explica minimamente a causa para a violação dos preceitos legais e constitucionais invocados, como seria necessário para integrar este requisito. A acusação de violação do direito à saúde deve-se a uma visão incorreta do funcionamento da tutela constitucional em relação aos atos da administração. De facto, à causa da atuação do Ministério da Saúde centra-se exatamente, no maior proveito socialmente útil na óptica da defesa do direito à saúde. É evidente que as medidas assumidas não configuram a negação do direito à proteção da saúde, antes representam o seu reconhecimento, por garantirem padrões de qualidade superiores.

Se é certo que a Constituição e a lei prevê o direito à proteção da saúde, não é menos certo que não existe, nem pode existir, qualquer disposição que obrigue à manutenção de uma maternidade. O artº. 64 da Constituição exige, sim, que seja garantida uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde.

A atuação do Ministério da Saúde, em total conformidade com o direito à proteção dá saúde constitucionalmente consagrado, visa precisamente atingir níveis superiores de exigência e qualidade de saúde.Como é natural, podem os requerentes discordar de tais medidas, mas não podem é pedir ao tribunal que aceite, neste domínio, que a sua interpretação seja a correta, a única correta ou que vincule o órgão constitucionalmente competente para efetuar a gestão dos recursos competentes.

Os requerentes parecem, ainda, configurar o direito à proteção da saúde como um direito, liberdade e garantia, imediatamente exequível, sem necessidade de mediação Legislativa e subjetivado num dever de prestação administrativa ilimitado.Reitera-se que o direito à proteção da saúde é um típico direito social, sujeito à "reserva do possível" e que depende, no que respeita a prestações concretas, de uma organização administrativa vocacionada para a respetiva garantia. No fundo, os requerentes deduzem, de um direito fundamental de natureza social, condutas administrativas de conteúdo especifico, o que teria como consequência uma determinação ilegítima de conteúdo orçamental na gestão das unidades orgânicas do SNS.Em relação ao principio da proporcionalidade, os requerentes não identificam, nem concretizam rninimamente a sua vioLaço pelo que o requerido mais não pode fazer que limitar-se a contestar tal afirmação, já que as medidas tomadas quanta ao encerramento da MÁC, não violam este ou qualquer outro principio constitucional. Quanto à invocada violação dos "prindpios gerais de direito administrativo, consagrados nas arts. 4°, 5°, 8° e 100 do Código de Procedimento Administrativo: princípios da prossecução do interesse público e da proteção dos direitos e interesses das cidad5os (ort.° 4), principio da proporcionalidade (art.° 5), princípio da participação (artº 6°) e princípio

cio eficiência (crt° 10°)" os requerentes também não indicam em que medida a atuação deste Ministério os violam, não se alcançando a mais ténue violação nesse âmbito. E, é assim, manifesta a falta de fundamento da pretensão formulada no que respeita à desconformidade constitucional que os requerentes invocam mas não concretizam minimamente.

Mais alega, que entre os requisitos tegais cumulativos cuja verificaçao a tei impõe para que a providência cautelar possa ser adotada, conta-se o da existência de prejuízo de difícil reparação ou o fundado receio da constituição de uma situação de facto consumado. Quanto ao primeiro daqueles requisitas, parece estar já bem demonstrado que a atuação do Ministério da Saúde não constitui qualquer prejuizo para a saúde pública contrariamente ao que alegam os requerentes.As considerações dos requerentes sobre a prejuizo de difícil reparação são, salva o devido respeito, de uma total falta de concretização em termos factuals e jurídicos.

Com efeito, o pedido apresentado pelos requerentes é manifestamente infundamentado nesta perspetiva pois não são alegados factos com consistência mínima para criar a convicção da probabilidade séria e significativa de ocorrência de situações de prejuízo imputáveis à medida de gestão ora tomada pela Ádministração e questionada pelos requerentes. É, pois, adequado lembrar a incumprida dever processual dos requerentes, nos termos do acórdão da TCA Norte, atrás citado:

" Incumbe ao requerente tornar credível a sua posição através do encadeamento lógico e verosírrili de razões convicentes e objectivas nas quais sustenta a verificaçao dos requisitas dci providência porquanto Inexiste a consagração duma presunção "júris tantum" da existência dos aludidos requisitos como simples consequência da existência em termos de execução do acto, termos em que o requerente do presente meio cautelar não está desabrigado ou desonerado de fazer a prova e demonstração dos factos integradores dos pressupostos ou requisitos em questão, alegando, para a efeito, factos integradores daqueles pressupostos de modo especificado e concreto, não sendo idónea a alegação meramente conclusiva e de direito e com utilização de expressões vagas e genéricos. Neste sentido pode ter-se também o acórdão do STA, de 10-11 -05, proc. N° 0862/05: "(.411! Resulta do estotu ido no artigo 120" do CPTÃ que as medidas cautelares previstas neste código visam assegurar que o tardio julgamento do processo principal não determine a inutilidade da sentença nele proferida e, consequentemente, impedir que o requerente fique numa situação de facto consumado ou numa situação em que o volume ou a qualidade dos prejuízos sofridos inviabilize a possibilidade de reverter à situação que teria se o ilegalidade não tivesse sida cometida. IV - Não sendo evidente a procedência do pedido formulado no processo principal nem flagrante a sua falta de fundamento, a adopção de medidas provisórias só poderá ocorrer se houver fundado receio da constituição de urna situaçdo de fbcto consumado" ou se houver razões para temer a "produção de prejuízos de difícil reparação para os interesses que o requerente pretende ver reconhecidos no processo principal." Ou seja, a aparência de bom direito em grau que não implica nem a adopção nem a recusa imediata da medido cautelar não é, por si só, critério suficiente para o deferimento da providência, o que impõe que na decisão a praferir se convoquem aqueles critérios, que, nessas circunstâncias, funcionarão como critérios complementares e indispensdveis. V O que obriga o requerente a descrever detalhadamente as factos consubstanciadores desses critérios."

Os requerentes alegam que o encerramento da MAC e a transferência da sua atividade assistenciaL para o HDE é suscetivel de afetar a saúde pública, não assegurando a preservação do eLevado padrão de quaLidade dos cuidados de saúde que essa instituição vem prestando à população. No entanto, tais asserções não estão acompanhadas de alegação de argumentação factual ou juridica complementar suscetível de estabelecer urna ligação ou causalidade entre o encerramento da MAC e a transferência da sua atividade assistencial para o HDE com a precipitada conclusào que essa transferência é susceptível de afetar a saúde pública. Efetivamente, tal alegação cabia aos requerentes. E, tanto basta para que não possa ser dado como verificada a probabilidade séria e minimamente consistente de prejuízos de difícil reparação.

Sendo a MAC um dos mais de cem edifícios que compõem o CHL.C, os procedimentos em curso, de adaptação da capacidade instalada à área de influência do Centro HospitaLar e à produção atual, garantem a preservação do elevado padrão de qualidade dos cuidados de saúde prestados à população e são devidos por adequarem a utilização dos recursos às necessidades sentidas e à programação promovida pelo Ministério da Saúde para a Saúde Materno-infantil. A adaptação da capacidade instalada da MÁC para a estrutura HDE permite a continuidade da prestação de todos os cuidados de saúde à população assistida, e a etevação dos padrões de excelência praticados, na medida em que visa a promoção da área de Ginecologia- Obstetrícia numa estrutura com todas as valências médico-cirurgicas pediátricas e a concentração das valências de neonatotogia em local apropriado. Com efeito, é recomendação comum, de que as maternidades devem ser integradas em hospitais centrais por questões de segurança, eficácia e gestão de recursos,
Uma vez que, um hospital monovatente não deve persistir porque, enquanto unidade prestadora de cuidados materno-infantis, não deve ter uma única área de ação médica mas deve integrar-se em várias especiaLidades e serviços que se complementam e contribuam para uma resposta mais adequada e abrangente às necessidades.Neste sentido Leia-se o relatório final da petição n.° 166/XII (Continuidade do funcionamento da Maternidade Or. Alfredo da Costa), elaborado pela Comissão Par'amentar da Saúde «Outra questão é a de saber se é justificada ou mesmo tecnicamente correto e adequada o persistência de unidades prestados-as de cuidados materno-infantis rnonovalentes, isto é, com urna único área de acção médica.

A esse respeito é entendimento generalizado na comunidade científico que as referidas unidades devem integrar-se em vários especialidades e serviços que se compleinentem e contribuam poro uma resposta mais adequada e abrongente às necessidades, não só dos crianças, como também das mães em situação de espec ia? vulnerabilidade" (subLinhado nosso) - cfr. documento 1 que se junta e que se dá aqui por inteiramente reproduzido para todos os legais efeitos.

A palavra não é encerramento, é deslocalização das equipas para outros hospitais onde se integrem e passam melhorar ainda mais as condições de dreczs como a materno-infantil. Custa a todos (quem 16 trabalho au trabalhou e quem lá teve filhos au nasceu), mas os tempos não contemplam avanças e recuas nas decisões"- dv. documento 2 que se junta e que se dá aqui por inteiramente reproduzida para todos os legais efeitos.

Não restam quaisquer dúvidas que a integração da MAC no HDE garante a preservação do elevada padrão de qualidade dos cuidados de saúde prestados à população.E, que são devidos por adequarem a utilização dos recursos às necessidades sentidas e à programação promovida pelo Ministério da Saúde para a Saúde Materno-Infantil. Sendo certo que, à garantia das cuidados de saúde não pode deixar de ser considerada no contexto da cobertura da produção de partos da área da Grande Lisboa, tendo presente a devida reestruturação das áreas de referenciação materno-infantil, atendendo à quebra da natalidade e à capacidade instalada não utilizada. Com efeito, importa realçar a diminuição do número de partos, e o número de utentes na área da Obstetrícia e Ginecologia do CHLC/MAC, conforme doc.4, e à reforma do seMçc de Ginecologia-Obstetrícia do CHLC, que passará a estar sediado no HDE, visa adaptar a capacidade instalada. Promovendo a concentração dos serviços, em observância das boas práticas clínicas assegurando o apoio das valências médicas e cirúrgicas que só um hospital. pediátrico pode prestar.

Refira-se que o HDF, para além da avaliação que é sujeito pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS), foi objeto de uma exfgente auditoria de qualidade a todas os seus serviços e departamentos, a que se propõe voluntariamente desde 2000 e recentemente concLuiu o seu processo de reacreditação pela prestigiada entidade internacional. CHKS, conforme doc..Por outro Lado, a Carta Hospitalar Materna da Criança e do Adolescente, elaborada pela Comissão de Saúde Materna da Criança e do AdoLescente (CNSMCA) propõe expressamente como hospitais de apoio perinatal. diferenciado, pela necessidade de concentrar recursos humanos e meios técnicos - ponto 5.1.2, pág. 25 do dcc. 26 junto com o RI). Tal proposta é formulada após ter sido definido no ponto 41.8, pág, 24 do supra mencionado documento, que rios hospitais de apoio perinataL, os blocos de partos e as unidades de cuidados especiais de neonatotogia, existentes em centros hospitalares devem ficar locaLizados no mesmo hosplta(onde estiver sediado o serviço de pediatria, que, no caso do CHLC, é na unidade hospitalar pediátrica D.Estefânia, e em igual sentido vai a proposta da CNSMCA no mencionado documento no ponto 2,6., pág. 46 que assevera que nos Centros Hospitatares os "serviços de Pediatria existentes devem ficar colocados no mesmo hospital onde funcione o bloco de partas e os serviços de cirurgia e ortopedia, de forma a poderem cumprir as condições referidas no ponta 2.7 e a Carta das Direitos da Criança Hospitalizada.

Face ao exposto a decisão de transferir o serviço de GinecoLogia-Obstetrícia para o HDE, não só é adequada e conforme com as bcas práticas clínicas, como é a única solução que no rigor das propostas apresentadas na CHMAÂ garante a qualidade da prestação dos cuidados de saúde perinatais e pediátricos. Com efeito, e no que diz respeito ao interesse público na realização da saúde pública, importa sublinhar que a adaptação da capacidade instalada ria CHLC-MAC, maiorftariamonte, para a estrutura do permite a continuidade da prestação de todos os cuidados de saúde à população assistida pelo Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.,

A elevação dos padrões de excelência praticados, na medida em que visa a promoção da área de Ginecologia-Obstetrícia numa estrutura com todas as valências médico-cirúrgicas pediátricas e a concentração das valências de neonatologia em local apropriado. Acresce que a estrutura para onde se pretende transferir os recursos da MAC

têm uma cultura e prática de elevado níveL de qualidade devidamente certificada, alás, como anteriormente se referiu e documentou.

Mais, quanto às unidades diferenciadas pediátricas a Carta Hospitalar Materna, da Criança e do Adolescente claramente determina no ponto 2, pág. 61:"Considera-se unidades diferenciados (tiO) as unidades altamente esnecialfzadas que concentrem as pato(ogias mais complexas (incluem diagnósticos raros, situações severos ou intratáveis, procedimentos pouco frequentes, patologia em lactentes que precisam de apoio multidisciplinar, etc,) de uma ou várias regiões e agregam recursos humanos e tecnolõgicos especializadas, com capacidade de responder inteQralmente às necessidades de diagnóstico e terapêuticas, no contexto de um seMço ou departamento pediá trico num hospital de tipo Ai.»

Ora, não restam quaisquer dúvidas que a MAC, enquanto instalação rnonovalente, especializada, não está em condições de reunir as requisitas necessários para urna plena ciassfficaça das unidades diferenciadas. Por outro Lado e, conforme se alcança da Carta Hospitalar Materna, da Criança e do Motescente, no seu ponta 5,2.3, pá. 64, os cuidados intensivos pediátricos de Nível lii, são aqueles que tem capaddade de tratamento de falênda múltipla de órgãos, de apoio a transplantados e neurocirúrgicos, e de tratamento de situações de patitrauma grave e neurotrauma.Implicando, assim, a presença física de nutras especialidades, como sejam a cardioto$a pediátrica, a cirurgia cárdio-torácica, a cirurgia maxilo-faciat, a cirurgia pLástica, a cirurgia vascular, a imagiologla, a neurocirurgia, a neurorradiologia e a otorrinolarlngologia.Ora, a presença física das valências cirúrgicas e médicas pediátricas, apenas é possível através da partilha do espaço do hospital pediátrico, pelo que mais uma vez é justificada, recomendável e necessária a transferência para o HDE.

Conclui-se que o processo dc transferência e integração das valências perinatais da MAC para o HDE, não só no compromete a garantia da qualidade e excetência dos cuidados de Saúde Materno-infantil, como os requerentes querem fazer querer. Como eleva os padrões de e*igência dando correspondência às recomendações e propostas formuladas na Carta Hospitalar materna, da Criança e do Adolescente, junta como documento 26 com o r.i.

Implicando, assim, a presença física de nutras especialidades, como sejam a cardiopatia pediátrica, a cirurgia cárdio-torácica, a cirurgia maxilo-facial, a cirurgia plástica, a cirurgia vascular, a imagiologla, a neurocirurgia, a neurorradiologia e a otorrinolarlngologia. A presença física das valências cirúrgicas e médicas pediátricas, apenas é possível através da partilha do espaço do hospitaL pediátrico, pelo que mais uma vez é justificada, recomendável e necessária a transferência para o HDE. Conclui-se que o processo dc transferência e integração das valências perinatais da MAC para o HDE, não só no compromete a garantia da qualidade e excetência dos cuidados de Saúde Materno-infantil, como os requerentes querem fazer querer. Como eleva os padrões de e*igência dando correspondência às recomendações e propostas formuladas na Carta Hospitalar materna, da Criança e do Adolescente, junta como documento 26 com o r.i.

Importa, ainda, realçar, e ao contrário do invocado pelos requerentes de que ¶.o processo de encerramento e integração não está nem a ser planeada, nem objeto de uma avaliação técnica minimarnente rigorosa, nem participada pelos profissionais de saúde que

nele deviam estar envolvidos", o projeto de reforma dos serviços da área da Saúde materno Infantil das unidades da MAC e lIDE encontra-se contextuatizado no âmbito do projeta de instalação do novo "Hospital Lisboa Oriental".O plano de negócios para o triénio 2012-2015 prevê todo o ajustamento necessário para a transferência para o novo "Hospital Lisboa Oriental", o processo permitirá, ajustar, de modo faseado e paulatinamente, a oferta de cuidados de saúde das unidades que integram a CHLC com vista à criação do futuro Hospital lisboa Oriental, tudo conforme doc. 6 .Os contratos-programa para 2012, encontram-se todos assinados, tendo sido os mesmos sido celebrados na sequência do envio dos planos de desempenha para os referidos anos, tudo conforme doc. 7

Importa referir que o Ministério da Saúde, em Junho de 2007, elaborou um estudo de reordenamento das capacidades hospitalares de Lisboa, no qual analisou o impacto da abertura dos hospitais projetados para a região de Lisboa e Vale do Tejo - Hospital Beathz Angelo, o Hospital de Cascais e Hospital de Vila Franca de Xira e Hospital de Lisboa Oriental, conforme doc,8 , e do mencionado estudo revela que a atividade da MAC serÍa absoMda pela aberttzra do Hospital. Beatriz Ângelo. A aludida projeção foi atualizada com o estudo de impacto da abertura do Hospital de Loures - l3eatriz Angelo, conforme dcc. 9 e 10 . A dimlnuição do movimento assistencial em consequência da redução do número de partos na área de Lisboa, acompanhando a redução da natalidade a nível nacional, e da alteração da rede de referencíação no âmbito da abertura dos novas Hospitais (Cascais, Loures e Vila tranca de Xira), tem conduzido a que se verifique uma acentuada redução da atividade registada no CHLC, conforme dcc. 11.

Acrescenta-se, ainda, que a ARSLVT,IP procedeu à atualização das redes de referenciação da especialização de Obstetrícia, Área materno-InfantiL conforme doc. 12. Verifica-se, assim, e ao contrário da posição assumida pelos requerentes, procedeu-se a uma avaliação rigorosa e técnica da situação em apreço, onde foram ponderadas as vantagens da integração da MAC no lIDE, tenda sido respeitadas as invocadas "regras procedimentais" e respeitando os aludidos «princípios do bom governo" Acrescenta-se, ainda, e ao contrário do aduzido pelos requerentes, todo o processo de ajustamento e adaptação da capacidade instalada tem sido (levada a cabo, com a participação ativa dos profissionais da Mac. Porquanto, o Conselho de Administração do CHLC nomeou vários grupos de trabalho, que se desdobraram em subgrupos, para apreciação técnica das sotuções a adotar, para apresentação de propostas e recomendações, e apresentaço de prazos para a execução dos projetos em cursa, tudo conforme doc. 13 , do envolvimento dos profissionais da MAC resultaram a apresentação de atas de reuniões e pLantas dos novos espaços a instalar, como é o caso da nova unidades de cuidados intensivos, conforme doc.14 , sem prejuízo do reconhecido mérito e inatacável diferenciação técnica dos profissionais da MAC, capitalizada peLo vasto património de experiência acumulada, importa destacar as dificuldades de funcionamento que serão uLtrapassadas com a concentração de recursos e da supressão de redundâncias desnecessárias.

Com efeito, não se pode escamotear o facto que a atividade da MAC, era mantida à custa de urna vasta contratualização de serviços a terceiros. Na verdade, as lacunas existentes na MAC, quer nos serviços clinicos,, quer nos serviços de apoio, de enfermagem, assistentes operacionais, assistentes operacionais, assistentes técnicos, técnicos superiores e médicos especialistas eram supridas através da contratação de empresas, conforme doc.1 , o serviço de anestesiologia recorria à prestação de serviços médicos da especialidade a várias

empresas para poder dar resposta às necessidades da MAC. Para dar resposta às necessidades permanentes da MÂC, o mesmo se passava com as especialidades cirúrgicas, e importa realçar que tal situação - contratuatização de serviços a terceiros - gera graves inconvenientes face à constante rotatividade de prestadores. Ao que se adiciona as despesas de manutenção das instalações, evidenciando-se as deficiências estruturais da MAC, a nível das instalações, nomeadamente, problemas nos telhados e nas canaLizações, que aliás os requerentes assumem existir no seu r,i., e que se não fora a integraçâo no Hospital de Lisboa Oriental «...Justificarkz uma renovação de tal telhada e dessas dreas de canalização". Há que realçar, ainda, os riscos de incêndio nas estruturas da MAC, que envolvem por um lado riscos e por outra investimentos avultados para a sua reparação cfr. doc. 16. Mostra-se, igualmente, relevante a incapacidade de confecionar nas instalações da MAC as refeições da MAC a servir aos doentes internados. O que, obriga a que tais refeições tenham de ser prestadas pelo HDE com todos os custos inerentes a essa prestação - cfr. doc. Todas estas Limitações estão agora em condições de ser superadas através da concentração de serviços e eliminação de duplicações e redundâncias, levando assim a uma significativa redução da despesa pública.

Em síntese, os requerentes não demonstram a existência dificil prejuízo de reparação, aliás, e salvo o devido respeito, as considerações dos requerentes são de uma total falta de concretização em termos factuais e jurídicos relativamente a este pressuposto para decretamento da providência cautelar requerida. E, não existe a alegada irreversibilidade da lesão concretizada na integração da atividade da MAC no HDE, nem se considera que haja iminência de Lesão dos interesses invocados pelos Requerentes.

Além disso, nos termas do n° 2 do art. 120° do CPTA, a adoção da providência deve ser recusada quando, devidamente ponderados os interesses em jogo, os danos que resuLtariam do seu provimento se mostrem superiores àqueLes que podem resultar da sua recusa. Mostra-se evidente a superioridade do interesse público, traduzida na necessidade de continuidade do desenvoMmento do processo de reformulação dos serviços de ginetogia e obstetrícia do CHLC, ELE. que se encontra atualmente em curso e que passa numa fase inicial pela integração dos serviços da MAC no lIDE e numa fase seguinte peLa integração no Hospital Lisboa Oriental. A bondade da opção é manifesta no objetivo de racionaLizaçân dos meios, sem que com isso se afete o inalienável direito à saúde dos cidadãos e as obrigações externas e internacionais a que o Estado Português se encontra obrigado. E ainda, o interesse público consubstanciado na garantia para os utentes, incluindo os requerentes, de acesso a estabelecimentos de saúde que refinam as melhores condições técnicas e de segurança, com elevação dos padrões de excelência praticados, prevalecerá sobre o eventual interesse em manter em funcionamento a MAC, enquanto instalação monovalente.

Por outro lado, à abstenção de determinar, autorizar ou concretizar quaisquer atos que visem o encerramento da MAC é contrária ao interesse público, uma vez que, prejudica o objetivo último de inserir a MAC no Hospital Lisboa Oriental, objetivo este que necessita de um devido e atempado planeamento, importa acrescentar que as instalações da MAC se não foram intervencioriadas a curto e médio prazo podem comprometer a prestação de cuidados naquele local. Sendo certo que, mostra-se contrário ao interesse público interromper o processo de reorganização dos serviços do Centro HospitaLar Lisboa Central, EP.E., o que obrigaria a duplicar investimentos e custos. Uma vez que, o

funcionamento do estabelecimento da MAC só será possível, sem riscos para os utentes e profissionais de saúde, se forem realizadas obras nas suas estruturas, nomeadamente, canalizações e telhados.

Importa salientar que o Estado tem a responsabilidade potitica e jurídica de assegurar o direito à proteção da saúde, e tal responsabilidade implica necessariamente, urna racionalização dos serviços e recursos humanos dispardveis de forma a melhorar os cuidados de saúde prestados à população em termos de qualidade, eficiência e eficácia. Por último, o diferimento da presente providência seria gravemente prejudicial para o interesse público, uma vez que a manter-se o funcionamento do estabeLecimento MAC, não seria eradora de eficiência e eficácia para o SNS por não se traduzir numa utilização mais racional dos serviços e controle das despesas, nem tão pouco gerar poupanças adicionais nos custos operacionais dos estabelecimentos hospitatares, em clara violação do Memorando de Entendimento. E o Ministério da Saúde, conhecedor do risco, não pode assumir a responsabilidade política e administrativa dos danos e prejuízos que, eventualmente, poderão resultar da eventual procedência da providência cautelar.

***

II – Saneamento e condensação

- Da matéria de excepção. Da incompetência absoluta do Tribunal, em razão da matéria. Do carácter inimpugnável da decisão de integração da MAC no HDE, por constituir acto politico, interno e/ou organizatório

Foi suscitada a incompetência material do tribunal para conhecer do pedido de decretamento das providências peticionadas pelos requerentes, bem como o carácter inimpugnável da " decisão" de integração da MAC no HDE, por constituir acto interno, e ou organizatório, questões prévias que cumpre apreciar e decidir, por obstarem ao conhecimento do mérito da causa.

- Da incompetência absoluta do Tribunal, em razão da matéria

Foi suscitada pela entidade requerida Ministério da Saúde a excepção dilatória de incompetência material do tribunal para conhecer do pedido de decretamento das providências peticionadas pelos requerentes, as quais são as seguintes (cfr.r .i.):

" i) A sua inserção num programa ou instrumento de gestão previsional, que estabeleça, em concreto, o calendário, o faseamento e o conteúdo do processo de transição, o qual deve prever obrigatória e expressamente o efectivo destino dos profissionais de saúde e outros trabalhadores da MAC, bem como das equipas multidisciplinares constituídas, dos gabinetes de consulta e dos equipamentos;

ii) A efectiva participação dos profissionais de saúde da MAC nesse procedimento, os quais devem ter oportunidade de se debruçar sobre propostas detalhadas, concretas e escritas;

iii) A manutenção — no essencial — das consuLtas diferenciadas que funcionam na MAC;

iv) A manutenção — no essencial — das equipas multidisciplinares que exercem actividade na MAC;

v) A manutenção de condições de internamento que proporcionem pelo menos 51 camas, 30 para puérperas e 21 para grávidas internadas de alto risco, bem como o número de espaços actualmente existentes na MAC (11) para a urgência em situações de trabalho de pano; idem em relação q pelo menos 19 camas na área da ginecologia;

vi) A manutenção do número de blocos operatórios actualmente existente na MAC para a obstetrícia (2) e para a ginecologia (2), bem como o número de blocos cirúrgicos (2) de que actualmente dispõe o serviço de procriação medicamente assistida que funciona na MAC;

vii) A manutenção de uma unidade de recuperação e cuidados intensivos para grávidas de alto risco com patologias graves;

viii) A manutenção do actual número de camas de cuidados intensivos (13) e de cuidados intermédios (29) da Unidade de Neonatalogia da MAC, respeitando sempre o rácio interuacionalmente proposto de 2 camas de cuidados intermédios para 1 cama de cuidados intensivos e assegurando "estruturas de isolamento" semelhantes às actualmente utilizadas por aquele serviço da MAC;

ix) A manutenção da Unidade de Adolescência da MAC, com a estrutura multidisciplinar de resposta que actualmente possui;

x) A manutenção do serviço de psicologia clínica e do serviço social, actualmente em funcionamento na MAC;

xi) A manutenção do serviço de procriação medicamente assistida, actualmente existente na MAC;

xii) A manutenção do banco de leite humano, actualmente integrado na MAC."

O artº. 13º, do C.P.T.A. prevê e estatue que: " O âmbito da jurisdição administrativa e a competência dos tribunais administrativos, em qualquer das suas espécies, é de ordem pública e o seu conhecimento precede o de qualquer matéria"

A competência material do tribunal é aferida em função da pretensão deduzida pelos requerentes, bem como face aos fundamentos em que se baseiam as pretensões de tutela cautelar peticionadas. O mesmo será afirmar que, a competência material é apurada em razão do " quid decidendum", isto é, da matéria que é sujeita a apreciação e decisão do tribunal.

A entidade requerida Ministério da Saúde, na sua oposição, relativamente à incompetência material, veio sustentar, em síntese, o seguinte:

- É um princípio basilar do Estado de Direito: o principio da separação e interdependência de poderes, consagrado nos artigos 2º e 111º da Constituição da República Portuguesa. Um eventual deferimento da presente providência levaria a que o Tribunal fizesse uma avaliação da conveniência e oportunidade da decisão ministerial, estabelecesse critérios decisórios, na dimensão político-administrativa e, assim,

ultrapassasse claramente a juridicidade. Dito de outra modo, a sindicabilidade contenciosa do agir da Administração Pública pára exactamente na fronteira da reserva da administração consubstanciado numa margem de livre decisão administrativa [que] constitui um limite funcional do jurisdição administrativa, pais as opções do órgão administrativo tomadas nesse domínio relevam da esfera do mérito e não da esfera da validade.

- A leitura adequada do art.° 3° do CPTA concretiza o princípio da separação e interdependência de poderes, limitando os poderes dos tribunais administrativos ao julgamento do cumprimento peLa Administração das normas e princpios que a vincutam, não permitindo a avaliação do mérito da sua atuação.

- Os Requerentes pedem que o Tribunal se substitua ao Ministério da Saúde e impeça a reorganização das suas estruturas, ou que as mantenha de acordo com a sua estrita visão do direito à saúde. A procedência de tal pretensão vincularia a Administração a um tipo de cuidadas de saúde como se fosse a única decisão correta e protetora do direito à saúde.

- A delimitação negativa da função jurisdicionaL, assumida na "própria argumentação dos Tribunais administrativos, desenvolvida paro fundamentar a sua recusa em apreciar decisões administrativas de natureza técnica, vai orativa e de pragnose repousa também, em larga medida, neste sentido da princípio da separação de poderes: a desadequação argânica estrutural e processual para o contrato de decisões administrativas desse tipa" (in Nuno Piçarra, A Separação dos Poderes corno Doutrina e Principio Constitucional, Coimbra Editora, 1989, pp 263 e 264). Compete, assim, relacionar a natureza desta medida administrativa com os alargados poderes de cognição do tribuna[, na perspetiva de obviar à "dupla administração" desejada pelos Requerentes, em termos injustificadamente [imitadores dos poderes do Governo como órgâo superior da Administração Pública.

- Está, pois, em crise a delimitação negativa da jurisdição administrativa concluindo-se que não é evidente que os tribunais administrativos possam sindicar os procedimentos do Ministério da Saúde em causa, não se podendo concluir, em consequência, que é evidente a procedência da pretensão a formular no processo principal.

- Entre as norma que delimitam o âmbito da jurisdição administrativa e os poderes de cognição dos tribunais administrativos assumem relevância, neste contexto, o art. 30, n° 1, do CPTA que estabelece que o respeito pelo principio da separação e interdependência dos poderes, os tribunais administrativos julgam do cumprimento pela Administração das normas e princípios jurídicos que a vinculam e não da conveniência ou oportunidade da sua atuação,"

À definição do conceito de "ato praticado no exercicio dci função política", designadamente no que concerne à sua distinção do ato praticado no exercido da função administrativa, que é a que releva para efeitos de delimitação do âmbito da jurisdição administrativa, não tem tido uma reforma uniforme a nível da jurisprudência do STA, tendo vindo a ser adotado pela jurisprudência mais recente o entendimento de que a função politica corresponde à prática de atos que exprimem opções fundamentais sobre a definição e prossecução dos interesses ou fins essenciais da coletividade.

- O futuro encerramento da MAC, concretiza uma decisão governativa que cabe necessariamente no conceito de ato político, mas mesmo que assim não fosse, ao sindicar esse ato estaríamos a entrar nos juízos de conveniência e oportunidade da Administração que escapam ao controle jurisdicional, como vimos. É que, relativamente à generalidade dos atos do Governo, mesmo em relação àqueles a que não caiba a designação de atos políticos, o transcrito n° 1, do art. 30 do CPTA claramente revela a existência de uma reserva de Administração, uma zona da atividade administrativa, não regulada por normas ou princípios jurídicos, que está fora dos poderes de sindicabilidade dos tribunais administrativos. Com efeito, à face daque(e art. 30, os poderes de cognição dos tribunais administrativos abrangem apenas as vinculações da Administração por normas ou princípios jurídicos e não a conveniência ou oportunidade da sua atuação, desigriadamerite a conformidade ou não da sua atuação com regras ou princípios de ordem técnica ou a adequação ou não das escolhas que fizer sobre a forma de atingir os fins de interesse público que visa satisfazer com a sua atuaçâo, pelo menos quando não se detetar concomitantemente a ofensa de princípios jurídicos, designadamente os da igualdade, da proporcionalidade, da justiça, da imparciaLidade e da boa-fé, enunciadas no n°2 da art. 266° da CRP, e não existe tal ofensa. Com efeito, a efetivação cio direito à saúde, qualificado constitucionalmente como direito económico, social e cultural e não como Direito, Liberdade e Garantia, depende essencialmente de condições económicas e financeiras sendo certo que o seu conteúdo não resulta determinado ou determinável ao nivel constitucional mas depende de uma avaliação das condições de política da saúde reservada à esfera dos poderes constituídos.

- De qualquer modo, o controle judicial da atuação administrativa nesta margem de reserva da Àdministração, terá de limitar-se à verificação da ofensa ou não dos principios jurklicos que a condicionam e será um controle pela negativa, não podendo o tribunal substituir-se à Administração na ponderação das valorações que se integram nessa margem (cfr, neste sentido SÉRVULO CORREIA, Direito do Contencioso Administrativo, voL 1, pág. 778). Esta limitação dos poderes de cognição do tribunal está, repete-se, em consonância essencial com a opção constitucional, consubstanciada na adoção do princípio da separação e interdependência de poderes (art. 20 da CRI'), nos termos da qual cabe aos tribunais, tendo a lei como único elemento condicionante, «assegurar a defesa dos direitos e interesses legalmente protegidas dos cidadãos, reprimir a violação do legoUdade democrática e dirimfr os conflitos de interesses públicos e privados" (arts, 202°, n° z e 203 da CRP), cabendo á Administração, além da mais, a escolha das providências necessárias para o desenvolvimento económico e social e a satisfação das necessidades coletivas (art, 1990, alinea g), da CRP) dernro dos limites traçados pela lei, entendida corno bloco de legalidade aplicável.

- Uma opção política de construção de barragem, de encerramento ou não de maternidade, não são os tribunais que o podem afirmar. Isto significa que não podem os tribunais apreciar, seja em sede de impugnação contenciosa seja em quaLquer outra, o encerramento de uma maternidade porque não há qualquer norma ou princípio jurídico violado, por Isso, afastada está a stndicablidade de atos praticados no exercício da função política e mesmo da função administrativa no que concerne à sua oportunidade ou conveniência.

- Para situação similar - encerramento de maternidade - é bem expressivo o acórdão do STÁ de 06-03-2007, rec. ti° 1143106.

- Termos em que, se estamos defronte de atuação política do Governo (Ministério da Saúde) e é de conctuir que o tribunal administrativo é materialmente incompetente para dela conhecer. A incompetência material é excepção dilatória que leva à absolvição da instância, arts. 494°/a), 495, nos 1 e 2 do CPC.

Os requerentes ouvidos, vieram oferecer pronúncia sobre a matéria de excepção, na qual pugnam e oncluem pela sua improcedência, e vêm sustentar o seguinte:

- Segundo os Requeridos, o que estaria em curso seria apenas um conjunto de actos materiais de reorganização interna de serviços, sem qualquer repercussão externa susceptível de afectar os utentes do serviço público.

- Puro equivoco.A MAC é um estabelecimento hospitalar que faz parte de uma rede de estabelecimentos hospitalares, que hoje integram o CHLC. Mas é um estabelecimento hospitalar autónomo, a que estão afectos meios e recursos, que são colocados à disposição dos cidadãos que deles carecem.

- Os cidadãos têm direito à prestação desses cuidados de saúde.

- O encerramento da MAC tem obviamente uma repercussão externa, porque afecta a relação estabelecida entre a MAC e os utentes dos seus serviços.De resto, VIEIRA DE ANDRADE, amplamente citado pelos Requeridos, identifica bem o que se deve entender por "actos internos" excluidos da justiça administrativa, exemplificando um conjunto de situações que nada têm a ver com o encerramento de um estabelecimento hospitalar, designadamente os regulamentos de organização interna dos serviços, as composições de conflitos orgânicos e os assuntos de disciplina interna (cfr. "A Justiça Administrativa", 2011, li" cd., pág. 72).

- No encerramento da MAC, a questão está no direito que os portugueses têm à prestação dos cuidados médicos que a MAC presta e no perigo para a saúde pública que decorre de não estarem asseguradas as condições que proporcionem a preservação do elevado padrão de qualidade até hoje garantido. É um assunto com manifestas repercussões externas, em que, num lado está a Administração Pública, no outro estão os utentes — actuais ou potenciais — dos cuidados médicos que a MAC presta.

- Os Requeridos acusam os Requerentes de pretender que o Tribunal ultrapasse a linha da separação de poderes — entre o executivo e o judicial —, interferindo nas opções do Governo, quando não se pede ao Tribunal que discuta a bondade das opções políticas, administrativas ou técnicas dos Requeridos, bem como não se pede ao Tribunal que interfira no âmbito do exercício de um poder discricionário da Administração.

- Aquilo que está em causa na presente providência cautelar é o seguinte: o respeito por regras procedímentais, que a Administração está obrigada a respeitar, particularmente a obrigação de integrar o encerramento da MAC num programa ou instnimento de gestão previsional, que estabeleça, em concreto, o calendário, o faseamento e o conteúdo do

processo de transição, o qual deve contar com a participação efectiva — assente em propostas detalhadas, concretas e escritas — dos profissionais de saúde da MAC;

• A observância de regras de ordem técnica e de deveres objectivos de cuidado (normas prudenciais), cujo inobservância pode até revelar a existência de erro de facto nos pressupostos em que assenta o procedimento em curso, designadamente quanto ao pressuposto erróneo de que os serviços da MAC cabem no HDE, o que não acontece;

• A violação de princípios jurídicos, com consagração legal e até constitucional, designadamente os princípios gerais da proporcionalidade, da participação e da eficiência e, em particular, os princípios específicos da boa gestão hospitalar e a adopção sistemática das boas práticas reconhecidas, reduzindo e limitando os riscos inerentes à prática clínica. Ora, nenhum desses vectores representa qualquer interferência na margem de reserva da Administração.

- O Acórdão do STA de 6 de Março de 2007 — Proc. 01143/06 — é paradigmático quanto à razão que assiste aos Requerentes, e à falta dela que afecta a posição dos Requeridos. Tal aresto foi proferido com referência ao despacho do Ministério da Saúde que determinou a concentração de partos realizados em várias unidades hospitalares noutras unidades hospitalares. Esse despacho que, de resto, incorpora um acto administrativo que estabelece o calendário e os termos de transição que aqui falham em absoluto funda-se em opções técnicas que justificariam essa política de concentração por razões de segurança, uma vez que tais salas de parto não assegurariam um número anual de partos suficiente para garantir a qualidade do serviço de assistência às mulheres grávidas, o qual dependeria de um número mínimo de intervenções. Em qualquer caso, o que o STA declara nesse aresto — e, em linhas gerais, bem — é que o controlo judicial da actuação administrativa deve limitar-se à verificação da ofensa ou não dos princípios jurídicos que a condicionam, sendo, por isso, um controlo pela negativa. Aí se defende que a intervenção dos tribunais é admissível para, por exemplo, verificar se foi observado "o procedimento legal adequado" ou "se correspondem à realidade os pressupostos de facto em que assentou (na medida em que há um princípio jurídico que impõe essa correspondência, que está subjacente à qualificação do erro sobre os pressupostos de facto como vício de violação de lei)".

- Os Requerentes não pretendem discutir opções técnicas do Governo. Nesse segmento, aquilo que pode e deve ser discutido é se regras de ordem técnica ou deveres objectivos de cuidado (normas prudenciais) a que a própria Administração se considera vinculada — e não outras — estão ou não a ser cumpridos, como bem justifica FREITAS DO AMARAL em trecho já citado no requerimento inicial: "a Administração está legalmente vinculada a respeitar as regras técnicas e as regras de prudência comum para que a lei remete, porque a própria lei a submeteu a essas normas, de tal forma que, se a Administração as não respeitar, sofrerá uma sanção jurídica, semelhante à que sofreria se violasse directamente uma norma jurídica" (ob. cit,, pp. 127).

- A presente providência visa salvaguardar os princípios jurídicos cuja violação se visa acautelar, a saber:

• Regras de ordem técnica ou deveres objectivos de cuidado, que não se situam no domínio da discricionariedade, mas sim no da vinculação;

• Regras procedimentais, a que a Administração está vinculada por força do regime jurídico da gestão hospitalar, do próprio regulamento do CHLC e dos "princípios de bom governo" a que a Administração se auto-vinculou;

• Princípios juridicos de âmbito geral designadamente, os princípios da proporcionalidade, da participação e da eficiência — e princípios específicos aplicáveis à gestão hospitalar, muito particularmente a obrigação da existência de instrumentos de gestão previsional que, aqui, pura e simplesmente não existem.

- Relativamente ao princípio constitucional da proporcionalidade, é especialmente inquietante não se compreender — ao nível do que racionalmente se poderia esperar — a razão de ser de — a dois ou três anos da integração no Hospital de Lisboa Oriental — se pretender meter o Rossio na Betesga, ou seja, a MAC no HDE.

- É certo que os Requeridos bramem o argumento da descida do número de partos na MAC, tendo designadamente em conta o aparecimento de novas unidades hospitalares, como o Hospital Beatriz Ângelo, em Loures.Não se ignora essa realidade, mas não se vislumbra em que é que ela deve determinar a integração da MAC no HDE, quando, em face desses mesmos dados, aquilo que se justificaria era a consumação da integração dos serviços de obstetrícia, ginecologia e neonatologia do HDE na MAC, onde, de resto, já estão. Acresce que o Hospital Beatriz Ângelo — bem como as outras unidades hospitalares que entretanto foram reformuladas (Cascais) ou estão em vias de o ser (Vila Franca de Xira) — não é — nem está previsto que venha a ser — um hospital de apoio perinatal diferenciado (bastando para o efeito ver o doc. no 12 junto à oposição do Ministério da Saúde, onde está — claro, clarinho — que só o CHLN, jsto é, o Hospital Santa Maria, e o CHLC, isto é, a MAC, é que continuarão a constituir a referenciação perinatal diferenciada para todos os outros hospitais da região sul). A actividade principal da MAC situa-se precisamente na área do apoio perinatal diferenciado.

- Os Requeridos invocam ainda a "reserva do possível", para justificar a necessidade de encenar a MAC, o que decorreria de restrições orçamentais incontornáveis.Trata-se de matéria que os Requerentes não ignoraram, como decorre do art. l27.° e ss. da petição inicíal.

- É claro que, se encerrarmos a MAC, "pouparemos" o que se gasta na MAC, mas agravaremos os custos daquilo que hoje se faz na MAC e se passará a fazer noutro local, mais caro e com menos qualidade. A MAC é o estabelecimento hospitalar do CHLC que está em melhores condições logísticas de funcionamento, apenas com os problemas pontuais que se enunciaram nos arts. 1300 a 136° da petição inicial.

- Aliás, é ainda isso que se refira da documentação junta aos autos com as oposições, muito particularrmente o doc. n° 16 junto à oposição do Ministério da Saúde, onde se ressalva que a MAC é uma "instituição cuidada ao longo do tempo do seu funcionamento", apenas com alguns pontos a necessitarem de reparação ou reformulação "como em qualquer outro edificio". Pelo exposto, também não procede a excepção da "reserva do financeiramente possível", que não tem aplicação no caso do encerramento da MAC. A verdade nua e crua é que o encerramento da MAC não tem a ver com o anunciado propósito de racionalização da prestação de cuidados de serviços médicos na área da obstetrícia, ginecologia e neonatologia.

- Mas uma coisa é certa: o encerramento da MAC, e o seu consequente "esfrangalhamento", liquidará o melhor que em Portugal existe na assistência materno-infantil. É por isso que nesta providência se discute uma gravíssima violação do direito da comunidade à saúde pública, que os Requerentes esperam que o Tribunal salvaguarde.

Cumpre apreciar e decidir.

- Da incompetência do tribunal em razão da matéria

Os requerentes solicitam decretamento de providência que se traduz em abstenção de conduta pelas entidades requeridas, e de manutenção da MAC – Maternidade Alfredo da Costa em funcionamento, sendo certo e tomando por referência os acórdãos citados pelas requeridas, relativos a outras situações de encerramento de maternidade, decerto irá ter lugar prolação de despacho do Ministério da Saúde e/ou deliberação do Conselho de Administração do CHLC, que determine o encerramento das actuais instalações onde está a funcionar a MAC – Maternidade Alfredo da Costa, donde que, contrariamente ao arguido não se nos depara uma situação que configure a violação do princípio da separação de poderes, pois estamos claramente no domínio da função administrativa, diferente de " política de saúde" é a concretização da mesma mediante o exercício da função administrativa, seja pelo Estado através dos Ministérios, seja através de empresas públicas, que integram igualmente a Administração Pública;

Além disso, estamos no seio de providência cautelar interposta no uso das prerrogativas da acção popular, o que reforça e afasta a arguida "ingerência dos tribunais" e importa o decaimento da preocupação de admitir a situação como sindicável estarmos perante " um governo de juízes", já que tal não é o caso, pois a administração pública no exercício da função administrativa está sujeita a que a sua actividade seja sindicável judicialmente, obviamente com os limites decorrentes da discricionariedade ou sem prejuízo das decisões de oportunidade, já que o controle judicial é de legalidade, e aqui igualmente sem prejuízo da indagação do cumprimentos dos princípios gerais de direito, e entre estes os regulados no CPA, sendo que alguns deles têm assento constitucional.

Há, ainda, que salientar que a requerida Ministério da Saúde faz " tábua rasa" do facto da presente providência ter sido interposta no uso do direito da acção popular para defesa do interesse difuso " saúde pública".

As entidades requeridas escudadas na realização de politica de saúde não praticaram – até à data – actos (o Ministério da Saúde), nem tão pouco tomaram deliberações (pelo Conselho de Administração do CHLC,EPE), para encerrar e de seguida integrar a MAC no HDE.

É curioso, constatar que o Ministério da Saúde com referência às maternidades encerradas, recentemente, haja praticado despachos a determinar o respectivo encerramento, actos esses dotados de conteúdo, que foram objecto de impugnação judicial, que mereceram acórdãos proferidos, como por ex:

a) **despacho do Ministro da Saúde, proferido em 28 de Agosto de 2006,** nos termos do qual foi determinado o encerramento da Sala de partos da Unidade Hospitalar de Mirandela, que mereceu o acórdão proferido pelo TCAN– Tribunal Central Administrativo do Norte, em 25.03.2007, no processo nº.00246/06.8BEMLD, e processo nº.00245/06.0BEMDL, e processo 247/06.06BEMDL, em cujas decisões jurisdicionais, nem sequer foi discutida a incompetência material;

b) **despacho do Ministro da Saúde, de 4 de Abril de 2006,** na parte em que determina o encerramento do bloco de partos do Hospital de Santa Maria Maior de Barcelos, que mereceu o acórdão proferido pelo TCAN– Tribunal Central Administrativo do Norte, em 25.03.2007, no processo nº.00486/BEBRG, em cuja decisão jurisdicional nem sequer foi discutida a incompetência material;

c) **despacho Nº 7495/2006 do Ministro da Saúde,** na parte em que determina o encerramento os Serviços da Maternidade de Elvas, que veio a merecer acórdão do STA – Supremo Tribunal Administrativo, de 06.03.2007, proferido no processo nº.00143/06, no qual é discutida a questão aqui suscitada pela requerida Ministério da saúde, da qualificação do acto material/interno/organizatório de encerramento da MAC, como acto "político".

No referido acórdão sustenta-se o seguinte:

"..."

"É colocada, assim, uma questão de limites da jurisdição que, como as de competência, deve considerar-se de conhecimento prioritário.

Entre as normas que delimitam o âmbito da jurisdição administrativa e os poderes de cognição dos tribunais administrativos assumem relevância, neste contexto, o art. 4.º, n.º 2, alínea a), do ETAF de 2002, que estabelece que está «excluída do âmbito da jurisdição administrativa e fiscal a apreciação de litígios que tenham por objecto a impugnação de actos» «praticados no exercício da função política e legislativa»,e o art. 3.º, n.º 1, do CPTA que estabelece que «*no respeito pelo princípio da separação e interdependência dos poderes, os tribunais administrativos julgam do cumprimento pela Administração das normas e princípios jurídicos que a vinculam e não da conveniência ou oportunidade da sua actuação».*

A definição do conceito de «acto praticado no exercício da função política», designadamente no que concerne à sua distinção do acto praticado no exercício da função administrativa, que é a que releva para efeitos de delimitação do âmbito da jurisdição administrativa, não tem tido uma resposta uniforme a nível da jurisprudência deste Supremo Tribunal Administrativo tendo vindo a ser adoptado pela jurisprudência mais recente o entendimento de que a função política corresponde à prática de actos que exprimem opções fundamentais sobre a definição e prossecução dos interesses ou fins essenciais da colectividade. ( ) Neste sentido, podem ver-se os seguintes acórdãos:

– de 6-2-2001, recurso n.º 45990, AP DR 21-7-2003, página 944, em que se entendeu que «actos políticos são os actos próprios da função política e cujo objecto directo e imediato é a definição do interesse geral da comunidade, tendo em vista a conservação e o desenvolvimento desta» e que «a função política corresponde à prática de actos que exprimem opções sobre a definição e prossecução dos interesses essenciais da colectividade»;

– de 9-5-2001, recurso n.º 28775, AD 483, página 275, e AP DR 8-8-2003, página 3496, em que se

entendeu que «actos políticos são actos dos órgãos superiores do Estado, próprios da função política ou de Governo, relativos à definição dos interesses ou fins primaciais do Estado»;

– de 24-04-2002, recurso n.º 44693, publicado em AP DR 10-2-2004, página 2828, em que se entendeu que «à função política respeitam as opções fundamentais para a defesa dos interesses gerais da comunidade».).

O acto em apreço nos presentes autos, que concretiza uma decisão governativa no sentido do encerramento imediato de blocos de partos de vários hospitais, não cabe naquele conceito restrito de acto político.

No entanto, relativamente à generalidade dos actos do Governo, mesmo em relação àqueles a que não caiba a designação de actos políticos, o transcrito n.º 1 do art. 3.º do CPTA claramente revela a existência de uma reserva de Administração, uma zona da actividade administrativa, não regulada por normas ou princípios jurídicos, que está fora dos poderes de sindicabilidade dos tribunais administrativos. (( ) Esta reserva, como zona fora da apreciação dos tribunais administrativos restringir-se-á apenas aos actos de autoridade, um vez que, por imperativo constitucional (art. 22.º da CRP) em matéria de responsabilidade civil extracontratual os poderes de apreciação dos tribunais administrativos em relação à globalidade da actividade administrativa, designadamente até aos limites do conceito lato de ilicitude fornecido pelo art. 6.º do Decreto-Lei n.º 48051, de 21-11-1967.)

Com efeito, à face daquele art. 3.º, os poderes de cognição dos tribunais administrativos abrangem apenas as vinculações da Administração por normas e princípios jurídicos e não a conveniência ou oportunidade da sua actuação, designadamente a conformidade ou não da sua actuação com regras ou princípios de ordem técnica ou a adequação ou não das escolhas que fizer sobre a forma de atingir os fins de interesse público que visa satisfazer com a sua actuação, pelo menos quando não se detectar concomitantemente a ofensa de princípios jurídicos, designadamente os da igualdade, da proporcionalidade, da justiça, da imparcialidade e da boa fé, enunciados no n.º 2 do art. 266.º da CRP.

De qualquer modo, ***o controle judicial da actuação administrativa nesta margem de reserva de Administração, terá de limitar-se à verificação da ofensa ou não dos princípios jurídicos que a condicionam e será um controle pela negativa, não podendo o tribunal substituir-se à Administração na ponderação das valorações que se integram nessa margem.*** *(( ) Essencialmente neste sentido, pode ver-se SÉRVULO CORREIA, Direito do Contencioso Administração, volume I, página 778.) Não terá de ser um controle limitado pela constatação da existência de violação grosseira ou manifesta de princípios jurídicos, pois a violação não grosseira ou não manifesta não deixa de ser ilegal,* ***mas terá de ser um controle limitado pela possibilidade de afirmação segura e positiva da existência de tal violação.***

Esta limitação dos poderes de cognição do tribunal está em consonância essencial com a opção constitucional, consubstanciada na adopção do princípio da separação e interdependência de poderes (art. 2.º da CRP), nos termos da qual cabe aos tribunais, tendo a lei como único elemento condicionante, «assegurar a defesa dos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos, reprimir a violação da legalidade democrática e dirimir os conflitos de interesses públicos e privados»(arts. 202.º, n.º 2, e 203.º da CRP), cabendo à Administração, além do mais, a escolha das providências necessárias para o desenvolvimento económico e social e a satisfação das necessidades colectivas [art. 199.º, alínea g), da CRP], dentro dos limites traçados pela lei, entendida como bloco de legalidade aplicável.

Como, com particular acuidade, referem MÁRIO ESTEVES DE OLIVEIRA E RODRIGO ESTEVES DE OLIVEIRA (( ) Código de Processo nos Tribunais Administrativos, volume I, página 123.)

E portanto de duas, uma: ou há (invoca-se que há) vínculos jurídicos a condicionar, de qualquer modo, a actuação da Administração no caso em apreço, e pede-se ao tribunal que averigúe da sua existência e (em caso afirmativo) que os torne efectivos, ou não há vínculos desses e o Tribunal só pode abster-se de julgar a conduta administrativa. Naqueles aspectos em que as decisões concretas da Administração relevam de uma qualquer opção discricionária ou de uma margem de apreciação ou valoração autónoma, os tribunais administrativos – não conseguindo formular sobre essa opção um juízo de desconformidade com o bloco legal que lhe é aplicável – ficam, por lei, proibidos de exercer um controlo sobre elas. Na mesma linha, SÉRVULO CORREIA (( )Direito Contencioso Administrativo, volume I, página 777.) refere:

«(...) pode extrair-se do CPTA uma orientação genérica no sentido de que a margem de livre decisão administrativa se encontra submetida a um pleno controlo de juridicidade mas, também, a um mero controlo de juridicidade: tudo aquilo que, no iter conducente à decisão, seja juridicamente determinado ou juridicamente valorável constitui campo de controlo jurisdicional; mas os critérios de valoração ou decisão de natureza extra-jurídica, autodeterminados pelo órgão administrativo no âmbito de uma margem de liberdade que lhe é deixada pela lei, constituem uma área em que ao juiz não são permitidas injunções sobre o se ou o como do agir ou decisões substitutivas. Assim é porquanto se trata de uma área de actuação que exige legitimidade democrática-eleitoral directa ou indirecta (e não mera legitimidade institucional) e origina responsabilidade política».

Isto significa que, em relação ao acto em apreço, estando-se num processo cautelar conexo com um processo de impugnação contenciosa (( )O processo principal com que este processo cautelar está conexionado é uma acção administrativa especial em que é pedida a anulação ou declaração de nulidade do despacho n.º 7495/2006.), ***podem os tribunais, designadamente, apreciar se o despacho suspendendo está em conformidade com os requisitos formais dos actos administrativos, inclusivamente a competência da entidade que decidiu, ou se foi observado o procedimento legal adequado, se correspondem à realidade os pressupostos de facto em que assentou (na medida em que há um princípio jurídico que impõe essa correspondência, que está subjacente à qualificação do erro sobre os pressupostos de facto como vício de violação de lei), mas não podem os tribunais apreciar, por exemplo, se é ou não adequado o encerramento das salas de partos decidido no despacho suspendendo para atingir o fim em vista de redução da mortalidade infantil, designadamente se é ou não conveniente assegurar um ritmo de trabalho não inferior a 1500 partos anuais para adequada actualização e adestramento do pessoal. Não há, nestes aspectos, qualquer norma ou princípio jurídico aplicável, pelo que se trata de matéria que, em sede de impugnação contenciosa, os tribunais não podem apreciar.***
"..."

Ora, estamos perante a pretensão "politica" de encerramento da MAC, e só porque não há despacho determinativo da concretização daquela opção politica de encerramento, acto adequado a concretizar a politica de saúde preconizada pelo

Ministério da Saúde, veiculando aquela "politica" através do exercício regular, normal e efectivo da função administrativa, estamos perante um "ACTO POLITICO?"ou porque não há deliberação do Conselho de Administração do CHLC,EPE? Não nos parece... aliás acompanha-se os requerentes na estranheza da ausência de qualquer despacho da requerida Ministério da Saúde, porque afinal trata-se só da maior e mais importante maternidade do país, cuja qualidade é ímpar e excepcional, o que é reconhecido até pelas requeridas, e pelo papel pioneiro e de vanguarda prestado ao SNS – Serviço Nacional de saúde, bem como o tem vindo sempre a prestigiar.

Não estamos no domínio da politica... mas sim no domínio do exercício de função administrativa, e por isso, não procede a arguida excepção de incompetência absoluta do tribunal fundamentada na sua incompetência em razão da matéria.

Conclui-se, deste modo, e sem mais delongas., pela improcedência da arguida excepção dilatória de incompetência absoluta do tribunal.

- Do carácter inimpugnável do acto, por acto interno e ou organizatório

Foi, ainda, arguido o carácter interno e/ou organizatório da decisão de integração da "MAC no HDE" integrado na reorganização do CHLC – Centro Hospitalar de Lisboa Central, e em consequência o seu carácter inimpugnável.

De novo, é de relembrar às requeridas de que estamos no domínio do exercício conferido pela acção popular de defesa do interesse difuso " saúde pública", o que ultrapassa a questão do carácter inimpugnável do acto de encerramento, por ser acto interno e /ou organizatório, já que a acção popular no seu devido contexto, isto é, considerando o artº.52º/3/a)/CRP e a LAP – Lei de Acção Popular, regulada na Lei nº.83/95, de 31.8., não se conexiona directamente com o controle da estrita legalidade da actuação dos órgãos da Administração Pública, mas visa sim a defesa – enquanto até imperativo com assento constitucional – e protecção constitucional substantiva conferida a bens de fruição colectiva, tais como a "saúde pública"!

Por conseguinte, conclui-se que improcede a arguida inimpugnabilidade da determinação (material/interna/organizatória) de encerramento da MAC, porque nos autos exerce-se o direito de acção popular, visando a defesa preventiva e efectiva do interesse difuso" saúde pública".

Em conclusão, mostram-se veriifcados todos os pressupostos processuais, e inxestem questões prévias que obstem ao conhecimento do mérito da causa, porquanto:

- O Tribunal é competente em razão da nacionalidade, da matéria e da hierarquia.

- Não há nulidades.

- O processo é o próprio e mostra-se válido.

- As partes têm personalidade e capacidade judiciárias, gozam de legitimidade e mostram-se devidamente patrocinadas.

Inexistem questões prévias que obstem ao conhecimento do mérito da causa.

***

III – Da realização de diligências de instrução

Nos termos e ao abrigo do disposto no artº.118º/3/CPTA foram realizadas as seguintes diligências instrutórias:

a) inquirição das testemunhas arroladas pelas partes, do que foi lavrado a competente acta, patenteada nos autos;
b) inspecção judicial, da qual foi lavrada o competente auto de inspecção;
c) junção aos autos de p+rova documental relevante para a apreciação e decisão do mérito da causa.

***

IV – Do mérito da providência. Da fundamentação de facto e de direito
- Da fundamentação de facto

1 - Os requerentes alegam, em síntese, que, os AA, são cidadãos portugueses no gozo dos seus direitos civis e políticos (cfr. docºs. de fls. 1997 a 2083 e de fls. 2086 a 2116 dos autos).

2 - A MAC é um estabelecimento do Serviço Nacional de Saúde, que foi criado pelo Decreto 20 395, de 17 de Outubro de 1931, tendo sido instituída para assegurar, em Lisboa, um serviço público de qualidade na área obstétrica e ginecológica. quer em consultas, quer na hospitalização

3 - Através do DL 50-A/2007, de 28 de Fevereiro, foi criado, com a natureza de Entidade Pública Empresarial, o Centro Hospitalar de Lisboa Central, E. P. E., e pela Portaria n.º 172/2011, de 27 de Abril, foi criado o Grupo Hospitalar do Centro de Lisboa, que integrava as seguintes entidades:

i) Centro Hospitalar de Lisboa Central, E. P. E.;
ii) Hospital de Curry Cabral, E. P. E.;
iii) Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

4 - Pelo Decreto-Lei n.º 44/2012, de 23 de Fevereiro, o Hospital de Curry Cabral e a MAC foram extintos e integrados por fusão no CHLC - Centro Hospitalar de Lisboa Central, assim, a MAC é hoje um estabelecimento hospitalar integrado na estrutura do Centro Hospitalar de Lisboa Central, E. P. E..

5 – Em Junho de 2012 foi anunciado que o encerramento da MAC ocorreria até ao final desse ano, conforme patenteado no docº. 1, junto com o r.i., cujo teor aqui se dá por reproduzido (cfr. docº. de fls. 76 dos autos, e admissão por acordo/ cfr. artº.18º oposição do CHLC).

6 – No dia 4 de Dezembro de 2012, a 1ª entidade requerida CHLC, E.P.E., anunciou publicamente que o fecho da MAC ocorreria no princípio de 2013, muito

provavelmente durante o mês de Março de 2013, conforme patenteado no doc°. 2, junto com o r.i., cujo teor aqui se dá por reproduzido (cfr. doc°. de fls. 77 dos autos, e admissão por acordo/ cfr. art°.18° oposição do CHLC).

7 – Nos termos daquelas comunicações, a actividade assistencial exercida na MAC será integrada no HDE – Hospital D. Estefânia, uma das outras unidades hospitalares que também integra o CHLC, E.P.E. (cfr. doc°s. de fls. 76 e 77 dos autos, e admissão por acordo).

8 - Em 09.04.2012, a Comissão Nacional de Saúde Materna, da Criança e do Adolescente, dirigiu carta ao Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, cujo teor abaixo reproduz-se (cfr. doc°. 3, junto com o r.i., de fls. 78 e 78-verso dos autos):

4274
MF

Doc.3

Comissão Nacional da Saúde Materna, da Criança e do Adolescente

Ministério da Saúde

Bilhota Xavier
Alcide Cunha Oliveira
Ana Lúcia Freire
António Romão
Eduardo Castela
Elsa Rocha
Emília Nunes
Helena Jardim
Joaquim Correia
Joaquim Carvalho
Jorge Saraiva
José Peixoto
Luís Simões Ferreira
Luísa Matos
Manuela Correia
Paulo Casella
Paulo Moura
Paulo Sarmento
Rui Vasconcelos
Teresa Tomé
Valdemar Martins

Exm.º Senhor
Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde
Dr. Fernando Leal da Costa

C/C Dr.ª Teresa Sustelo Presidente do Conselho de Administração do CHLC; Professor Doutor Jorge da Cunha Branco, ex-Presidente do Conselho de Administração da MAC

Assunto: "Encerramento" da Maternidade Alfredo da Costa

A complexa situação económico-financeira que o país atravessa, torna imprescindível e inadiável a necessidade de planear com rigor a máxima rentabilização dos recursos humanos e materiais existentes e daí a conceção de uma renovada Carta Hospitalar Materna Infantil e consequentes Redes de Referenciação.

A CNSMCA em funções, enquanto organismo técnico por excelência, na dependência direta do Senhor Secretário de Estado, por delegação de competências do Ministro da Saúde, tem norteado todo o seu trabalho na conceção de contributos para uma resposta adequada a essa necessidade.

As sugestões disponibilizadas por esta Comissão preveem mecanismos e processos, que garantindo a máxima eficiência e eficácia na utilização dos recursos existentes, visam não só impedir possíveis quebras na qualidade dos indicadores de saúde materna infantil em Portugal, como organizar alguns procedimentos amigáveis da sua desejável evolução no espaço europeu.

Pelo exposto anteriormente, as notícias recentes sobre o provável encerramento a curto prazo da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, referenciadas a opiniões produzidas pelo Presidente do Conselho Diretivo da ARS LVT, causaram a esta Comissão perplexidade e incómodo.

A história e o estatuto relevante da MAC que ao nível nacional é considerada um centro perinatal diferenciado de extrema importância, não só por ter o maior número de nascimentos, como pelo volume de referências de situações patológicas, mereciam e merecem uma maior dignidade.

Circunscrever aos "partos", não levando em conta a importância de ter estruturas diferenciadas que respondem às situações mais complexas, quer no diagnóstico pré-natal e gravidez de alto risco, quer nos cuidados aos grandes prematuros, com o maior número de internamentos do país, é demasiado redutor.

Parece-nos pois que a divulgação dessa decisão da forma como foi feita, sem plano de pormenor conhecido e integrado na Rede Materno Infantil, foi no mínimo insensata, provocadora de um ruído desnecessário e

Av. João Crisóstomo, 14 - 1000-179 LISBOA - Tel. 21 798 42 00 - Fax 21 798 42 20
cnsmca@sg.min-saude.pt http://www.sg.min-saude.pt/sg/conteudos/cnsmca

Comissão Nacional da Saúde Materna, da Criança e do Adolescente

Ministério da Saúde

Bilhota Xavier
Alete Cunha Oliveira
Ana Lúcia Freire
António Romão
Eduardo Castela
Elsa Rocha
Emília Nunes
Helena Jardim
Joaquim Correia
Joaquim Cervalho
Jorge Saraiva
José Peixoto
Luís Simões Ferreira
Luísa Matos
Manuela Correia
Paolo Casella
Paulo Moura
Pável Sarmento
Rui Vasconcelos
Teresa Torré
Valdemar Martins

principalmente desmotivadora de todos os profissionais que ali trabalham.

Não parece estar agendado e surge como dispensável qualquer processo de entendimento entre a ARS e os profissionais da MAC, executores das boas práticas que a caraterizam.

Indicia-se neste processo não estar a ser relevante:

a) A opinião conhecedora dos profissionais da MAC;
b) A especificação clara dos objetivos e expectativas iniciais que, perante a mudança necessária, ambas as partes têm;
c) O estabelecimento de objetivos comuns que devem ser alcançados, através da clarificação dos benefícios esperados do trabalho conjunto;
d) A criação de um clima de abertura, entre a tutela e os profissionais da MAC redutor de tensões paralisantes e desgastantes;
e) Os indicadores que permitirão avaliar os ganhos ou perdas inerentes à mudança que se propõe.

Na última reunião tida entre o Senhor Secretário de Estado e a CNSMCA, foi afirmado por V. Excia, que nada se fará na área da saúde Materna Infantil na Região de Lisboa, e no resto do País sem ouvir a Comissão.

A não acontecer assim, será desprezar um capital acumulado de saberes de profissionais provenientes de várias áreas da saúde e de todas as regiões do País e esvaziar a razão da existência da Comissão Nacional de Saúde Materna da Criança e do Adolescente

Com elevada consideração e estima,

Lisboa 2012.04.09

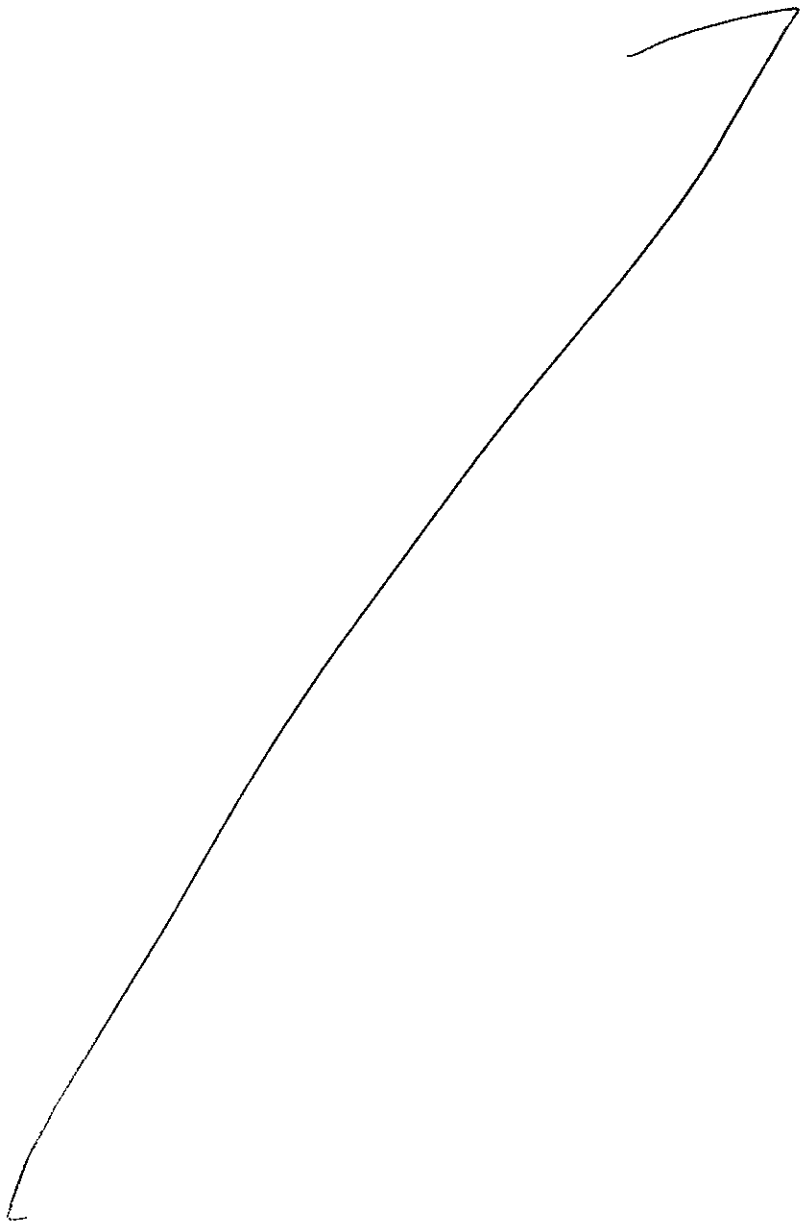
O Presidente da Comissão

Av. João Crisóstomo, 14 - 1000-178 LISBOA - Tel. 21 798 42 00 - Fax 21 798 42 20
cnsmca@sg.min-saude.pt http://www.sg.min-saude.pt/sg/conteudos/cnsmca

9 - A Ordem dos Médicos, por carta de Setembro de 2012, pediu ao Ministro da Saúde que divulgasse os estudos técnicos que fundamentam a decisão de encenar a MAC, a

qual não teve resposta, o que a levou, a 12 de Dezembro de 2012, a transformar tal missiva em carta aberta.

10 - A Maternidade Dr. Alfredo da Costa é o estabelecimento hospitalar português onde se realiza um maior número de partos, conforme resulta do teor dos documentos juntos com o r.i., n°s. 10, 11 e 12, cujo teor aqui se dá por inteiramente reproduzido, e dos quais extrai-se o abaixo transcrito (cfr. doc°s.. 10 a 12 juntos com o r.i., de fls. 89, 89-verso, 90, 90-verso, 91, 91-verso, e 92 dos autos):
"..."



LISBOA E VALE DO TEJO

C H/ ULS	HOSPITAL	PARTOS
Centro Hospitalar barreiro / Montijo, E.P.E.	H. N. Senhora do Rosário - Barreiro	1 809
Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.	H. Dona Estefânia	821
	Maternidade Dr. Alfredo da Costa	5 581
Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E.P.E.	H. São Francisco Xavier	2 621
Centro Hospital de Setúbal, E.P.E.	H. São Bernardo	1 802
Centro Hospitalar de Torres Vedras	H. Distrital de Torres Vedras	1 000
Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.	H. Distrital de Abrantes	985
Centro Hospitalar do Oeste Norte	H. Distrital das Caldas da Rainha	1 380
Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E.	H. Santa Maria	2 702
	H. Beatriz Ângelo – Loures	
	Hospital de Santarém	1 363
	H. Vila Franca de Xira	1 122
	H. Dr. José de Almeida - Cascais	1 428
	H. Garcia de Orta, E.P.E.	2 852
	H. Prof. Doutor Fernando Fonseca, E.P.E. - Amadora	3 2 13

"..."

11 - Em 2011, realizaram-se na MAC 5581 partos, ou seja, mais do que o dobro dos partos realizados no Hospital de S. Francisco Xavier ou no Hospital de Santa Maria, sendo certo que, a nível nacional, o estabelecimento que, em segundo lugar, mais partos efectuou foi a Maternidade Júlio Diniz do Centro Hospitalar do Porto, E. P. E. , onde ocorreram 3427 partos (cfr. doc°. n°. 11, junto com o r.i., de fls. 90, 90-verso, 91, 91-verso).

12 - Em 2012, tiveram lugar na MAC 4570 partos (dos quais 160 foram gemelares), a qual continua, assim, a ser, de forma destacada, a instituição que, em maior número, os assegura (cfr. doc°n°. 12, junto com o r.i., de fls. 92 dos autos).

13 – A MAC , para além dos partos acima referidos, presta ainda os seguintes cuidados de saúde:

i) Em obstetrícia, consultas gerais, e aïnda consultas diferenciadas em várias áreas, designadamente — diagnóstico pré-natal, gravidez de alto risco, gravidez múltipla, diabetes, hipertensão, imunodepressão, patologia da adição, gravidez não desejada, mortes fetais, patologia 1.0 trimestre;

ii) Em ginecologia, consultas gerais, e ainda consultas diferenciadas em várias áreas, designadamente — apoio á infertilidade, menopausa, planeamento familiar. senologia, patologia do trato genital inferior, ginecologia oneológica;

iii) Em pediatria, para além da assistência geral aos recém-nascidos, ainda a prestação de cuidados neonatais, quer intensivos, quer intermédios.

14 - A MAC está ainda dotada das seguintes unidades autónomas:

i) serviço de anestesiologia;
ii) serviços de patologia clínica e de anatomia patológica;
iii) serviço de psicologia clínica;
iv) serviço social;
v) unidade de adolescência;
vi) serviço de procriação medicamente assistida;
vii) banco de leite humano;
viii) consulta de nutrição;
ix) serviço de fisioterapia.

15 - Na MAC têm lugar as aulas de obstetrícia e ginecologia da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa; é também a MAC que recebe, em estágios profissionalizantes, a maioria dos internos do 6.° ano do mesmo estabelecimento universitário.

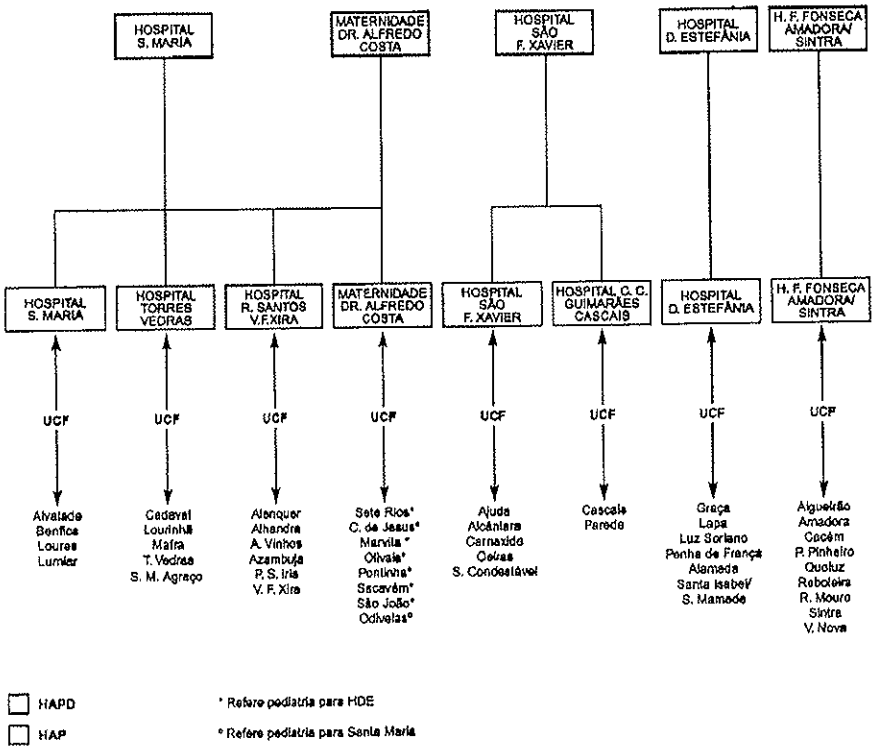
16 - A MAC é ainda uma enorme bolsa de formação para médicos de muitos hospitais da zona sul do país, que ai vôm fazer o internato da especialidade, bem como estágios em várias áreas, tais como medicina materno-fetal, diagnóstico pré-natal, ecografia ginecológica e obstétrica, colposcopia, procriação medicamente assistida e neonatalogia em cuidados intensivos e intermédios.

17 - Na última avaliação da Escola Nacional de Saúde Pública, divulgada em Dezembro último, a MAC voltou a estar situada, no ranking respectivo, entre os 5 melhores estabelecimentos do país na área ginecológica e obstétrica, sendo considerado o melhor da região sul.

18 - Mais de 60%, em 2011, e de 70%, em 2012, da actividade de prestação de cuidados de saúde da MAC teve a ver com a gravidez de alto risco, sendo a maior parte referenciada por unidades de saúde situadas fora da área de referenciação normal da MAC,restrita a freguesias de Lisboa (cfr. depoimento da testemunha Dra. Maria José Alves).

19 - A MAC está definida como hospital de apoio perinatal diferenciado (fora de linha na referenciação materno-infantil), sendo considerado como de referenciação última para grande parte da região sul (cfr. doc°.n°. 14, junto com o r.i. de fls. 96 a 125 dos autos):
"..."

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO



50

20 - Na área do diagnóstico pré-natal, a MAC é a segunda instituição portuguesa com maior intervenção, apenas precedida pela Maternidade Bissaya Barreto do Centro Hospitalar de Cojmbra (cfr. doc°n°. 15, junto com o r.i., de fls. 126 a 141 dos autos).

21 - O Centro de Diagnóstico Pré-Natal está dotado de uma unidade de ecografia obstétrica, com 4 ecógrafos de gama alta, o que corresponde a cerca de 180 horas/semana de utilização.

22 - O Centro de Diagnóstico Pré-Natal realiza, através de protocolos com centros de saúde, ecografias de rastreio de anomalias fetais a cerca de metade da população de grávidas que são vigiadas nos cuidados primários da área da sua influência.

23 - É um centro de referência para o estudo de anomalias fetais, realizando análises morfológicas e efectuando avaliações diagnósticas e prognósticas, contando para isso com a colaboração de múltiplos serviços do CHLC e de centros de referência internacionais.

24 - A MAC assegura as técnicas invasivas mais relevantes para a concretização dos diagnósticos e terapêuticas intra-uterinas; na área da terapia fetal, a MAC concentra a maior experiência nacional em terapêutica transfiasional no contexto da doença hemolítica fetal e seu tratamento intra-uterino; tem ainda pessoal em formação para poder assegurar a realização de cirurgia fetal endoscópica, com a utilização de laser.

25 - A MAC dispõe de condições de internamento adequadas para as seguintes situações:
i) Grávidas de alto risco;
ii) IVG;
iii) Puerpério normal;
iv) Puerpério após cesariana;
v) Pró e pós-operatório de ginecologia.

26 - A MAC tem em funcionamento 2 blocos operatórios de obstetricia e 2 blocos operatórios dc ginecologia, tendo estes últimos sido completamente remodelados há menos de 5 anos.

27 - Na obstetrícia, a MAC está apetrechada com 2 enfermarias para internamento: 21 camas para grávidas de alto risco (complicações maternas, fetais ou da própria gravidez) e ainda mais 3 camas, destinadas a interrupções da gravidez ou para situações de grávidas com morte fetal iii útero; 55 camas para internamento de puérperas; há ainda uma sala de recobro para pós-operatório, com 5 camas; acresce a URCI (Unidade de Recuperação e Cuidados Intensivos), para grávidas com maior patologia, com 3 camas.

28 - Na ginecologia, a MAC tem uma enfermaria com 19 camas, a que acrescem 5 camas de recobro cirúrgico imediato para cirurgia de internamento, e 3 cadeiras de recuperação para cirurgia de ambulatório.

29 - A MAC está dotada de serviços de senologia com elevada patologia oncológica e de patologia vulvar e do colo com um sofisticado grau de diferenciação, referenciados por inúmeras unidades de saúde.

30 - A MAC tem instalado um sofisticado centro dc colposcopia-laser.

31 - Na área específica das grávidas com diabetes, a MAC intervém em mais de 1/4 das situações que ocorrem a nível nacional (cfr. doc.nº 16, junto com o r.i., de fls. 142 a 241 dos autos).

32 - Na área da imunodepressão, a MAC é a instituição portuguesa que assegura o acompanhamento do maior número de grávidas seropositivas, incluindo a pré- concepção, a vigilância da gravidez, a consulta pós-parto e o planeamento familiar, tendo obtido uma taxa de transmissão vertical acumulada (de mãe para feto) de 0,8%, muito inferior à taxa nacional, que é de 1,8% (cfr. docs.nºs 17 e 18, juntos com o r.i., de fls. 242 a 245 dos autos).

33 - Nessa área, a MAC conseguiu garantir urna adesão das mães seropositivas ao follow up do recém-nascido e lactente.

34 - A MAC foi o primeiro serviço hospitalar a fazer testes rápidos do VIH e a possuir material cirúrgico adaptado à realização de cesarianas em mulheres seropositivas, segundo as normas internacionais.

35 - A MAC foi pioneira na criação de uma consulta para a patologia da adição, tendo estabelecido uma articulação muito bem sucedida com os CAT e outras instituições de apoio social, o que lhe permitiu assegurar que a percentagem de recém- nascidos "retirados" às respectivas famílias é muito baixa (inferior a 5%).

36 - A MAC criou uma inovadora consulta de nutrição e dietética, que dá apoio a todo o ambulatório e internamento do estabelecimento, quer em obstetrícia, quer em ginecologia.

37 - No apoio à interrupção voluntária da gravidez, entre as instituições públicas, a MAC é igualmente o estabelecimento que assegura o maior número de situações, correspondente a cerca de 8% do total, mais do dobro da segunda unidade, que é o Hospital Garcia da Orta, com cerca de 3,8% (cfr. docº.nº. 19, junto com o r.i., de fls. 246 a 275 dos autos).

38 - O serviço de anestesia da MAC tem uma experiência ímpar na obstetrícia, efectuando mais de 1000 anestesias epidurais por ano.

39 - Os serviços de patologia clínica e anatomopatologia dão resposta a situações de difícil cobertura a nível nacional, designadamente nos exames de placenta e nas autópsias fetais.

40 - O serviço de psicologia clínica da MAC existe desde Dezembro de 1987, tendo sido pioneiro no apoio a áreas de grande risco psicológico (gravidez na adolescência, infertilidade, diagnóstico pré-natal, senologia, prematuridade, etc), adquirindo diferenciação nas áreas da psicologia obstétrica, psicologia ginecológica e psicologia pediátrica.

41 - O serviço social da MAC segue as utentes de forma sistemática, iniciando a sua intervenção na primeira consulta e realizando um acompanhamento social ao longo da gravidez e no pós-parto, o que tem sido fundamental para combater a institucionalização de crianças, os maus tratos e a negligência infantil.

42 - O serviço social da MAC é o único do país que está integrado nas consultas diferenciadas de constituição multi-disciplinar (imunodepressão, patologia aditiva, adolescentes, diabetes, etc).

43 - A unidade de adolescência da MAC foi criada em 2007 para dar resposta global e multi-disciplinar às adolescentes na área da ginecologia infantil/adolescente, planeamento familiar, gravidez e maternidade adolescentes, actuando de forma multidisciplinar e estabelecendo protocolos com inúmeras instituições, particularmente com escolas secundárias da sociedade de Lisboa.

44 - O percurso para chegar à unidade de adolescência começou em 1989 com a abertura da consulta de adolescentes grávidas, por uma equipa multidisciplinar que, então, incluía um médico, um assistente social e um psicólogo; ao longo do tempo, a equipa foi sentindo a necessidade de acompanhar estas utentes após o nascimento da criança, associando-se à equipa um pediatra; isso foi possível quando, em face dos resultados reconhecidamente bons da consulta, quer em termos clínicos, quer em termos psico-sociais, a Fundação Gulbenkian subsidiou o projecto "Mais Vale Prevenir", que visava fazer a consulta pós-parto e o acompanhamento das jovens em risco de gravidez precoce; a junção da consulta com o projecto foi o embrião da Unidade de Adolescência, que continuou a contar com o apoio da Fundação Gulbenkian.

45 - Nos últimos dois anos foi dado apoio a mais de 2000 adolescentes.

46 - O serviço de procriação medicamente assistida tem uma grande procura e obteve reconhecimento nacional, estando apetrechado com dois blocos cirúrgicos, recentemente equipados com o material mais avançado da especialidade, tendo associadas 2 camas de recuperação pós-cirúrgica, e 2 cadeiras para cirurgias de menor complexidade.

47 - Entre as instituições públicas, o serviço de procriação medicamente assistida da MAC é o único que está apetrechado com um banco de Lavagem de esperma para casais serodiscordantes; foi também o único que criou, no seu seio, um grupo de trabalho de constituição multidisciplinar para a "infertilidade e patologia crónica".

48 - A MAC tem o único banco de leite humano do país, que permite responder às necessidades dos bebés prematuros cujas mães não produzem leite em quantidade suficiente, sendo o alejtamento natural fimdaniental para o desenvolvimento dos recém-nascidos, quer de termo, quer prematuros.

49 - No nascimento de prematuros, a MAC é o estabelecimento hospitalar português com maior experiência, por lá passando mais de 15% do total nacional e de 30% do total da região sul (cfr. doc. n°.20, junto com o r.i., de fls. 276 a 288 e 288-verso dos autos).

50 – A Unidade de Neonatalogia da MAC está organizada de acordo com os mais elevados padrões internacionais de qualidade técnica e científica, o que foi possível através de um avultado investimento efectuado na última década, que conduziu à sua modernização só equiparável à das melhores unidades estrangeiras.

51 - A Unidade de Neonatalogia da MAC está certificada por uma agência internacional de qualidade sanitária (cfr. doc°.n°. 21, junto com o r.i., de fls. 289 dos autos).

52 - A Unidade de Neonatalogia da MAC assegura 13 camas para cuidados intensivos e 29 camas para cuidados intermédios, respeitando o rácio internacionalmente proposto de 2 camas de cuidados intermédios para 1 cama de cuidados intensivos.

53 - O equipamento adquirido, feito à medida das instalações disponíveis na MAC, permite o isolamento das camas das unidades dos cuidados intensivos, atenuando significativamente o risco de infecções cruzadas, o que não existe em mais nenhuma unidade de neonatalogia do país, patenteado em fotografias da unidade, obtidas a partir do sitio do CHLC (cfr. doc°s.n°s. 22 e 23, juntos com o r.i., de fls. 290 e 291 dos autos).

54 - Em Portugal, o serviço de neonatalogia da MAC constitui a grande escola da neonatalogia de alto risco e especial diferenciação.

55 - Na MAC trabalham 75 médicos do quadro (obstetras. ginecologistas, pediatras, anestesistas e especialistas de outras áreas), para além de internos que recorrem à instituição, e 247 enfermeiros; e ainda psicólogos (4), assistentes sociais (4), funcionários administrativos e profissionais de outras áreas.

56 – A excepcional qualidade da MAC, deu um contributo decisivo para os extraordinários resultados obtidos em Portugal no combate à mortalidade fetal, perinatal, neonatal, infantil e materna, colocando o país numa posição cimeira a nível europeu, é possível porque nessa instituição se reúnem três factores fundamentais:

• A competência técnica e a dedicação dos seus profissionais de saúde;
• A experiência acumulada, quer por força do número e complexidade de actos médicos realizados, quer por via das equipas multidisciplinares que se foram constituindo, as quais permitiram a diferenciação dos cuidados médicos e a articulação de saberes vários;
• A logística bem dirigida e organizada de um espaço apetrechado com o equipamento e demais condiçZies de funcionamento adequadas à obstetrícia, ginecologia e pediatria neonatal.

57 - Está prevista a instalação — até 2015 ou 2016 — do novo "Hospital de Lisboa Oriental" (ou "Hospital de Todos-os-Santos"), que absorverá os estabelecimentos que hoje integram o CHLC: Hospital de S. José, Hospital de Santo António dos Capuchos, Hospital de Santa Marta, Hospital D. EstefRnia, Hospital de Curry Cabral e a Maternidade Dr. Alfredo da Costa, conforme "Relatório e Contas 2011" da 1ª entidade requerida CHLC, E.P.E., de 22 de Maio de 2012, cujo teor aqui se dá por reproduzido (cfr.doc°.n°. 24,junto com o r.i., de fls. 292 a 413 e 143-verso).

58 - Nesse processo, está, assim, prevista a integração da MAC no novo estabelecimento hospitalar, o que os AA. aceitam.

59 - A tendência internacional que se vem verificando, a qual encontra eco na proposta de Carta Hospitalar efectuada pela Entidade Reguladora da Saúde, em 12 de Abril de 2012, conforme teor do doc°. 25, junto com o r.i., cujo teor aqui se dá por reproduzido, e na proposta de Carta Hospitalar Materna, da Criança e do Adolescente elaborada pela Comissão Nacional da Saúde Materna, da Criança e do Adolescente, em 8 de Junho de 2012, conforme teor do doc°.n°. 26, junto com o r.i., aponta para a integração das maternidades em hospitais gerais, o que não merece a contestação dos AA. (cfr. doc°s. n°s. 25 e 26 juntos com o r.i., de fls. 414 a 556 dos autos).

60 – A Proposta da Carta Hospitalar Materna, da Criança e do Adolescente, datada de 08.06.2012, cujo teor aqui se dá por reproduzido, e do qual extrai-se o seguinte, com referência às áreas de ginecologia, obstetricia e neonatologia, o seguinte:
"..."

Carta Hospitalar Materna, da Criança e do Adolescente 2012

A. Introdução

Há 30-40 anos Portugal tinha dos piores indicadores da Europa na área da saúde materna e infantil, a articulação entre níveis de cuidados assistenciais primários e secundários era praticamente nula e as medidas de prevenção, promoção e educação para a Saúde muito incipientes.

Porém, nas últimas décadas, a evolução foi drástica, mercê não só da reconhecida melhoria das condições sócio económicas das populações, mas também de um outro olhar sobre as necessidades em Saúde, que culminou com a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), com programas específicos para a área materno-infantil.

Estas mudanças organizadas pelos diferentes governos foram alicerçadas na visão de sucessivas gerações de profissionais de saúde sábios, humanistas e reflexivos, que contribuíram de forma decisiva para alterar no país a maneira de encarar a saúde materna e infantil.

Foi de particular relevância neste progresso a nomeação da primeira Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil, em Março de 1989, bem como todo o trabalho por ela desenvolvido e as recomendações que produziu, entre as quais a publicação do Despacho nº 6/1991, de 20 de junho, que criou as Unidades Coordenadoras Funcionais (UCF) e que foi ampliado em 1998 pelo Despacho n.º 12917/1998 para abarcar a vertente da criança e do adolescente.

O papel das UCF e das Comissões Regionais de Saúde Materna da Criança e do Adolescente (CRSMCA), foi já no âmbito da atual Comissão Nacional, reforçado com a publicação do Despacho n.º 9871/2010 de 11 de junho, posteriormente retificado pelo Despacho 17595/2010 de 23 de novembro.

Os serviços passaram a ser concebidos em torno das necessidades da grávida e da criança e a complementaridade de cuidados passou a ser centrada na pessoa e na continuidade de cuidados entre níveis assistenciais.

E foi da adição, que aqui resumo a três parcelas: redução das desigualdades, melhoria das condições assistenciais e assunção plena por parte dos governos e sociedade dos direitos dos cidadãos, que surgiu a soma que se traduz hoje na acessibilidade universal de mulheres, crianças e jovens aos serviços de saúde de que necessitam, independentemente do local de residência, da naturalidade ou da nacionalidade.

Carta Hospitalar Materna, da Criança e do Adolescente 2012

Muitos foram os que participaram na construção de um país que, apesar de chamado na Europa, de periférico, atingiu indicadores na área da saúde materna e infantil, semelhantes e até superiores aos dos países mais desenvolvidos do mundo. Foi mesmo classificado, internacionalmente, como caso de sucesso e estudo e apontado como exemplo a seguir e replicar.

Em 1970 morriam em Portugal cerca de 12.000 crianças no primeiro ano de vida. Em 2010 faleceram cerca de 250, estando aqui incluídas todas as crianças que nasceram com 500 ou mais gramas, traduzindo-se numa Mortalidade Infantil (MI) de 2.5/1000 nado vivos, a mais baixa de sempre, o 2º valor mais baixo da UE dos 27, só suplantado pela Finlândia com 2.3. A mortalidade materna relacionada com a gravidez e/ou o parto tornou-se insignificante.

A Fundação Europeia para os cuidados ao recém-nascido publicou em 2011, no seu Benchmarking Report, que países como Portugal e o Reino Unido, demonstram que a ação política orientada para a regionalização e interligação dos cuidados, são compromissos essenciais e eficazes para garantir elevados padrões de saúde neonatal.

A Organização Mundial de Saúde no seu Relatório de 2008, destacou também a melhoria dos cuidados materno-infantis em Portugal, tendo atribuído este resultado à organização e à complementaridade entre cuidados primários e secundários, centrados nas necessidades da grávida e da criança

A UNICEF no seu relatório de Dezembro de 2010, em que foram avaliados 24 Países da OCDE, referiu que Portugal se encontrava dentro dos três países com níveis mais baixos na desigualdade do acesso a cuidados de saúde.

Podemos assim afirmar, que nenhuma geração teve acesso a cuidados de saúde de qualidade como a atual. Foi possível garantir esta escalada de sucesso mesmo no contexto conhecido das dificuldades orçamentais que sempre se viveram na Saúde, sinal de boa gestão dos recursos públicos que, à luz da presente realidade, ainda mais restritiva, tem de ser intensificada no sentido da continuidade dos ganhos conseguidos.

Para tanto, perspetivam-se enormes desafios, para garantir a continuidade na prestação de cuidados de saúde de qualidade, se possível com níveis superiores de eficiência e eficácia, com a racionalização dos custos.

A atual crise financeira pode pôr em causa o estado social, mas será também uma oportunidade única para nos recriarmos e melhorar o nosso sistema

organizacional, na procura da consolidação e do caminho para a excelência do SNS em geral e em particular na área da saúde materna e infantil.

Em Portugal, nos últimos anos, a falta de orientações claras de planeamento e de atualização e de aplicação de redes de referenciação, a par da acelerada melhoria da formação técnico-profissional e do acesso a equipamentos, levou a que se instalasse um processo de "autocriação" de serviços considerados "diferenciados", com afetação de recursos diversos, humanos e técnicos, com custos inerentes, sem suporte em estudos sobre o custo-benefício, nem cálculos baseados em critérios geodemográficos ou outros, como as necessidades formativas ou a distribuição racional dos técnicos dotados de experiência e conhecimento muito especializados.

Esta evolução não contribuiu de modo nenhum para a desejável articulação de cuidados em redes de organização do SNS, pondo em causa a acessibilidade e equidade na prestação e continuidade dos cuidados e, bem assim, a sua sustentabilidade.

O Programa do XIX Governo Constitucional e o memorando assinado com a Troika em 2011, impõem assim a definição de uma carta hospitalar e das inerentes redes de referenciação, sendo a quantificação dos recursos em médicos a afetar a cada especialidade hospitalar, uma das tarefas prioritárias.

Nesta conformidade e no que se refere à população alvo desta CNSMCA, a definição de uma carta hospitalar Materna e Pediátrica, com atualização da rede materna e neonatal em vigor, com a caracterização clara das unidades gerais e diferenciadas que ela deve conter, e as respetivas redes de referenciação, afigura-se como uma base de trabalho crucial para atingir aquele desiderato.

Paralelamente, será preciso definir claramente a política de acesso aos cuidados de saúde. Se o cidadão deve manter a liberdade de escolha de um serviço do SNS ou se, pelo contrário, deve respeitar a sua área de residência. Sem este pressuposto definido, será difícil fundamentar a recomendação, de definir uma carta hospitalar e consequentes redes de referenciação e ver respeitado o princípio básico da equidade no acesso aos cuidados de saúde.

A CNSMCA, no âmbito das suas competências e ciente das atribuições conferidas e contempladas no despacho que a constituiu, vem, com o presente documento, apresentar uma proposta de construção de Carta Hospitalar Materna e Pediátrica, que integra os Serviços de Ginecologia-Obstetrícia, Neonatologia, Pediatria Geral e Pediatria Diferenciada, Cardiologia Pediátrica e Cirurgia Pediátrica. As redes de

referenciação serão construídas após definição da carta hospitalar. Em relação à Saúde Mental Infantil e Juvenil, remete para a rede aprovada em 2011.

"..."

C. Metodologia

A CNSMCA elaborou diferentes questionários dirigidos, via Conselhos de Administração, aos Diretores de Departamento/ Serviço de Obstetrícia, Neonatologia, Pediatria, neste caso com componentes diferentes para a pediatria geral e para a pediatria diferenciada, do Continente e Regiões Autónomas. Foram igualmente distribuídos às Sociedades Científicas e aos Colégios de Obstetrícia e Pediatria, em dezembro de 2011.

No caso das especialidades de Cardiologia Pediátrica e Cirurgia Pediátrica foram estabelecidos contactos e feitas reuniões interpares.

As propostas adiante formuladas são baseadas nos dados e comentários contidos nas respostas recebidas, nas recomendações publicadas em 2009 pela ex-Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente, com as devidas adaptações e na pesquisa bibliográfica. A tipificação dos hospitais adotada neste documento é a atualmente recomendada pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS).

Aos questionários acima referidos responderam: Colégio de Obstetrícia, Colégio de Pediatria, Sociedade Portuguesa de Pediatria e todas suas Secções, Serviços de Obstetrícia 72,1% (Centrais 100%), Serviços de Pediatria 83% (Centrais 100%).

D. Tipologias Hospitalares (ACSS)

1 Tipologia B2

Hospital que serve uma população de cerca de 150.000 habitantes, integra a Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência e possui urgência médico-cirúrgica.

Estes hospitais não justificam a existência de todas as especialidades, tendo capacidade técnica para assegurar mais de 80% da diversidade dos cuidados necessários desta população, em função das especialidades assistenciais de que dispõem.

Assume-se que 10 a 15% dos doentes serão referenciados para hospitais de tipologia B1 e/ou A e os remanescentes optarão pelo setor privado. Recomenda-se que tenham entre 15 a 17 especialidades, designadamente: medicina interna, cardiologia, gastrenterologia, pneumologia, neurologia, psiquiatria, pediatria, cirurgia

geral, ortopedia, urologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, dermatologia, ginecologia e obstetrícia, anestesiologia, medicina física e reabilitação e radiologia.

São exemplos desta tipologia o CH do Nordeste EPE; a ULS da Guarda EPE; o CH do Oeste Norte; a ULS do Baixo Alentejo EPE, e o CH do Barlavento Algarvio EPE.

2 Tipologia B1

Serve uma população de cerca de 250.000 a 300.000 habitantes, integra a Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência e dispõe de urgência médico-cirúrgica.

Tem capacidade técnica para responder a, pelo menos, 85% das necessidades globais e servir de referência de 2.ª linha para os hospitais de tipologia B2.

Assume-se que 5 a 10% venham a ser referenciados para hospitais de tipologia A e os remanescentes optarão pelo setor privado. Dispõe habitualmente de 20 a 24 especialidades (as existentes nos B2, podendo ser acrescidas de oncologia médica, nefrologia, endocrinologia, infeciologia, reumatologia, cirurgia vascular, cirurgia plástica, conforme a dimensão populacional).

São exemplos desta tipologia a ULS do Alto Minho EPE; o CH do Alto Ave EPE; o CH do Baixo Vouga EPE; o CH do Barreiro-Montijo EPE e o CH do Médio Tejo EPE.

3 Tipologia A1

Por insuficiência de resposta à carteira de cuidados por parte de alguns hospitais, constata-se que os de tipologia A1 claramente ultrapassam a carteira que lhes competiria, assegurando um vasto leque de cuidados menos especializados (que deveriam ser realizados pelos hospitais das tipologias anteriores), com prejuízo claro dos doentes com patologias mais complexas que mereceriam uma resposta atempada e de qualidade.

Um hospital que sirva uma população direta de cerca de 350.000 habitantes, uma população de referência de segunda e terceira linha de mais de 650.000 habitantes, denomina-se A1. Todos integram a rede de urgência/emergência com urgências polivalentes.

Estes hospitais têm capacidade técnica para assegurar 100% da diversidade dos cuidados necessários da população que servem. Espera-se que estes hospitais respondam a, pelo menos, 90% das necessidades globais da população, assumindo que

"...

Carta Hospitalar Materna, da Criança e do Adolescente 2012

5 a 10% das necessidades sejam satisfeitas pelo setor privado. Nesta tipologia encontram-se os hospitais de fim de linha da medicina portuguesa.

São exemplos desta tipologia o CH de São João EPE; o CH do Porto EPE; o CH e Universitário de Coimbra EPE; o CH Lisboa Central EPE e o CH Lisboa Norte EPE.

4 Tipologia A2

Trata-se de hospitais que, apesar de terem populações que oscilam entre os B1 e os A1, são considerados pela rede de urgência como hospitais polivalentes, devendo por isso vir a ter responsabilidades acrescidas nas respostas às necessidades, não só aos da sua área direta, mas também como referência para os hospitais B2 e B1 que lhes estão próximos. Alguns destes hospitais devem ser referência para o trauma.

Tendo em conta as necessidades desta população, a organização do sistema de saúde, a diferenciação do hospital e o desempenho atrás indicado, estes hospitais devem responder a pelo menos 85 a 90% das necessidades globais da população. Assume-se que 5 a 10% venham a ser referenciados para hospitais A1 e os restantes optem por estabelecimentos privados.

São exemplos desta tipologia o CH de Trás-os-Montes e Alto Douro EPE; o CH de Tondela-Viseu EPE; o Hospital Garcia de Orta EPE; o Hospital do Espírito Santo EPE, e o Hospital de Faro.

"..."

1.6.1 Norte 281/135; Centro 144/84; LVT 376/277; Alentejo 39/18; Algarve 54/38, RAM 17/11; RAA?

2. Nados vivos por residência das mães 2008-2010

Total	101.507	99.576	104.675
Continente	96.133	94.324	99.057
Norte	33.046	32.760	34.631
Centro	19.127	18.934	20.156
Lisboa	32.716	31.591	32.770
Alentejo	6.382	6.242	6.558
Algarve	4.862	4.797	4.942
Região Autónoma dos Açores	2.719	2.786	2.836
Região Autónoma da Madeira	2.529	2.380	2.699
Nados-vivos (N.º) por Local de residência da mãe; Anual - INE, Nados-Vivos – última atualização 2011.11.21			

3. Proposta para a implementação de uma Carta Hospitalar Materna e Neonatal

3.1. Fundamentos

3.1.1. A maioria dos estudos que investigam a relação entre o prognóstico neonatal e o nível de cuidados perinatais indicam que a morbilidade e a mortalidade dos recém-nascidos de muito baixo peso, são menores quando o nascimento ocorre numa unidade com maior número de partos e maior diferenciação dos profissionais, incluindo a presença de subespecialidades pediátricas. O risco de mortalidade dos recém-nascidos com menos de 1500g de peso ao nascer é significativamente superior se o parto ocorrer num hospital sem unidade de cuidados intensivos. Os recém-nascidos abaixo dos 1500g, representam menos de 1% dos nados vivos nacionais, mas correspondem a cerca de 55% da mortalidade neonatal e a um terço da mortalidade infantil.

3.1.2. A concentração dos RN de Alto Risco é recomendada, porque rentabiliza os recursos e melhora a eficiência e efetividade. Para tal é necessário consolidar as Redes Perinatais Regionais (RPR), para que garantam a Coordenação, Comunicação, Cooperação, Continuidade, Complementaridade, Concentração de Recursos e um sistema de avaliação e formação contínuas.

3.1.3. As RPR devem desenvolver e atualizar os processos de referenciação, nomeadamente nas seguintes áreas: diagnóstico pré-natal, intervenção in útero, transferências ante e pós-natais. Há recursos que só são eficientes se integrarem algumas RPR. Ex: Terapêutica Fetal, Transporte Neonatal,

Cirurgia Neonatal, Cirurgia Cardíaca, ECMO, etc. Para algumas destas atividades altamente diferenciadas, há a necessidade da sua concentração a nível regional e nalguns casos a nível nacional.

3.1.4. A maioria dos Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciados (HAPD) existentes no País, garante uma boa qualidade assistencial. Há no entanto unidades que não têm movimento suficiente para garantir eficiência. Algumas justificam-se por questões geográficas. Outras têm soluções alternativas de funcionamento no imediato, com a revisão de redes de referenciação. Outras podem vir a ter soluções alternativas, que passam pela concentração de unidades, se os serviços recetores/alternativos preencherem as condições.

3.1.5. As alternativas a implementar têm que garantir dimensão, recursos humanos competentes e tecnologia adequada. A adesão e a comunicação entre os profissionais são fundamentais para o sucesso das RPR. Levar a cabo a concentração de serviços que garantem qualidade no presente, sem se garantir comunicação e capacidade de resposta por parte dos serviços recetores, pode pôr em causa a excelência da qualidade da assistência perinatal atual. As relações entre os Hospitais de Apoio Perinatal (HAP) e os HAPD atuais devem ser mantidas e reforçadas. Os HAPD que venham a passar a HAP, devem definir os processos de referenciação no seio das RPR.

3.1.6. Tendo em consideração a necessidade desta maior diferenciação, e concentração, deverão ser constituídos serviços capazes de prestar cuidados altamente especializados, identificados como Hospital de Apoio Altamente Diferenciado (HAPAD).

3.1.7. Os HAPAD devem ser os coordenadores das RPR.

3.1.8. As relações entre os HAP e os HAPD e HAPAD respetivos, devem ser reforçadas. Estes hospitais em conjunto irão definir os processos de referenciação no imediato.

3.1.9. Estes processos terão a supervisão das CRSMCA/ARS. Para questões de organização/avaliação e formação, as CRSMCA devem criar as Unidades Coordenadoras Funcionais Inter-hospitalares (UCFIh), já existentes na Região Centro, com bons resultados.

3.2. Incorporação progressiva das maternidades existentes em hospitais gerais

A separação física dos Blocos Centrais dos HAP/HAPD dos Hospitais Gerais de Adultos, cria dificuldades no que respeita à segurança das mães, no que concerne o apoio médico-cirúrgico diferenciado, como cuidados de medicina intensiva e recobro anestésico, suporte laboratorial e de imuno-

hemoterapia, o que torna recomendável a incorporação das maternidades existentes em hospitais gerais. Será exceção neste contexto a Maternidade Júlio Diniz, dada a construção em curso, do Centro Materno-Infantil do Norte integrado no CH Porto.

3.3. Hospitais de Apoio Perinatal

3.3.1. Os HAP deverão ter Serviços de Obstetrícia e de Ginecologia com possibilidade de acesso a Unidade de Cuidados Intensivos de Adultos, bem como Serviço de Pediatria/Neonatologia. Deverá existir no Centro Hospitalar/Hospital, uma área da qualidade que permita a sua melhoria contínua.

3.3.2. Localizados nos hospitais B1 e B2 e alguns A2.

3.4. Obstetrícia

3.4.1. Gravidez - Acolher todas as grávidas e em especial as situações de gravidez de baixo/médio risco com vigilância partilhada com os Cuidados Primários. Consulta de Avaliação de Risco Obstétrico adequado ao seu nível de diferenciação e competências específicas existentes no Serviço. Vigilância de gravidez de termo em articulação protocolada com os Cuidados Primários.

3.4.2. Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) - Assegurar a realização de Ecografia do 1º trimestre; Marcadores Bioquímicos; Ecografia Morfológica.

3.4.3. Diagnóstico Pré-Natal: Deverá assegurar o Programa Vertical de Diagnóstico Pré-Natal destinado a toda a população da sua área de influência (Centro de Saúde da sua área – Unidade Coordenadora Funcional); Poderá assegurar os exames invasivos (Ex. amniocenteses) necessários ou em alternativa ter acordo com o Centro de Diagnóstico Pré-Natal de referência. Os médicos envolvidos devem ser creditados em Ecografia, ter Sistema informático – ASTRAIA (ou similar); Eventualmente poderá ter, para a realização de técnicas invasivas, Centro de Diagnóstico Pré-Natal devidamente creditado.

3.4.4. Gravidez de risco - Ter internamento destinado a grávidas de risco com o suporte multidisciplinar adequado.

3.4.5. Interrupção de Gravidez - assegurar o cumprimento da lei, que pode incluir fluxograma de envio a outra entidade, como legislado.

3.4.6. Anestesia - Assegurar cada 24 horas a disponibilidade de analgesia epidural.

3.5. Obstetrícia e Ginecologia

3.5.1. Consulta - Preconceção e Planeamento Familiar.
3.5.2. Imagiologia – Ecografia Obstétrica e Ginecológica.
3.5.3. Área de Urgência Obstétrica e Ginecológica.

3.6. Ginecologia

3.6.1. Consultas - Ginecologia Geral; Consultas de Diagnóstico e eventual terapêutica na área de Oncologia em articulação com o HAPD ou IPO; Consultas de Infertilidade com articulação com o Centro de Procriação Medicamente Assistida de referência. A diferenciação das Consultas Externas e a existência de programas multidisciplinares terão em conta as capacidades instaladas, bem como a diferenciação técnica dos profissionais envolvidos.
3.6.2. Centro de Procriação Medicamente Assistida - poderá existir se creditado.

3.7. Neonatologia – Unidade de Cuidados Especiais

3.7.1. Funções - estabilização do RN pré-transporte, monitorização contínua dos parâmetros vitais, ventilação invasiva ou não invasiva de curta duração (<24h), alimentação enteral, fototerapia. Continuidade de cuidados aos RN provenientes de unidades mais diferenciadas.

3.8. Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado

3.8.1. Os hospitais de apoio perinatal diferenciado deverão ter Serviço de Obstetrícia e Ginecologia, bem como Serviço de Neonatologia com Unidade de Cuidados Intensivos e assegurar os mesmos cuidados dos HAP para a sua área de influência direta. No Centro Hospitalar/Hospital deverá existir Unidade de Cuidados Intensivos de Adultos.
3.8.2. Devem ficar localizados nos hospitais A1 e eventualmente em alguns A2.

3.9. Obstetrícia

3.9.1. Centro de diagnóstico pré-natal creditado; Consulta de Patologia Fetal; Rastreio de Anomalias Congénitas; Aconselhamento Genético; Unidade de Medicina Materno Fetal.
3.9.2. Internamento – diferenciado com apoio multidisciplinar organizado com os outros Serviços do Centro Hospitalar/Hospital.

3.9.3. Unidades Multidisciplinares especializadas de Diabetes e Gravidez.

3.9.4. Doenças Hipertensivas e Gravidez; Patologia do 1º trimestre; Programa Vertical de Interrupção médica da Gravidez; Gravidez Ectópica; Doença do Trofoblasto.

3.9.5. Consultas Multidisciplinares destinadas a: Adolescência; Doenças Neurológicas; Doenças Hematológicas; Doenças Aditivas; Doenças Infeciosas; Doença Mental; Doenças Auto imunes; Doenças Digestivas; Doenças Respiratórias; Risco de Parto Pré-Termo e Insucesso Reprodutivo; Gravidez Múltipla.

3.10. Obstetrícia/Ginecologia

3.10.1. Idêntica ao HAP.

3.11. Ginecologia

1.1.1. Grupo Multidisciplinar de Oncologia. Incluindo área destinada à patologia mamária. Poderá ter acordo com o IPO.

1.1.2. Área autónoma destinada à Patologia do Colo, Vulva e Vagina.

1.1.3. Centro de Procriação Medicamente Assistida Creditado.

1.1.4. Unidade Multidisciplinar Uroginecologia e Pavimento Pélvico.

1.1.5. Unidade de Endoscopia Ginecológica, área de Ambulatório.

1.1.6. Consulta destinada a Menopausa.

3.12. Neonatologia - Unidade de Cuidados Intensivos

3.12.1. Técnicas específicas - Suporte respiratório invasivo ou não invasivo de curta ou longa duração, alimentação parenteral e todos os cuidados que lhe são inerentes.

3.12.2. Internamento - O número de camas necessário varia de país para país, parecendo que o valor mais consensual será de uma cama por mil recém-nascidos. Na Região Centro existem 11 camas, 4 em cada maternidade e 3 no Hospital Pediátrico Carmona da Mota (HPCM), não tendo em 2010 e 2011 sido transferido qualquer recém-nascido para as outras regiões. Neste caso 0,7 camas por 1000 recém-nascidos têm sido suficientes. Tendo em conta o número de nascimentos por residência das mães por região serão necessárias: Região Norte 23-33; Região Centro 13-19; LVT e Alentejo 27-39, Algarve 3-5. As unidades dos HAPAD devem ter pelo menos 12 camas. Atualmente só existem duas unidades com essa capacidade: Maternidade Alfredo da Costa (MAC) e Maternidade Júlio Diniz (MJD).

3.12.3. Cuidados Intermédios - Há que prever um número de camas para cuidados intermédios; internacionalmente é proposto um *ratio* de duas camas de cuidados intermédios para uma cama de cuidados intensivos, tendo também em conta os prematuros tardios. Em Portugal provavelmente uma relação de 1:1-1,5 será suficiente, desde que se mantenha e aprofunde o envio dos RN depois de estabilizados para o HAP da área de residência das mães.

3.13. Hospital de Apoio Perinatal Altamente Diferenciado

3.13.1. Terão de cumprir os critérios para os HAP e HAPD e os abaixo referidos.

3.13.2. Devem ficar localizados nos hospitais A1 a selecionar.

3.14. Obstetrícia

3.14.1. Centro Pré-natal de Diagnóstico e Terapêutica Fetal creditado. A Comissão Nacional de Diagnóstico Pré-Natal deverá pronunciar-se sobre as técnicas de terapêutica fetal que deverão ser implementadas neste tipo de centros e aquelas em que as grávidas deverão ser encaminhadas para centros europeus (atualmente Barcelona, Londres e Paris).

3.14.2. Unidade de Medicina Materno Fetal, com área destinada a grávidas com patologia cardíaca major e possibilidade de Radiologia de intervenção.

3.15. Neonatologia – Unidade de Cuidados Intensivos

1.1.7. Fornecem todo o tipo de cuidados intensivos, incluindo hipotermia e cirurgia neonatal. Têm recursos humanos e técnicos para prestar cuidados a recém-nascidos abaixo das 27 semanas de gestação e concentrar se possível todas as gestações no limite da viabilidade, 23-24 semanas.

1.1.8. ECMO - uma unidade a nível nacional.

4. Proposta de Carta Hospitalar de Ginecologia - Obstetrícia e Neonatologia

4.1. Hospitais de Apoio Perinatal

A CNSMCA entende que se devem manter os hospitais assinalados nos quadros 1-5, exceto os abaixo identificados, pelo seu baixo movimento e possibilidade de serem requalificados em parceria com outras unidades hospitalares.

4.1.1. CH Póvoa de Varzim/Vila do Conde – O número de partos inferior a 1200 e a existência na proximidade de soluções eficazes, sem necessidade de custos adicionais, justifica a concentração noutro hospital;

4.1.2. Beira Interior – Embora o movimento dos três hospitais apenas justifique um HAP, por razões geográficas, sociais e a necessidade de descriminar positivamente o interior, propõe-se concentrar os partos em dois hospitais;

4.1.3. CH Oeste Norte e CH Torres Vedras – integração dos dois serviços existentes;

4.1.4. H Reynaldo dos Santos - referenciar partos para outro hospital, pelas mesmas razões referidas anteriormente. Eventual limitação pelo contrato PPP;

4.1.5. Partos em Badajoz - Sinalizar para Portalegre as residentes na área de Elvas. Duração da viagem para a maior distância inferior a 60 minutos; Sinalizar para o CH Médio Tejo, as de Ponte de Sôr, a cerca de 15 minutos de distância;

4.1.6. Bragança, CH Médio Tejo, Portalegre, Évora e Beja – embora com um número de partos inferior a 1500, manter, por questões geográficas e sociais e pela necessidade de descriminar positivamente o interior;

4.1.7. Os hospitais a manter com um número de partos inferior a 1500 ano, devem assumir o compromisso, a ser inscrito no contrato programa, que garanta a planificação anual da formação contínua dos profissionais de saúde ligados aos Serviços de Obstetrícia e Pediatria. Pelo menos 50% dos médicos e enfermeiros devem frequentar, em cada ano, cursos de formação na área da perinatologia a dinamizar pelo hospital em causa;

4.1.8. Os Blocos de Partos e as unidades de cuidados especiais de neonatologia, existentes em centros hospitalares, devem ficar localizados no mesmo hospital onde estiver sediado o Serviço de Pediatria.

5. Hospitais de apoio perinatal diferenciado e altamente diferenciado

5.1. Pela necessidade de concentrar, recursos humanos e saberes e meios técnicos propõe-se:

5.1.1. Maternidade Bissaya Barreto e Maternidade Daniel de Matos – integração num único Departamento/Serviço de Ginecologia-Obstetrícia e Serviço de Neonatologia;

5.1.2. Maternidade Alfredo da Costa, Maternidade Magalhães Coutinho e Serviço de Neonatologia do Hospital de D. Estefânia - Integração num único Departamento/Serviço de Ginecologia-Obstetrícia e Serviço de Neonatologia;

5.2. Tendo como exemplo a Região Centro, onde existem atualmente dois HAPD e a médio prazo um único, poderemos estimar para as diferentes regiões, tendo em conta o número de nascimentos e razões geográficas, os seguintes hospitais diferenciados:

5.2.1. Norte 33.046 nascimentos: HAPD – 2; HAPAD – 1;

5.2.2. Centro 19.127 nascimentos: HAPAD – 1;

5.2.3. LVT e Alentejo 39.098 nascimentos: HAPD – 2; HAPAD – 1

5.2.4. Algarve 4.862 nascimentos: HAPD - 1;

5.2.5. Região Autónoma dos Açores 2.719 nascimentos: HAPD – 1;

5.2.6. Região Autónoma da Madeira 2.529 nascimentos: HAPD – 1;

5.3. Para permitir a readaptação e reformulação da rede resultante da reclassificação dos hospitais, sem grandes sobressaltos e a consolidação de uma cultura de transferência in-útero, propõe-se que os HAPD atualmente existentes passem a HAP progressivamente: Região Norte - em 2013 passar a cinco e em 2014 a três hospitais diferenciados; Região LVT - em 2013 passa a quatro e em 2014 a três; Região Alentejo – em 2013 Évora passar a HAP. A escolha dos hospitais a priorizar será feita pelas respetivas ARS.

6. Relação entre partos nos hospitais públicos e o número de nascimentos por distrito

6.1. Região Norte: Braga, menos 1337 nascimentos - provavelmente uma parte irá nascer ao Porto; Bragança, parece haver uma transferência para Vila Real; Porto menos 2732, peso provável dos serviços privados;

6.2. Região Centro: Aveiro, menos 2463 nascimentos, transferência para Coimbra, Porto e privados; Coimbra, mais 2406, parte importante provavelmente provenientes de Aveiro, Leiria e Viseu – tendência a diminuírem nos próximos anos;

6.3. Região LVT: tem menos 8172 partos nos hospitais públicos, tendência para se verificar algum aumento nos próximos anos;

6.4. No Quadro - 7 são assinaladas as diferenças verificadas;

7. Recursos em médicos especialistas

7.1. A obstetrícia com a ginecologia constitui uma especialidade única, devendo os recursos humanos serem planificados em comum. O número de especialistas por Serviço contabilizados para 40h/semana deve ter em conta:

7.1.1. Funções de direção dos Serviços

7.1.2. Componente destinada a consultadoria e realização de consultas de proximidade de apoio à medicina geral e familiar, através da elaboração de contratos de parceria entre hospital e Agrupamento dos Centros de Saúde (ACES). No âmbito das Unidades Coordenadoras Funcionais de Saúde Materna e Neonatal devem ser elaborados protocolos de orientação clínica e/ou adaptados os que vierem a ser emanados pela Direção Geral de Saúde e harmonizados em toda a Região, através da UCF inter-hospitalares;

7.1.3. Participação na formação de outros profissionais de saúde

7.1.4. Formação contínua no Serviço, através de reuniões formais;

7.1.5. Trabalho no serviço à urgência em percentagem da carga total de horas disponíveis, que progressivamente permita a criação de equipa fixa de forma a evitar a contratação de especialistas em regime de prestação de serviços.

7.1.6. Nº de especialistas de serviço nunca inferior a dois. Se o hospital tiver <1500 partos, durante o período noturno poderá haver apenas um, desde que seja assegurada a presença física no hospital de um cirurgião.

7.2. A ACSS, em documento disponibilizado em setembro de 2011 "Necessidades Previsionais de Médicos no SNS", tendo como referência a rede materno-infantil, publicada já há alguns anos, apresentou como base de trabalho para avaliação das necessidades em obstetras, sendo omisso se ginecologistas-obstetras, o seguinte rácio: >2500 partos dez obstetras, <2500 partos nove obstetras, números manifestamente insuficientes para a maioria dos Serviços.

7.3. O número necessário de ginecologistas-obstetras é difícil de determinar. Em 2010 por 100.0 hab, havia em Portugal 15.1, França 12.6 e Áustria 19.4 e em 2009, existiam 11.1 no Reino Unido e na Noruega[4].

7.4. No número de especialistas existentes fornecidos e propostos por cada Serviço, não é claro se representam só obstetras ou ginecologistas-obstetras (Quadros 1-6).

7.5. O que se propõe em número de ginecologistas-obstetras, a título de orientação, tem como referência o número de mulheres em idade fértil por área de atração primária, por tipologia do hospital. Dependerá no futuro da classificação a definir para cada hospital, HAP, HAPD ou HAPAD, e da respetiva

[4] http://data.euro.who.int/hfadb/tables/tableA.php?id=tbla_327685001334492879&ind=5265

carteira de serviços[5], tendo em conta as características já definidas. A atribuição do número de especialistas baseada apenas no número de partos, poderá levar a grandes distorções, tendo em conta que o número de nascimentos está a diminuir e que em alguns hospitais o número de partos está inflacionado e noutros deflacionado, pelo facto de até agora não haver uma verdadeira carta hospitalar e as redes de referenciação nem sempre serem respeitadas (Quadro 7).

- A1 – um especialista por 4000-5000 mulheres em idade fértil;
- A2, B1 e B2 - um especialista por 5000-6000 mulheres em idade fértil, com menor relação se nº de partos >3000 e maior relação se partos <2500;

8. Nº de Pediatras/Neonatologistas por Serviço em 40h/semana
   8.1. Hospitais de Apoio Perinatal, integrados na equipa de pediatria;
   8.2. Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciados e Altamente Diferenciados. O número de especialistas por Serviço a ser contabilizado deve ter em conta:
      8.2.1. Funções de direção dos Serviços
      8.2.2. Componente destinada a consultadoria e participação nas Unidades Coordenadoras Funcionais de Saúde Materna e Neonatal e nas UCF inter-hospitalares com elaboração/adaptação de protocolos clínicos a serem harmonizados em toda a Região;
      8.2.3. Participação na formação de outros profissionais de saúde;
      8.2.4. Formação contínua no Serviço, através de reuniões formais;
      8.2.5. Que a organização dos horários nestas unidades não deve ser limitada pelas prática de " serviço de urgência", não aplicável neste tipo de serviços intensivos;
      8.2.6. Número de especialistas:
         - HAPD: 10
         - HAPAD: 14
         - Unidades Polivalentes: 5-7

[5] 220 dias de trabalho por médico.

" ... "

Quadro 3 - REGIÃO LISBOA e VALE do TEJO - Serviços de Obstetrícia por tipologia hospitalar, número de partos e recursos em obstetras									
Entidade Hospitalar	**Tipologia**	**População**	**Mulheres Idade Fértil 52%[14]**	**Obstetras existentes**	**Obstetras propostos Serviços**	**Partos 2010**	**Partos/ obstetra**	**Obstetras a atribuir**	**Mulheres por obstetra**
CHLN	A1	257.942	134.130	14	20	2645	189	32	4192
CHLC - MAC	A1	274.714	142.851	-	-	5769	-	36	3968
CHLC - M Coutinho				-	-	2181	-		
CHLO - HSFX	A2	280.960	146.099	23	24	2910	127	26	5619
HFF	B1	552.807	287.460	-	-	3957	-	44	6533
HPP Cascais	B2	205.117	106.661	23	34	1948	85	18	5926
H Loures	B1?	286.544	149.003	-	-	-	-	-	-

[14] Estimativa calculada dos Censos 2011. O número de mulheres em idade fértil 15-49 anos residentes na área de influência de cada hospital foi calculada partindo do princípio que a distribuição etária é semelhante em toda a região, o que dará um nº por defeito nos grandes centros e por excesso nas zonas do interior;

Tribunal Administrativo de Círculo de Lisboa
Tribunal Administrativo de Círculo de Lisboa
E-mail: correio@lisboa.taf.mj.pt
97

4304

Carta Hospitalar Materna, da Criança e do Adolescente 2012

Entidade Hospitalar	Tipologia	População	Mulheres Idade Fértil 52%[15]	Obstetras existentes	Obstetras propostos Serviços	Partos 2010	Partos/ obstetra	Obstetras a atribuir	Mulheres por obstetra
H Reynaldo dos Santos	B1	243.444	126.591	7	14	1168	167	20	6330
CHB Montijo	B1	214.226	111.398	13	24	1873	144	18	6189
HG Orta	A2	380.462	197.840	19	20	3328	175	34	5819
CH Setúbal	B1	183.340	95.337	13	18	1979	152	16	5959
CHON	B2	175.749	91.389	7	15	1507	215	15	6093
CHT Vedras	B2	172.844	89879	5	-	1085	217		
H Santarém	B1	196.669	102268	15	18	1507	100	17	6016
CHM Tejo	B1	252.684	131396	-	-	1136	-	22	5973
TOTAIS	-	3.677.502	1.912.301	139	187	32.993	-	298	6417

[15] Estimativa calculada dos Censos 2011. O número de mulheres em idade fértil 15-49 anos residentes na área de influência de cada hospital foi calculada partindo do princípio que a distribuição etária é semelhante em toda a região, o que dará um nº por defeito nos grandes centros e por excesso nas zonas do interior;

4305

Carta Hospitalar Materna, da Criança e do Adolescente 2012

LVT	Lisboa	24.930	CHLN Santa Maria	2645	-4352
			CHLC - MAC	5769	
			CHLC - Magalhães Coutinho	2181	
			CHLO - HSFX	2910	
			HFF	3957	
			HPP Cascais	1948	
			H Loures	0	
			H Reynaldo dos Santos VFX	1168	
	Setúbal	9511	CH Barreiro-Montijo	1873	-2331
			H Garcia de Orta	3328	
			CH Setúbal	1979	
	Santarém	4132	H Santarém	1507	-1489
			CHM Tejo	1136	
Alentejo	Portalegre	851	ULS Alto Alentejo	473	-378
	Évora	1462	HESE	1352	-110
	Beja	1225	ULS Baixo Alentejo	1274	49
Algarve	Faro	4823	H Faro	3291	138
			CH Barlavento Algarvio	1670	
Totais		99.713	-	83.934	-15.779

" . . . "

Quadro 10 - REGIÃO LISBOA e VALE do TEJO - Unidades de Neonatologia por tipologia hospitalar, número de internamentos <1500g e recursos em pediatras

Entidade Hospitalar	Tipologia	População	Nº Partos 2010	RN <1500g 2010	RN <1500g 2011 (9 meses)	Nº de Pediatras na Unidade	Nº de Pediatras proposto[26]
CHLN Santa Maria	A1	257.942	2645	67	52	11	10-14
CHLC - MAC	A1	274.714	5769	166	115	18	10-14
CHLC - HDE			2181	52	36	11	
CHLO - HSFX	A2	280.960	2910	72	41	8	-
HFF	B1	552.807	3957	76	62	9	10[27]
HPP Cascais	B2	205.117	1948	3	3	8	-
H Loures	B1?	286.544	-	-	-	-	-
H Reynaldo dos Santos	B1	243.444	1168	-	-	-	-
CHB Montijo	B1	214.226	1873	-	-	-	-
H Garcia de Orta	A2	380.462	3328	-	-	-	-
CH Setúbal	B1	183.340	1979	6	3	1	-

[26] Número dependente da classificação do hospital.
[27] Está referido a este hospital a título de exemplo, mas depende da decisão da localização do HAPD.

11. Neonatologia

Ver carta hospitalar obstétrica e neonatal

"..."
(cfr. doc°.n°.26 junto com o r.i., de fls. 509 a 556 dos autos).

61 – Com a entrada em funcionamento do Hospital de Cascais (2003) e do Hospital Beatriz Ângelo (Janeiro de 2012), em Loures, não alterou a referenciação que a MAC continuou a merecer de situações de gravidez de alto risco que, pelo contrário, cresceu de 2011 para 2012; aliás, tais unidades hospitalares nem estão vocacionadas para absorver as situações mais delicadas da gravidez de alto risco, área onde não têm experiência, a que acresce que nem está previsto que, no futuro, actuem como estabelecimentos de apoio perinatal diferenciado (cfr. doc°. n°. 25, junto com o r.i., de fls. 414 a 508 dos autos/ ver pps. 163 e 164 e doc°. n°.26,junto com o r.i., de fls. 509 a 556 dos autos/ ver pps,21 e 31).

62 - Não está previsto que o Hospital Reynaldo dos Santos, de Vila Franca de Xira funcione como hospital de apoio perinatal diferenciado (cfr. doc°.n°. 25,junto com o r.i., de fls. 414 a 508 dos autos/ ver pps. 163 e 164, e doc. 26, pp. 32).

63 – Mostra-se por elaborar e homologar o novo regulamento interno do CHLC, já adaptado à integração da MAC no seu seio, que devia ter sido submetido a homologação até 1 de Julho de 2012 (confissão da requerida CHLC,EPE).

64 –Não se conhece qualquer programa ou instrumento de gestão previsional, que estabeleça, em concreto, o calendário, o faseamento e o conteúdo do processo de transição, os quais obrigatoriamente teriam de prever o efectivo destino das mais de três centenas de trabalhadores da MAC, bem como das equipas multidiseiplinares constituídas, dos gabinetes de consulta e dos equipamentos.

65 - Também não se conhece qualquer estudo técnico que, com o detalhe adequado, exponha a necessidade ou sequer as vantagens da integração da MAC no HDE, tendo, designadamente, em conta a alternativa - aparentemente mais fácil, eficiente e barata - de integrar na MAC os serviços de ginecologia, obstetrícia e neonatalogia do HDE.

66 – Não foi garantida uma participação, assente em propostas detalhadas, concretas e escritas, dos profissionais de saúde da MAC no anunciado processo de integração no HDE.

67 - Em segundo lugar, porque os profissionais e as equipas multidisciplinares da MAC, os serviços diferenciados por eles prestados, e os equipamentos que os garantem, pura e simplesmente não cabem dentro das instalações disponíveis do HDE. até por uma manifesta razão de ordem material.

68 - No HDE só há disponibilidade para 22 camas para grávidas e puérperas, quando, mantendo a MAC o actual número de prtos, são necessárias, no mínimo, 30 camas para puérperas e 21 camas para grávidas internadas de alto-risco, o que corresponde áquilo que é tecnicamente aconselhável para os hospitais que realizem apoio perinatal diferenciado.

69 - No HDE, na urgência, há 7 espaços para situações de trabalho de parto, enquanto na MAC há actualmente 11 espaços, em utilização regular (cfr. auto de inspecção judicial).

70 - No HDE não há disponibilidade para a instalação de um espaço com monitorização e vigilância de grávidas de alto-risco com patologias graves — uma URCI (Unidade de Recuperação e Cuidados Intensivos/Intermédios), onde possam ser internadas as situações de mais alto risco obstétrico (por exemplo, patologia hipertensiva grave) -, como existe na MAC e se provou ser uma grande mais-valia para a redução da morbilidade e mortalidade dos prematuros e dos bebés de muito baixo peso, o que, nos hospitais de apoio perinatal diferenciado, é aconselhado pelos padrões técnicos actualmente vigentes.

71 - No HDE não há capacidade para absorver as actuais camas para cuidados intensivos e intermédios da Unidade de Neonatalogia da MAC — regularmente utilizadas em simultâneo -, não existindo sequer a possibilidade de para lá transferir as actuais "estruturas de isolamento" existentes na MAC, as quais reduzem significativamente o risco de infecções cruzadas e apesar do elevado investimento realizado - teriam de ser abandonadas.

72 - No HDE não é possível assegurar o actual rácio de 1:2 entre camas para cuidados intensivos neonatais e camas para cuidados intermédios nconatais existente na MAC, o que implicará a transferência dos bebés prematuros para outros espaços que terão de partilhar com bebés com patologias pediátricas, numa "mistura" altamente inconveniente (clínica e psicologicamente); de resto, como já se disse, os padrões internacionalmente vigentes aconselham mesmo esse rácio.

73 - No HDE não há espaço para a instalação dos gabinetes de consulta diferenciada que actualmente exercem a sua actividade na MAC (cfr. auto de inspecção judicial).

74 - A eliminação ou redução significativa das consultas diferenciadas da MAC que foram abertas e ruantidas desde 1989, tomando-se referências nacionais, pela quantidade dos casos atendidos e pela qualidade dos serviços fornecidos, acolhendo populações com necessidades especiais, quer sob o ponto de vista clínico (diabetes, hipertensão, doenças imunológicas, etc), quer sob o ponto de vista social (adolescentes, patologia aditiva).

75 -A eliminação ou redução significativa das equipas multidisciplinares da MAC, que incluem médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas e fisioterapeutas, coloca em risco equipas que levam tempo a construir e a gerar confiança.

76 - A eliminação ou redução significativa dc vários serviços diferenciados, particularmente o serviço de neonatalogia (acreditado intemacionalmente), cuja estrutura

fisica — recentemente instalada, com custos elevadíssimos — proporciona uma base logística de ponta, a qual não é sequer susceptível de ser "transplantada" para as instalações do HDE.

77 - É hoje intemacionalmente reconhecido que o sucesso no combate à morbilidade e mortalidade dos recém-nascidos depende da existência de unidades diferenciadas onde ocorra um grande número de partos, com urna especial diferenciação dos seus profissionais e onde se verifique uma concentração dos recém-nascidos de alto risco:

a) A maioria dos estudos que investizam a relação entre_prognostico neonatal e o nível de cuidados perinatais indicam que a morbilidade e a mortalidade dos recém-nascidos de muito baixo peso. são menores quando o nascimento ocorre numa unidade com um maior número de partos e maior diferenciação dos profissionais, incluindo a presença de sub-especialidades pediátricas. O risco de mortalidade dos recém-nascidos com menos de 1500 ramas de peso ao nascer é signflcativamente superior se o parto ocorrer num hospital sem unidade de cuidados intensivos. Os recém-nascidos abaixo dos 1500 ramas, representam menos de 1% dos nados vivos nacionais, mas correspondem a cerca de 55% da mortalidade neonatal e a 173 da mortalidade infantil.

b) A concentração dos RN de alto risco é recomendada porque rentabiliza os recursos e melhora a eficiência e efectividade. Para tal, é necessário consolidar as redes perinatais regionais (RPR), que garantam a coordenação, comunicação, cooperação, continuidade, complementaridade, concentração de recursos e um sistema de avaliação e formação continuas," — cfr. doc°.26. 26, pp..

78 – A MAC é o estabelecimento hospitalar do CHLC que está em melhores condições logísticas de funcionarnento, em face das caracteristicas, dimensão e capacidade de instalação do edificio da MAC e as instalações afectas à "MAC" no HDE.

79 - A MAC foi renovada ao longo da última década, estando hoje dotada de boas infra-estruturas em quase toda a sua área de actuação.

80 - A parte eléctrica foi completamente renovada.

81 - É verdade que tem problemas no telhado e nalgumas áreas da canalização, o que não fosse a integração daqui a dois ou três anos no Hospital de Lisboa Oriental — justificaria uma renovação de tal telhado e dessas áreas de canalização (confissão).

82 - Nem o telhado nem a canalização geram um risco de segurança imediato ou, pelo menos, um risco que não possa ser acautelado com medidas pontuais que salvaguardem os padrões de segurança exigidos.

83 - O custo dessas reparações — a que falta, repete-se, uma avaliação técnica credível, que não é conhecida — não tem expressão significativa perante o custo que implicaria a integração da MAC no HDE em condições de receber cabalmente os profissionais, os serviços e o equipamento da MAC, o que geraria um investimento de muitos milhões de euros, muito superior ao valor dessas reparações.

84 - O CHLC, EPE tem ainda um Regulamento Interno homologado pelo Secretário de Estado Adjunto da Saúde em 17 de março de 2008, disponível para consulta no site do Requerido (confissão, cf. artº. 25º da oposição do CHLC, EPE).

85 - No âmbito de processo de restruturação e reordenamento do serviços e estabelecimentos hospitalares em Lisboa - não identificado, e cujo teor e diligências igulamente não identificadas – foi elaborado estudo da "Antares para a CTI", patenteado no documento nº1 junto com a oposição do CHLC, cujo teor aqui se dá por reproduzido, no qual é proposto o desenvolvimento de três polos hospitalares na cidade de Lisboa (cfr. docº. de fls. 659 a 677 dos autos).

86 – O Plano de Negócios para o triénio 2012-2015, do CHLC, EPE, prevê o ajustamento necessário para a transferência para o novo Hospital de Lisboa Oriental, o qual substituirá o Centro Hospitalar de Lisboa Central, plano cconstante do documento nº2, junto com a oposição do CHLC,EPE, cujo teor aqui se dá por reproduzido, e do qual extrai-se o seguinte (cfr. docº. de fls. 680 a 818 dos autos):

"..."

O HLO substituirá o Centro Hospitalar Lisboa Central pelo que condicionará o encerramento do conjunto dos Estabelecimentos que constituem o Centro (o Hospital de S. José, o Hospital dos Capuchos, o Hospital de Santa Marta e o Hospital D. Estefânia), bem como do Hospital de Curry Cabral e da Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

A necessidade de realizar ajustamentos ao planeamento das prestações de saúde na área de Lisboa e de criar desde já sinergias no âmbito da actual rede hospitalar que permita a definição do futuro mapa de estabelecimentos de saúde, criando os consensos necessários em torno dos objectivos de prestação de cuidados de saúde de maior qualidade e direccionados para os utentes, com os consequentes ganhos em saúde, aconselha ao alargamento do Centro Hospitalar de Lisboa Central, que constituirá o núcleo essencial do futuro Hospital de Lisboa Oriental, aos outros estabelecimentos que participarão, igualmente, de forma relevante na constituição daquele polo hospitalar nomeadamente o Hospital de Curry Cabral, E.P.E e a Maternidade Dr. Alfredo da Costa, ao mesmo tempo que se redirecciona a oferta tendo em conta a limitação dos impactos originados pela abertura do Hospital Beatriz Ângelo nos estabelecimentos nos estabelecimentos de saúde que têm maiores interacções nomeadamente CHLN, HCC e MAC.

"..."

87 – Em Junho de 2011, foi encerrado o serviço de urgência de ginecologia e obstetrícia do HDE – Hospital Dona Estefânea, com vista a possibilitar a realização de obras, e a partir dessa data, alguns – não apurado o número – elementos das equipas de urgência do HDE (médicos e enfermeiros) passaram a prestar serviço de no serviço de urgência da MAC.

88 - Sempre que na MAC foi, e é necessário efectuar uma intervenção cirúrgica em recém nascidos estes têm de ser transportados e transferidos para o HDE, sem que tenha ocorrido quaisquer riscos graves, decorrentes daquela prática e deslocação (apoio do INEM) para os bebés acabados de nascer.

89 – Na MAC não existe um serviço de cirurgia a recém-nascidos.

90 - Efectivamente o Serviço de Neonatologia da MAC tem prestado um bom serviço aos recém-nascidos de extremo baixo-peso, tendo provavelmente a maior casuística na região sul do Pais (confissão da requerida CHLC,EPE, cfr. artº. 104º da oposição).

91 - A manutenção do Banco de Leite Humano encontra-se garantida, tendo já prevista estrutura física e organizacional na Área da Pediatria Médica do HDE (cfr.auto inspecção).

92 – No CHLC, EPE existem também unidades/áreas de anestesiologia, patologia clínica, anatomia patológica, psicologia clínica, serviço social, adolescência, nutrição e fisioterapia.

93 – Os contratos-programa para 2012, encontram-se todos assinados, tendo os mesmos sido celebrados na sequência do envio dos Planos de desempenho para os referidos anos, conforme teor do documento n.º 10, junto com a oposição do CHLC,EPE, cujo teor aqui se dá por reproduzido (cfr. docº. de fls. 839 a 917 dos autos).

94 - Foi elaborado estudo pela ARSLVT, IP no âmbito da Reorganização da Oferta de Cuidados Hospitalares na Cidade de Lisboa, em Setembro de 2011, face ao impacto da abertura do Hospital Beatriz Ângelo, contido no documento n.º 19, junto com a oposição do CHLC, EPE, cujo teor aqui se dá por reproduzido(cfr. docº. de fls. 1822 a 1847-verso dos autos).

95 - A redução do movimento assistencial em consequência da redução do número de partos na área de Lisboa (acompanhando a redução da natalidade a nível nacional) e da alteração da rede de referenciação no âmbito da abertura dos novos hospitais de Cascais, Loures e (brevemente) Vila Franca de Xira, previa conduzir à verificação de redução da atividade registada no CHLC, EPE.

96 - No período de 2008 a 2012, a redução do número de partos é de 7.868 partos em 2008 e para 4633 partos em 2012 (cfr. docº. nº. 11 junto com a oposição do CHLC,EPE)..

97 - Os valores em concreto resumem-se a:

ANO / Nº PARTOS

2008 - 7.868

2009 - 7.357

2010 - 7.329

2011 - 6.400

2012 - 4.633
(cfr. doc°. n°. 11 junto com a oposição do CHLC,EPE)..

98 - Os estudos posteriores, da ARSLVT, IP baseados na casuística registada em **2010** nos hospitais da região, apontam para 2.521 partos a realizar no CHLC, EPE a utentes residentes na área de influência do Hospital, conforme documento n.° 12, junto com a oposição do CHLC, EPE, cujo teor aqui se dá por reproduzido (cfr. doc°. de fls. 1592 a 1667 dos autos).

99 - A existência de vantagens técnicas da junção das várias unidades de Pediatria e de Ginecologia e de Obstetrícia no HDE, tais como a maior proximidade entre os serviços de Medicina Materno Fetal com todas as especialidades pediátricas, nomeadamente com a possibilidade de realização de cirurgia neo-natal, salientando-se que casos como, por exemplo, fetos com diagnóstico in útero de hérnias diafragmáticas, sempre foram e são asseguradas pelo funcionamento da MAC, sem que aqueles objectivos se mostrem comprometidos pelo funcionamento da MAC e HDE em locais e unidades de saúde distintos.

100 – A transferência por ambulância, eplo INEM Pediátrico, da MAC para o HDE, de ou para outra unidade hospitalar, não agravou no passado, nem contribuiu ou contribui para agravar a taxa de mortalidade de recém-nascidos.

101 – A Maternidade do HDE efetuava cerca de 2200 partos antes do seu encerramento.

102 - No HDE realizam-se procedimentos cirúrgicos e de outras subespecialidades, próprias de um Hospital Pediátrico Central e Especializado.

103 – A ARSLVT, IP promoveu a atualização da plataforma eletrónica de referenciação para primeira consulta de especialidade hospitalar, nomeadamente nas especialidades de Ginecologia e Obstetrícia, conforme documento n.° 13, junto com a oposição do CHLC, EPE, cujo teor aqui se dá por reproduzido (cfr. doc°. de fls. 1669 a 1693 dos autos).

104 - O Conselho de Administração nomeou vários grupos de trabalho, publicados na intranet do CHLC, EPE (que por sua vez se desdobraram em subgrupos), para apreciação técnica das soluções a adotar, apresentação de propostas e recomendações e apresentação de prazos para a execução dos projetos em curso, conforme documento n.° 14 , junto com a oposição do CHLC,EPE, cujo teor aqui se dá por reproduzido (cfr. doc°. de fls. 1695 a 1750 dos autos).

105 - Do envolvimento dos profissionais resultaram a aprovação de actas de reuniões e plantas dos novos espaços a instalar, como seja a nova unidade de cuidados intensivos neonatais, conforme documento n.° 14 , junto com a oposição do CHLC,EPE, cujo teor aqui se dá por reproduzido (cfr. doc°. de fls. 1695 a 1750 dos autos).

106 – Na área da Pediatria Médica (Neonatologia e Ambulatório), houve constituição de grupos de trabalho envolvendo sobretudo profissionais do HDE (cfr. documento n.° 14 , junto com a oposição do CHLC,EPE, cujo teor aqui se dá por reproduzido (cfr. doc°. de fls. 1695 a 1750 dos autos).

107 - Vários são os relatos (6) de equipamentos danificados (sempre os mesmos ecógrafos), e incubadoras (2), a necessitar de manutenção, conforme documento n.° 16, junto com a oposição do CHLC,EPE, cujo teor aqui se dá por reproduzido (cfr. doc °. de fls. 1754 a 1760, e de fls. 1786 a 1788 dos autos).

111 - Não são confeccionadas nas instalações da MAC as refeições a servir aos doentes internados, sendo as mesmas provenientes do HDE, conforme documento n.° 16 junto com a oposição do CHLC,EPE, cujo teor aqui se dá por reproduzido (cfr. doc °. de fls. 1761 e 1762 dos autos).

108 - As actuais instalações da MAC necessitam de intervenções a nível do telhado, e nas canalizações, e rede de água destinada a consumo humano da MAC, conforme documentos n.° 17 e 18 juntos com a oposição do CHLC, EPE, cujo teor aqui se dá por reproduzido (cfr. doc°s. de fls. 1789 a 1769 e de fls. 1798 a 1821 dos autos).

109 - Um hospital monovatente não deve persistir porque, enquanto unidade prestadora de cuidados materno-infantis, não deve ter uma única área de ação médica, mas deve integrar-se em várias especialidades e serviços que se complementam e contribuam para uma resposta mais adequada e abrangente às necessidades.

110 – No retatório final da petição n.° 166/XII (Continuidade do funcionamento da Maternidade Dr. Alfredo da Costa), elaborado peLa Comissão Parlamentar da Saúde , pode ler-se: *"Outra questão é a de saber se é justificada ou mesmo tecnicamente correta e adequada a persistência de unidades prestadoras de cuidados materno-infantis monovalentes, isto é, com uma única área de acção médica.*

A esse respeito é entendimento generalizado na comunidade científica que as referidas unidades devem integrar-se em várias especialidades e serviços que se complementem e contribuam para uma resposta mais adequada e abrangente às necessidades, não só das crianças, como também das mães em situo ção de especial vulnerabilidade", conforme documento n°1, junto com a oposição do Ministério da Saúde, cujo teor aqui se dá por reproduzido (cfr. doc°. de fls. 2206 a 211-verso dos autos).

111 – Em 28.11.2012 foi tomada deliberação pelo Conselho de Administração do CHLC,EPE, cujo teor abaixo reproduz-se (fr. doc°. de fls. 2214 a 2216 dos autos):"

DELIBERAÇÃO

- Atendendo a que o número de utentes/doentes na área da Obstetrícia e Ginecologia do CHLC/MAC tem vindo a diminuir de forma gradual mas sistematicamente desde o principio do presente ano de acordo com a informação anexa (Anexo I).
- Atendendo que a capacidade instalada ultrapassa a capacidade utilizada (Anexo II).
- Atendendo a que os recursos devem ser ajustados às necessidades:

O Conselho de Administração delibera a redução de 29 (vinte e nove) camas de obstetrícia que correspondem ao puerpério 2 e a redução de 7 (sete) camas de Ginecologia. Estas reduções devem verificar-se até ao dia 21 de Dezembro.

Os recursos humanos resultantes deste ajustamento serão afectos a outras actividades e Instituições do CHLC.

CHLC, 28 de Novembro de 2012

O Conselho de Administração

TERESA SUSTELO
Presidente do Conselho de Administração

Laura Silveira
Vogal Executivo

Eduardo Gomes da Silva
Director Clínico

ANA SOARES
Enfermeira Directora

N.º de Partos - ANEXO I

Mês	2010			2011			2012-2010
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Jan	153	465	618	13	463	476	-142
Fev	133	429	562	5	389	394	-168
Mar	146	398	544	10	405	415	-129
Abr	145	426	571	7	382	389	-182
Mai	141	405	546	12	407	419	-127
Jun	48	491	539	7	359	366	-173
Jul	5	481	486	7	354	361	-125
Ago	22	547	569		396	396	-173
Set	7	571	578		371	371	-207
Out	6	464	470		340	340	-130
Nov (*)	7	461	468		391	391	-77
Dez (*)	8	441	449		350	350	-99
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

(*) Os valores de 2012 foram estimados.

Movimento Assistencial MAC - ANEXO II

Mês	2011 Lotação	D. Saídos (s/ TI)	Transf. Internas	Demora Média	Taxa de Ocupação	2012 Lotação	D. Saídos (s/ TI)	Transf. Internas	Demora Média	Taxa de Ocupação
Ginecologia										
Jan	19	97	3	2,7	47,5	19	94	3	3,0	53,5
fev	19	93	3	2,8	50,4	19	76	3	3,1	51,9
mar	19	107	3	3,0	59,9	19	83	1	3,3	48,9
abr	19	101	6	3,1	55,3	19	67	3	4,4	42,1
mai	19	98	3	3,3	58,7	19	75	2	3,0	47,0
Jun	19	93	1	3,2	54,2	19	75	5	3,4	40,2
jul	19	120	4	3,2	64,5	19	81	4	2,9	45,7
ago	19	70	1	3,1	40,4	19	64	1	3,6	38,2
set	19	123	5	3,0	66,0	19	76		3,1	40,5
out	19	125	4	2,9	60,8	19	79		2,9	38,5
nov	19	117	6	2,8	61,2	19	78	2	3,1	40,9
dez	19	99	2	3,0	48,9	12	73	1	3,3	61,0
Medicina Materno-Fetal										
jan	24	48	98	3,6	88,2	24	59	109	4,1	91,0
fev	24	51	103	4,3	80,4	24	55	97	4,1	88,8
mar	24	54	105	3,7	80,5	24	61	120	4,0	79,0
abr	24	51	126	3,2	74,7	24	45	92	3,8	72,5
mai	24	67	85	3,3	85,3	24	53	114	3,4	83,6
jun	24	56	119	3,9	82,2	24	42	93	4,1	82,1
jul	24	63	117	3,2	81,2	24	41	84	4,9	87,9
ago	24	55	102	4,4	92,3	24	53	98	4,6	83,1
set	24	54	132	3,5	83,8	24	31	83	5,1	85,6
out	24	40	122	3,1	76,3	24	40	79	4,7	87,1
nov	24	45	62	4,9	90,8	24	30	94	3,3	84,0
dez	24	58	79	5,0	88,4	24	48	68	5,6	85,1
Puérperas 1										
jan	32	323	1	2,1	66,3	32	335	2	2,0	66,4
fev	32	291	5	2,0	70,1	32	264	1	2,0	58,1
mar	32	287	2	2,1	58,4	32	274	2	2,0	57,6
abr	32	295	2	2,0	61,0	32	281	1	2,0	57,1
mai	32	308	3	2,0	61,5	32	270	0	2,1	57,5
jun	32	326	2	1,9	69,1	32	262		2,0	56,1
jul	32	326	3	2,0	66,7	32	253	3	2,1	54,3
ago	32	348		2,0	69,9	32	271	1	2,1	58,5
set	32	358	2	2,0	75,9	32	254	2	2,1	54,0
out	32	320	2	2,0	63,6	32	225	1	2,1	48,8
nov	32	311	3	2,0	68,8	32	265	1	2,1	56,9
dez	32	300	1	2,0	59,4	32	374	3	2,3	86,7
Puérperas 2										
jan	29	158	5	2,8	50,2	29	165	2	2,8	51,5
fev	29	158	5	2,8	55,9	29	124	5	2,9	48,0
mar	29	135	5	2,9	44,9	29	148		2,8	45,1
abr	29	148		2,8	49,7	29	135	2	2,8	44,5
mai	29	129	6	3,0	42,6	29	133	3	2,9	46,3
jun	29	166	5	2,7	54,7	29	128	3	3,1	43,8
jul	29	180	2	2,7	52,9	29	120	1	2,9	39,7
ago	29	206		2,7	62,5	29	139	2	2,9	45,4
set	29	214	1	2,7	69,1	29	137	2	3,0	47,8
out	29	175	1	2,8	51,1	29	121	2	2,9	38,5
nov	29	142		2,8	47,4	29	143	1	2,8	46,0
dez	29	167		2,7	48,8					

Observ.: Novembro e Dezembro estimados.

112 - A aludida projeção foi actualizada com o estudo de impacto da abertura do Hospital de Loures - Beatriz Ângelo, conforme doc°s. n°s.. 9 e 10 (este último dtado de Setembro de 2011),juntos com a oposição da requerida Ministério da Sáude, cujo teor aqui se dá por reproduzido, e dos quais extrai-se o seguinte:
"..."
".. Hospital Betariz Ângelo , data de inicio em 19.01.2012, e inicio de todas as especialidades em Fev.2012, cujas valências médicas não inclui a neonatologia, a obstetricia e a ginecologia, embora preveja 21 camas para estas duas últimas especialidades (cfr. fls. 2541, 2542 2546 dos autos), e prevê um Bloco de Partos – 5 quartos de parto e 3 salas de parto (cfr. fls. 2547 dos autos)."
(cfr. doc°s. de fls. 2457 a 2534 e de fls. 2535 a 2584 dos autos).

113 – A diminuição do movimento assistencial em consequência da redução do número de partos na área de Lisboa, acompanha a redução da natalidade a nível nacional, e da alteração da rede de referenciação no âmbito da abertura dos novos Hospitais (Cascais, Loures e Vila Franca de Xira), poderá ter tido redução da actividade registada no CHLC, impacto que não está apurado com referência aos nocos hospitais (Cascais, Loures e Vila Franca de Xira), conforme doc. 11 junto com a oposição da requerida Ministério da Saúde (cfr. doc°. de fls. 2585 a 2589 dos autos).

114 – A ARSLVT,IP procedeu à actualização das redes de referenciação da especialização de Obstetrícia, Área Materno-Infantil, conforme doc. 12 junto com a oposição da requerida Ministério da Saúde , cujo teor aqui se dá por reproduzido (cfr. doc°. de fls. 2590 a 2594 dos autos).

115 – Em 15.06.2012, foi tomada deliberação pelo Conselho de Administração do CHLC,EPE, cujo teor abaixo aqui se dá por reproduzido, e extrai-se o seguinte (cfr. doc°. de fls. 2595 a 2617 dos autos):"

DELIBERAÇÃO

O Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Central, em reunião do dia 15 de Junho de 2012 deliberou nomear o Dr. Gonçalo Cordeiro Ferreira, Director da Área de Pediatria Médica do HDE e a Senhora Drª Teresa Tomé, Directora do Serviço de Neonatologia da MAC e as Senhoras Enfermeiras Chefes Teresa Candelas e Esmeralda Pereira da Área de Pediatria Médica do HDE e do serviço de Neonatologia da MAC, para constituírem o grupo de trabalho de integração da Pediatria Médica/Neonatologia da MAC no HDE.

O grupo deve apresentar no prazo de 20 dias um plano de trabalho que contemple além de constituição de outros grupos de trabalho específicos também um calendário de implementação da integração das estruturas da especialidade em causa.

O Conselho de Administração

TERESA SUSTELO
Presidente do Conselho de Administração

Eduardo Gomes da Silva
Director Clínico

Ana Soares
Enfermeira Directora

ANA ISABEL GONÇALVES
Vogal Executivo

Laura Silveira
Vogal Executivo

Na sequência da reunião de 05 de Julho de 2012 com o Grupo de Obstetrícia/Materno Fetal foi proposta a nomeação dos seguintes subgrupos de trabalho:

Laura Silveira
Vogal Executiva

Eduardo Gomes da Silva
Director Clínico

I – Ambulatório:

- Dr. Ricardo Mira – Director da Área de Obstetrícia/Ginecologia do CHLC (Coordenador do Grupo);
- Enf.ª Helena Arruda;
- Dr. Joaquim Correia;
- Enf.ª Maria Jesus Martins;
- Dr.ª Maria José Alves;
- Dr.ª Manuela Almeida;
- Dr.ª Manuela Caetano;
- Enf.ª Olívia David;
- Dr.ª Paula Caetano;
- Enf.ª Paula Pereira.

Ana Soares
Enfermeira Directora

II - Centro DPN:

- Dr. Ricardo Mira – Director da Área de Obstetrícia/Ginecologia do CHLC (Coordenador do Grupo);
- Dr.ª Ana Bernardo;
- Dr. Joaquim Correia;
- Dr.ª Manuela Almeida;
- Enf.ª Olívia David;
- Dr.ª Paula Caetano;
- Enf.ª. Sandra Castanho;
- Enf.ª Susana Costa.

III - Unidades Multidisciplinares:

- Dr. Ricardo Mira – Diretor da Área de Obstetrícia/Ginecologia do CHLC (Coordenador do Grupo);
- Enf.ª. Alexandra Fradeira;
- Dr.ª Alice Cabugueira;
- Dr.ª Ana Alegria;
- Dr.ª Ana Campos;
- Dr.ª Cristina Guerreiro;
- Prof. Fátima Serrano;
- Enf.ª Jesus Martins;
- Dr.ª Manuela Almeida;
- Dr.ª Maria Augusta Borges;
- Enf.ª Nélia Alves;
- Enf.ª Olívia David;
- Enf.ª. Paula Pereira;
- Dr.ª Patrícia Silva;
- Dr.ª Teresa Ventura;

IV - Internamento:

- Dr. Ricardo Mira – Director da Área de Obstetrícia/Ginecologia do CHLC (Coordenador do Grupo);
- Prof. Fátima Serrano;
- Enf.º Fernando Prada;
- Dr.ª Isabel Nery;
- Enf.ª. Lurdes Farinha;
- Dr.ª Manuela Almeida;
- Enf.ª. Manuela Amaral;
- Dr.ª Maria José Alves;
- Enf.ª Olívia David;
- Dietista Alexandra Cruz.

Sessão de 11/07/2012
Conselho de Administração do
Centro Hospitalar de Lisboa
Central, EPE

DELIBERAÇÃO

O Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Central, em 15 de Junho de 2012 deliberou nomear um grupo de trabalho de Ginecologia composto por:

- Dr. Ricardo Mira, Director de Área de Ginecologia e Obstetrícia do HDE
- Dr. Carlos Marques, Director de Serviço de Ginecologia da MAC
- Enfª Chefe Olivia David, Enfª Coordenadora da Área de Ginecologia e Obstetrícia do HDE
- Enfª Chefe Anabela Dias – Internamento de Ginecologia
- Enfª Responsável Cristina Nero - Bloco Operatório de Ginecologia da MAC
- Enfª Responsável Marta Pereira – Consulta de Ginecologia

Este grupo de trabalho irá fazer o levantamento das necessidades para gestão do ambulatório e do internamento da Ginecologia no CHLC.
Elaborar o inventário dos equipamentos.
Planificar a integração de equipas MAC/HDE a curto prazo.
Planificar a actividade clínica imediata de modo a reduzir as listas de espera de doentes (LIC).
Identificar áreas de diferenciação estratégicas para o CHLC e planear a constituição de grupos de trabalho para a sua implementação.
Avaliar a adequação do que está previsto nesta área para o HLO
Apresentar no prazo de 20 dias um plano de integração da Ginecologia das duas Unidades Hospitalares tendo em conta os pontos anteriores.

O Conselho de Administração

TERESA SUSTELO
Presidente do Conselho de Administração

ANA ISABEL GONÇALVES
Vogal Executivo

116 – Em 27.06.2012, foi tomada deliberação pelo Conselho de Administração do CHLC,EPE, cujo teor abaixo reproduz-se (cfr. doc°. de fls. 2603 dos autos):"

Tribunal Administrativo de Círculo de Lisboa

DELIBERAÇÃO

O Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Central, em reunião de 27 de Junho de 2012, concordou com as propostas feitas pelo Srs. Drs. Gonçalo Cordeiro Ferreira e Teresa Tomé, Sras. Enfermeiras Teresa Candeias e Esmeralda Pereira, deliberou proceder às respectivas nomeações.

Grupo de Transporte Neonatal e Pediátrico (INEM)

- Dra Ana Cristina Matos
- Dra Lurdes Ventura
- Enf Teresa Candeias
- Enf Esmeralda Pereira (delegará na enf Purificação Moita)

Grupo de Assistência Neonatal

GCF e Enfª Teresa Candeias (para introdução e coordenação)

- Dra Teresa Tome / Dra Cristina Matos
- Dra Micaela Serelha
- Dra Helena Gonçalves
- Enfª Paula Pinto e Enfª Margarida Pimenta
- Enfª Esmeralda Pereira / Enfª Margareth Durão

Este GT será posteriormente subdividido em 2:

Subgrupo de Estruturas

- Representante AGIE
- Enf. António Maurício
- Drª Israel Macedo

Subgrupo de Processos

- Dra Maria João Lage
- Dra Filomena Pinto
- Enf Vicência Patrício
- Representante da AGSTI

O Conselho de Administração

Ana Soares
Enfermeira Directora

Teresa Sustelo
Presidente do Conselho de Administração

Eduardo Gomes da Silva
Director Clínico

Tribunal Administrativo de Círculo de Lisboa

117 - Em 20.06.2012, foi tomada deliberação pelo Conselho de Administração do CHLC,EPE, cujo teor abaixo reproduz-se (cfr. doc°. de fls. 2612 dos autos):"

DELIBERAÇÃO

Em aditamento à deliberação de 20 de Junho de 2012 relativa ao grupo de trabalho para integração do Serviço de Medicina Materno Fetal da MAC no HDE, o Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Central, em 27 de Junho de 2012 deliberou nomear o grupo de trabalho, com a nova constituição:

- Dr. Ricardo Mira, Director de Área de Ginecologia e Obstetrícia do HDE
- Dra. Ana Campos, Directora do Serviço de Medicina Materno Fetal da MAC;
- Dra. Maria José Alves, Chefe de Serviço, Serviço de Medicina Materno Fetal da MAC;
- Dra. Clara Soares, Chefe de Serviço, Serviço de Medicina Materno Fetal da MAC;
- Dr. Joaquim Correia, Chefe de Serviço, Serviço de Medicina Materno Fetal da MAC;
- Dra. Manuela Caetano, Assistente Hospitalar Graduada de Ginecologia/Obstetrícia do HDE;
- Enfª Chefe Olívia David, Enfª Coordenadora da Área de Ginecologia e Obstetrícia do HDE;
- Enf.ª Chefe Manuela Amaral, Serviço de Medicina Materno Fetal da MAC;
- Enfª Chefe Lurdes Farinha, Serviço de Puerpério da MAC;

O grupo deve apresentar desde já a constituição de grupos de trabalho específicos e no prazo de 20 dias um plano de trabalho que contemple um calendário de implementação da integração das estruturas da especialidade em causa.

O Conselho de Administração

Teresa Sustelo
Presidente do Conselho de Administração

Laura Sinde
Vogal Executivo

Director Clínico

118 - Em 20.06.2012, foi tomada deliberação pelo Conselho de Administração do CHLC,EPE, cujo teor abaixo reproduz-se (cfr. doc°. de fls. 2615 dos autos):"

DELIBERAÇÃO

O Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Central, em 20 de Junho de 2012 deliberou nomear um grupo de trabalho para integração da Urgência de Ginecologia e Obstetrícia, composto por:

- Dr. Ricardo Mira, Director de Área de Ginecologia e Obstetrícia do HDE
- Dra. Clara Soares, Coordenadora do Serviço de Urgência da MAC;
- Dra. Manuela Coelho, Chefe de Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do HDE;
- Enfª Chefe Olívia David, Enfª Coordenadora da Área de Ginecologia e Obstetrícia do HDE;
- Enf.ª Chefe Inês Machado, Serviço de Urgência/Bloco de Obstetrícia da MAC.

O grupo deve apresentar no prazo de 20 dias um plano de trabalho que contemple, além da constituição de outros grupos de trabalho específicos, também um calendário de implementação da integração das estruturas da especialidade em causa.

O Conselho de Administração

Teresa Sustelo
Presidente do Conselho de Administração

Ana Soares
Enfermeira Directora

Eduardo Gomes da Silva
Director Clínico

Tribunal Administrativo de Círculo de Lisboa

119 – Em 11.07.2012, foi tomada deliberação pelo Conselho de Administração do CHLC,EPE, cujo teor abaixo reproduz-se (cfr. doc°. de fls. 2622 dos autos):"

Nomeação de Grupos de Trabalho

Na sequência da proposta apresentada pelo Grupo de Obstetrícia/Medicina Materno Fetal reunido em 05 de Julho, o Conselho de Administração deliberou em reunião de 11 de Julho, nomear o seguinte grupo de trabalho, o qual deverá apresentar propostas mo prazo de 30 dias, tendo em vista a integração da especialidade:

Grupo de Trabalho - Formação Enfermagem:

- Enf.ª. Olívia David;
- Enf.ª Ofélia Lopes;
- Enf.ª Isabel Vieira;
- Enf.ª Teresa Castro.

O Conselho de Administração

Ana Soares
Enfermeira Directora

Eduardo Gomes da Silva
Director Clínico

Vogal Executivo

Vogal Executivo

120 - Em 11.07.2012, foi tomada deliberação pelo Conselho de Administração do CHLC,EPE, cujo teor abaixo reproduz-se (cfr. doc°. de fls. 2623 dos autos):"

Nomeação de Grupos de Trabalho

Na sequência da proposta apresentada pelo Grupo de Obstetrícia/Medicina Materno Fetal reunido em 05 de Julho, o Conselho de Administração deliberou em reunião de 11 de Julho, nomear o seguinte grupo de trabalho, o qual deverá apresentar propostas mo prazo de 30 dias, tendo em vista a integração da especialidade:

Grupo de Trabalho - Unidade de Adolescência:

- Dr. Ricardo Mira – Director da Área de Obstetrícia/Ginecologia do CHLC (Coordenador do Grupo);
- Dr.ª Fátima Palma;
- Dr.ª Fátima Xarepe;
- Dr.ª Filomena Sousa;
- Dr.ª Joana Pombo;
- Dr.ª Maria José Alves;
- Dr.ª Maria Jesus Correia;
- Dr.ª Manuela Almeida;
- Enf.ª. Olívia David;
- Enf.ª Patrícia Couteiro;
- Enf.ª. Sílvia Diogo.

O Conselho de Administração

Ana Soares
Enfermeira Directora

Eduardo Gomes da Silva
Director Clínico

121 - Em 11.07.2012, foi tomada deliberação pelo Conselho de Administração do CHLC,EPE, cujo teor abaixo reproduz-se (cfr. doc°. de fls. 2624 dos autos):"

4326

Nomeação de Grupos de Trabalho

Na sequência da proposta apresentada pelo Grupo de Obstetrícia/Medicina Materno Fetal reunido em 05 de Julho, o Conselho de Administração deliberou em reunião de 11 de Julho, nomear o seguinte grupo de trabalho, o qual deverá apresentar propostas mo prazo de 30 dias, tendo em vista a integração da especialidade:

Grupo de Trabalho - Centro DPN:

- Dr. Ricardo Mira – Director da Área de Obstetrícia/Ginecologia do CHLC (Coordenador do Grupo);
- Dr.ª Ana Bernardo;
- Dr. Joaquim Correia;
- Dr.ª Manuela Almeida;
- Enf.ª Olívia David;
- Dr.ª Paula Caetano;
- Enf.ª. Sandra Castanho;
- Enf.ª Susana Costa.

O Conselho de Administração

Ana Soares
Enfermeira Directora

Vogal Executivo

Eduardo Gomes da Silva
Director Clínico

122 - Em 11.07.2012, foi tomada deliberação pelo Conselho de Administração do CHLC,EPE, cujo teor abaixo reproduz-se (cfr. doc°. de fls. 2625 dos autos):"

Nomeação de Grupos de Trabalho

Na sequência da proposta apresentada pelo Grupo de Obstetrícia/Medicina Materno Fetal reunido em 05 de Julho, o Conselho de Administração deliberou em reunião de 11 de Julho, nomear o seguinte grupo de trabalho, o qual deverá apresentar propostas mo prazo de 30 dias, tendo em vista a integração da especialidade:

Grupo de Trabalho - Internamento:

- Dr. Ricardo Mira – Director da Área de Obstetrícia/Ginecologia do CHLC (Coordenador do Grupo);
- Prof. Fátima Serrano;
- Enf.º Fernando Prada;
- Dr.ª Isabel Nery;
- Enf.ª. Lurdes Farinha;
- Dr.ª Manuela Almeida;
- Enf.ª. Manuela Amaral;
- Dr.ª Maria José Alves;
- Enf.ª Olívia David;
- Dietista Alexandra Cruz.

O Conselho de Administração

Ana Soares
Enfermeira Directora

Vogal Executivo

Vogal Executivo

Eduardo Gomes da Silva
Director Clínico

123 - Em 11.07.2012, foi tomada deliberação pelo Conselho de Administração do CHLC,EPE, cujo teor abaixo reproduz-se (cfr. docº. de fls. 2626 dos autos):"

Nomeação de Grupos de Trabalho

Na sequência da proposta apresentada pelo Grupo de Obstetrícia/Medicina Materno Fetal reunido em 05 de Julho, o Conselho de Administração deliberou em reunião de 11 de Julho, nomear o seguinte grupo de trabalho, o qual deverá apresentar propostas no prazo de 30 dias, tendo em vista a integração da especialidade:

Grupo de Trabalho - Urgência e Bloco Partos:

- Dr. Ricardo Mira – Director da Área de Obstetrícia/Ginecologia do CHLC (Coordenador do Grupo);
- Dr.ª Ana Campos;
- Dr.ª Clara Soares;
- Enf.º Fernando Prada;
- Enf.ª. Inês Machado;
- Enf.ª Ivone Vilaça;
- Dr. Luis Bento;
- Dr.ª Manuela Coelho;
- Dr.ª Manuela Almeida;
- Enf.ª. Maria José Moreira;
- Enf.ª. Olívia David;
- Enf.º Paulo Baltasar.

O Conselho de Administração

Ana Soares
Enfermeira Directora

Eduardo Gomes da Silva
Director Clínico

124 - Em 11.07.2012, foi tomada deliberação pelo Conselho de Administração do CHLC,EPE, cujo teor abaixo reproduz-se (cfr. docº. de fls. 2627 dos autos):"

Nomeação de Grupos de Trabalho

Na sequência da proposta apresentada pelo Grupo de Obstetrícia/Medicina Materno Fetal reunido em 05 de Julho, o Conselho de Administração deliberou em reunião de 11 de Julho, nomear o seguinte grupo de trabalho, o qual deverá apresentar propostas mo prazo de 30 dias, tendo em vista a integração da especialidade:

Grupo de Trabalho - Formação Universitária:

- Dr. Ricardo Mira – Director da Área de Obstetrícia/Ginecologia do CHLC (Coordenador do Grupo);
- Dr.ª Ana Campos;
- Prof. Fátima Serrano;
- Dr.ª Teresa Ventura.

O Conselho de Administração

Ana Soares
Enfermeira Directora

Vogal Executivo

Eduardo Gomes da Silva
Director Clínico

Vogal Executivo

125 - Em 11.07.2012, foi tomada deliberação pelo Conselho de Administração do CHLC,EPE, cujo teor abaixo reproduz-se (cfr. doc°. de fls. 2628 dos autos):"

Nomeação de Grupos de Trabalho

Na sequência da proposta apresentada pelo Grupo de Obstetrícia/Medicina Materno Fetal reunido em 05 de Julho, o Conselho de Administração deliberou em reunião de 11 de Julho, nomear o seguinte grupo de trabalho, o qual deverá apresentar propostas no prazo de 30 dias, tendo em vista a integração da especialidade:

Grupo de Trabalho - Formação Pré-Graduada:

- Dr. Ricardo Mira – Director da Área de Obstetrícia/Ginecologia do CHLC (Coordenador do Grupo);
- Dr.ª Maria José Alves;
- Dr.ª Teresa Ventura.

O Conselho de Administração

Ana Soares
Enfermeira Directora

Eduardo Gomes da Silva
Director Clínico

126 - Em 11.07.2012, foi tomada deliberação pelo Conselho de Administração do CHLC,EPE, cujo teor abaixo reproduz-se (cfr. doc°. de fls. 2629 dos autos):"

4331
MP

Nomeação de Grupos de Trabalho

Na sequência da proposta apresentada pelo Grupo de Obstetrícia/Medicina Materno fetal reunido em 05 de Julho, o Conselho de Administração deliberou em reunião de 11 de Julho, nomear o seguinte grupo de trabalho, o qual deverá apresentar propostas no prazo de 30 dias, tendo em vista a integração da especialidade:

Grupo de Trabalho – Ambulatório:

- Dr. Ricardo Mira – Director da Área de Obstetrícia/Ginecologia do CHLC (Coordenador do Grupo);
- Enf.ª Helena Arruda;
- Dr. Joaquim Correia;
- Enf.ª Maria Jesus Martins;
- Dr.ª Maria José Alves;
- Dr.ª Manuela Almeida;
- Dr.ª Manuela Caetano;
- Enf.ª Olívia David;
- Dr.ª Paula Caetano;
- Enf.ª Paula Pereira.

O Conselho de Administração

Ana Soares
Enfermeira Directora

MANUEL BRITO
Vogal Executivo

Vogal Executivo

Eduardo Gomes da Silva
Director Clínico

127 - Em 11.07.2012, foi tomada deliberação pelo Conselho de Administração do CHLC,EPE, cujo teor abaixo reproduz-se (cfr. doc°. de fls. 2630 dos autos):"

Nomeação de Grupos de Trabalho

Na sequência da proposta apresentada pelo Grupo de Obstetrícia/Medicina Materno Fetal reunido em 05 de Julho, o Conselho de Administração deliberou em reunião de 11 de Julho, nomear o seguinte grupo de trabalho, o qual deverá apresentar propostas mo prazo de 30 dias, tendo em vista a integração da especialidade:

Grupo de Trabalho - Unidades Multidisciplinares:

- Dr. Ricardo Mira – Diretor da Área de Obstetrícia/Ginecologia do CHLC (Coordenador do Grupo);
- Enf.ª. Alexandra Fradeira;
- Dr.ª Alice Cabugueira;
- Dr.ª Ana Alegria;
- Dr.ª Ana Campos;
- Dr.ª Cristina Guerreiro;
- Prof. Fátima Serrano;
- Enf.ª Jesus Martins;
- Dr.ª Manuela Almeida;
- Dr.ª Maria Augusta Borges;
- Enf.ª Nélia Alves;
- Enf.ª Olívia David;
- Enf.ª. Paula Pereira;
- Dr.ª Patrícia Silva;
- Dr.ª Teresa Ventura;

O Conselho de Administração

Ana Soares
Enfermeira Directora

Eduardo Gomes da Silva
Director Clínico

128 – Em 23.07.2012 foi realizada reunião do " sub-grupo das estruturas", com agenda constante do documento que abaixo reproduz-se (cfr. doc°. de fls. 2631 e 2632 dos autos):

Tribunal Administrativo de Círculo de Lisboa

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE

Reunião

DATA:	23 de Julho de 2012	HORA INÍCIO:	12.00 h
LOCAL:	Sala de Reuniões do C.A. no HDE	HORA FIM:	13.30 h
CONVOCADOS:	Drª Ana Isabel, Enfª Ana Soares, Dr. Gonçalo C. Ferreira, Drª Micaela Serelha, Drª Teresa Tomé, Dr. Israel Macedo, Drª Teresa Neto, Enfª Paula Pinto, Engº João Infante, D. Luísa Aires e Enfª Teresa Candeias; [redacted]		

AGENDA

1ª Reunião do sub-grupo das estruturas.

NOTAS

- Dr. Gonçalo iniciou a reunião expondo a situação em que nos encontramos face às remodelações estruturais, que é necessário fazer em alguns serviços para integrar a Neonatologia da MAC.
- Foi abordada a dúvida que persiste relativamente ao nº de partos, sendo que "oficiosamente" se aponta para os 3500.
- Foi também mais uma vez salientada a importância de ser conhecida a capacidade instalada para o alto risco obstétrico , do qual dependerá a dimensão do alto risco neonatal .
- Na definição do nº de vagas quer para cuidados intensivos, quer cuidados intermédios, voltou a ser referido a importância de concentrar numa grande unidade da zona de Lisboa, os recém-nascidos (RN) de muito baixo peso e os cirúrgicos, constituindo-se um Centro Altamente Diferenciado. A existência dum rede perinatal articulada permitirá a transferência de RNs sempre que a capacidade esteja esgotada .
- Após a reunião anterior onde tinha sido apresentado o estudo prévio relativamente à UCIN, os profissionais do HDE, propuseram algumas pequenas alterações, tendo sido apresentado a versão final. Foram esclarecidas dúvidas relativas às alterações propostas.
- Foi também afirmado que área possível de cerca de 9m2 atribuida a cada posto de cuidados intensivos , sendo um compromisso possível , está muito abaixo do preconizado.
- Foi sugerido pela Drª Ana Isabel a pré-aprovação do estudo prévio para as 18 vagas para cuidados intensivos, tendo o documento sido assinado pelos intervenientes.
- [redacted]
- Passou-se à análise ao estudo prévio da unidade de cuidados intermédios, tendo sido levantadas várias questões, e tendo sido combinado que este espaço necessitava, de ser mais trabalhado e que todos deveriam conhecer o

Comissão da Qualidade e

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE

Reunião

local. Combinou-se que após terminar a reunião, seria feita uma visita conjunta ao Serviço Ped.5.1.

[redacted]

- O grupo de trabalho deve analisar não só os equipamentos mas também materiais/mobiliário, para avaliar a possibilidade de reaproveitar o que for mais adequado.

TRABALHOS DISTRIBUÍDOS

Assunto	Responsável	Data
[redacted]	Engº João Infante	[redacted]
Avaliar o estudo prévio da futura unidade de cuidados intermédios e propor as alterações	Grupo de Assistência Neonatal (GAN+ Estruturas)	Final da semana
Desenvolver os planos funcionais das unidades de cuidados intensivos e intermédios	GAN	Final da semana
Pedir ao Srº Arquitecto José Carlos a planta original do Serviço Ped.5.1 e enviar para os todos os elementos	Enfª Teresa Candelas	23/07

DATA DA PRÓXIMA REUNIÃO: A combinar de acordo com o avanço dos trabalho dos grupos

APROVAÇÃO DA NOTA DE REUNIÃO:

129 - Em 27.04.2012 foi realizada visita pela USCI à MAC, que deu lugar a posterior relatório, cujo teor aqui se dá por reproduzido, e do qual extrai-se o seguinte:
"..."
"

Considerações Finais
A visita não contemplou a verificação promenorizada de todos os espaços mas sim uma imagem geral de toda a Estrutura da Maternidade Alfredo da Costa.
O panorama geral é de uma instalação cuidada ao longo do tempo do seu funcionamento com alguns pontos a necessitarem de reparação ou reformulação como qualquer outro edifício.
Os 3 pontos principais a necessitarem de intervenção célere na área da segurança contra incêndios são a criação das zonas de refúgio, a implementação da sinalização e iluminação de emergência e a desobstrução a adequação dos meios de 1ª intervenção.

Esta visita não teve como objectivo a realização de um estudo exaustivo e pormenorizado na área de SCI, pelo que se propõe um levantamento e avaliação de risco pormenorizado de cada um dos pontos mencionados neste relatório.

"..."
(cfr. doc°. de fls. 2641 a 2647 dos autos).

130 – As refeições proporcionadas na MAC são prestadas pelo HDE (cfr. doc°. de fls. 2648 a 2672 dos autos

131 – Em 27.06.2012 teve lugar reunião na MAC – Matenidade Alfredo da Costa, com a agenda cujo teor abaixo reproduz-se (cfr. doc°. de fls. 2845 a 2848 dos autos):

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE

DATA:	27/6/2012	**HORA INÍCIO:9,00H**
LOCAL:	MAC	**HORA FIM: 13H**
CONVOCADOS:	Dr Ricardo Mira, Dr Carlos Marques, Drª Manuela Almeida, Enfª Isabel Viera, Enfª Olívia David, Enfª Anabela Dias, Enfª Cristina Nero, Enfª Marta Pereira	

AGENDA

1. Definição do Plano de Integração da Ginecologia (Bloco e Internamento) da MAC e do HDE conforme solicitado pelo CA

NOTAS

1. Definição da capacidade instalada do Bloco de Ginecologia da MAC e distribuição de salas pelas equipas operatórias

1.1. Foi informado que no Bloco de Ginecologia da MAC:

a) existem 2 salas operatórias que funcionam habitualmente entre as 8:30 e as 14h;
b) o recobro decorre habitualmente até às 15h, podendo (se necessário) prolongar-se até às 17/18h; no dia especificamente determinado para realização de cirurgia ambulatória (5ª feira) o recobro funciona até mais tarde de forma programada;
c) no período de 16/7/2012 a 2/9/2012, está programada a utilização de apenas uma sala diariamente (no mesmo horário), devido à redução de pessoal sentida durante o período de gozo de férias;

1.2. Foi informado que no Bloco de Ginecologia do HDE:

a) existem 2 salas operatórias que funcionam habitualmente entre as 8:30 e as 14:30h;
b) o recobro decorre habitualmente até às 15h/16h;
c) no período de 16/7/2012 a 14/9/2012, estava programada a utilização de apenas uma sala às segundas, quartas e sextas feiras, devido à redução de pessoal sentida durante o período de gozo de férias;

1.3. Foi informado que, durante o período de verão, se prevê que:

a) as equipas do HDE necessitem de 1 sala operatória no Bloco de Ginecologia da MAC às segundas, quartas e sextas feiras; após esse período, fica provisoriamente acordada a utilização de 1 sala pelas equipas do HDE nos mesmos dias, o que deverá ser reavaliado no início de Setembro face à evolução da LIC;
b) a cirurgia ambulatória seja preferencialmente concentrada num desses dias (a avaliar a possibilidade de ser concentrada à 4ª feira), ou caso tal não seja possível, ser realizada no primeiro tempo cirúrgico, de forma a que a Utente tenha alta antes do encerramento do funcionamento do recobro;

2. Definição de equipas e programas operatórios

Numa primeira fase, considerou-se que será mais adequado:

a) manter em funcionamento as equipas operatórias já existentes;
b) que a definição dos programas operatórios seja realizada pelos responsáveis respectivos;

3. Definição de recursos humanos necessários

No que diz respeito aos recursos humanos necessários:

a) as chefias de enfermagem deverão definir as necessidades em pessoal de enfermagem e AO;

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE

b) no que diz respeito aos anestesistas, deverá ser contactada a Directora da Área, Drª Isabel Fragata no sentido de se proceder à programação das escalas dos elementos adicionais necessários na MAC às segundas, quartas e sextas feiras;

4. Definição do circuito de tratamento cirúrgico das doentes

a) os programas operatórios deverão ser enviados pelo secretariado de direcção da Área de Obstetrícia e Ginecologia (SDAOG)) para a MAC à 3ª feira da semana anterior[i], indicando de forma detalhada (para além das informações habituais) a preparação pré-operatória (incluindo medicação) e o material especificamente necessário para a cirurgia em questão;[ii]

b) nessa mesma data, o secretariado deverá requisitar os processos ao arquivo clínico, entregando-os a um médico pré-designado que procederá à preparação[iii] dos mesmos para envio à MAC;

c) após essa preparação realizada pelo médico, o SDAOG promoverá o envio dos processos para o Bloco da MAC (nos casos de Cirurgia Ambulatória) e para o internamento da MAC (no caso de cirurgia convencional);

d) as equipas do HDE deverão assegurar o seguimento no internamento do pós-operatório das doentes que sejam operadas por essas equipas[iv];

e) aquando da alta das Utentes, os médicos do HDE deverão preparar novamente o processo clínico para devolução ao HDE, imprimindo todas as notas clínicas da cirurgia e internamento, bem como exames eventualmente realizados, e incluindo os mesmos no processo;

f) os processos clínicos das Utentes do HDE deverão ser devolvidos ao HDE imediatamente após a alta da Utente;

g) as consultas de seguimento deverão ser marcadas e realizadas no HDE;

5. Definição do circuito das doentes do HDE na admissão e alta de cirurgia ambulatória e de internamento

As doentes deverão ser admitidas e ter alta do seguinte modo:

a) Doentes de cirurgia ambulatória: na admissão deverão ser encaminhadas directamente para o Bloco Operatório de Ginecologia da MAC; deverão ter alta directamente do BGM para consulta externa, excepto nas situações excepcionais em que seja necessário prolongar o recobro na enfermaria;

b) Doentes de cirurgia convencional: na admissão deverão ser encaminhadas directamente para o internamento de Ginecologia da MAC;

6. Outros pontos abordados

a) Deverá ser realizada uma avaliação conjunta da LIC para definição em tempo útil de datas de agendamento que respeitem o TMEG, devendo todas as equipas cirúrgicas colaborar na realização das cirurgias cujo tempo de espera se encontre próximo do TMEG;

b) Propõe-se a manutenção da histeroscopia no espaço de ambulatório do HDE (consulta);

c) Propõe-se que os produtos colhidos nas cirurgias realizadas por equipas do HDE e a enviar para Anatomia Patológica sejam enviados para o serviço da MAC, com indicação de que os resultados deverão ser encaminhados para o HDE (mail ou fax do secretariado da Direcção da Área); deverá ser contactada a Área de Diagnóstico Biomédico no sentido de verificar a possibilidade de implementar este procedimento;

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE

d) Deverá proceder-se à integração das equipas (médicas e de enfermagem) provenientes do HDE nas aplicações informáticas Vitacare (em que se realizam todos os registos clínicos da cirurgia e do internamento) e Apolo;
e) Deverá ser contactada a UHGIC para verificar o processo de transição das Utentes da LIC HDE para a LIC MAC;
f) Deverá ser acordado com a anestesiologia o procedimento a realizar na admissão ao internamento (nomeadamente, no que diz respeito à prescrição);
g) Deverão ser criadas passwords de acesso dos médicos/enfermeiros do HDE aos sistemas informáticos existentes na MAC;
h) Se ocorrerem complicações durante a cirurgia, deverá ser contactado o Dr Carlos Marques; se ocorrerem complicações após a cirurgia, deverá ser chamada a equipa de urgência, a qual avaliará a necessidade de contactar o médico de operou a doente;

TRABALHOS DISTRIBUÍDOS

Assunto:	Responsável	Data
Avaliar as necessidades de pessoal de enfermagem e AO no Bloco Operatório; definir distribuições de funções de enfermagem no Bloco Nota: Foram entregues procedimentos de Bloco do HDE para análise conjunta posterior	Enfª Olívia, com a colaboração das restantes enfermeiras chefes /responsáveis	
Avaliação de equipamento existente e necessidades a suprir, bem como de instrumental cirúrgico	Enfª Olívia, com a colaboração das restantes enfermeiras chefes /responsáveis	Reunião a realizar em 28/6/2012
Programar a integração dos médicos do HDE, através de visita às instalações e de formação em sala sobre as aplicações informáticas	Dr Ricardo Mira e Dr Carlos Marques	
Solicitar login/passwords para todos os médicos do HDE à aplicação Vitacare + análises clínicas	Drª Manuela Almeida	
Proceder à articulação com a Directora da Área de Anestesiologia para dar resposta à necessidade de um anestesista adicional no Bloco de Ginecologia da MAC entre 16/7 e 2/9, às segundas, quartas e sextas	Dr Ricardo Mira	
Enviar por mail os protocolos pré-operatórios da MAC à Enfª Olívia David, para posterior análise conjunta	Enfª Anabela Dias	
Solicitar a emissão de cartões de entrada na MAC para médicos e enfermeiros	Drª Manuela Almeida	
Contactar a UHGIC para definição conjunta dos procedimentos de transferência das Utentes entre a LIC HDE e a LIC da MAC	Drª Manuela Almeida	

DATA DA PRÓXIMA REUNIÃO: 3/7/2012, 10h, no mesmo local

APROVAÇÃO DA NOTA DE REUNIÃO: assinatura dos profissionais presentes

Enfª Anabela Dias
Dr Carlos Marques
Enfª Cristina Nero
Enfª Isabel Viera
Drª Manuela Almeida
Enfª Marta Pereira
Enfª Olívia David
Ricardo Mira

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE

[i] Aquando da convocatória, as doentes serão avisadas que a cirurgia deverá realizar-se na MAC e não no HDE e qual o serviço a que deverão dirigir-se;

[ii] Deverão ser indicados os contactos específicos da MAC (nomeadamente mails) para onde serão enviados os programas operatórios, devendo os mesmos ser enviados para o Bloco, para o internamento e para o secretariado da Consulta Externa habitualmente encarregue de proceder ao agendamento das cirurgias;

[iii] A preparação dos processos deverá incluir a revisão da documentação necessária ao internamento e à realização da cirurgia, nomeadamente a impressão de relatórios de exames, resultados de análises clínicas ou de anatomia patológica, aos quais ainda não é possível aceder na MAC;

[iv] 2ª, 4ª e 6ª pela equipa de bloco; 3ª equipa saída de urgência; sáb/dom equipas MAC; falta definir quem vai à 5ª feira;

132 - Em 12.05.2011 teve lugar reunião no HDE – Hospital Dona Estefânea, com a agenda cujo teor abaixo reproduz-se (cfr. doc°. de fls. 2850 e 2851 dos autos):

Tribunal Administrativo de Círculo de Lisboa

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE

DATA:	12/05/2011	HORA INÍCIO:11H
LOCAL:	Direcção Área Obstetrícia e Ginecologia - HDE	HORA FIM: 13:30H
CONVOCADOS:	Dr Ricardo Mira (Director da Área de Obstetrícia e Ginecologia - CHLC), Drª Manuela Coelho (Responsável Urgência Obstetrícia - CHLC), Drª Ana Campos (directora Serviço Obstetrícia MAC), Drª Clara Soares (Directora Serviço Urgência MAC), Drª Manuela Almeida (Administradora da Área de Obstetrícia e Ginecologia - CHLC), Enfª Palmira Silva (Enfermeira Directora Adjunta – CHLC) e Enfª Olívia David (Enfermeira Coordenadora da Área de Obstetrícia e Ginecologia - CHLC),	

AGENDA

1. **Articulação entre MAC e CHLC na Área de Obstetrícia e Ginecologia;**

NOTAS

O Dr Ricardo Mira informou que se encontrava incumbido pelo Conselho de Administração do CHLC de encontrar, em conjunto com os interlocutores da MAC, uma proposta de articulação na Área de Obstetrícia e Ginecologia que envolvesse, para além da Urgência/Bloco de Partos, também o DPN, Cirurgia Ginecológica e Oncologia Ginecológica;
A Drª Ana Campos e a Drª Clara Soares informaram que, nas qualidades respectivas de Directoras dos serviços de Obstetrícia e de Urgência, não se encontravam mandatadas para abordar outros aspectos de articulação para além da Urgência, Bloco de Partos e Internamento de Obstetrícia, podendo todavia transmitir aos dirigentes da MAC esta informação;
No que diz respeito à articulação de Urgência, Bloco de Partos e Internamento de Obstetrícia, foram abordadas as seguintes considerações:

a) a MAC pretende que o CHLC disponibilize duas equipas médicas para assegurar dois turnos de urgência na MAC (de 12h aos dias úteis, ou de 24h em cada duas semanas e, em algumas circunstâncias, a equipa poderá ter de assegurar 24h, por exemplo quando estiver escalada para o fim-de-semana);
b) as equipas pretendidas terão a constituição de 4 especialistas e de 3 internos, devendo nos primeiros tempos (sem concretização) ser escalado um médico da MAC para possibilitar a integração dos colegas;
c) segundo informação do Dr Ricardo Mira, haverá disponibilidade para constituição das duas equipas médicas;
d) foi clarificado e consensual que a cedência destas duas equipas implicaria (por falta de médicos para assegurar cumulativamente equipas de urgência no HDE) que a a urgência de Ginecologia/Obstetrícia do HDE, a globalidade dos partos do HDE e o Internamento de Obstetrícia (incluindo situações de gravidez de risco que obriguem a internamento prévio ao parto) seriam transferidos para a MAC;
e) a Drª Ana Campos e a Drª Clara Soares foram informadas de que as para situações de gravidez de risco que obrigam a internamento prévio ao parto (por vezes por períodos prolongados) e outras situações (de puérperas cujo recém-nascidos não se encontram junto da mãe) se encontram reservadas 4 camas do 5º piso, não incluídas nas 22 camas da locação da Unidade de Internamento de Obstetrícia;
f) a Drª Ana Campos informou que esta alteração deverá coincidir com a redistribuição das Áreas de referenciação da urgência de Obstetrícia e Ginecologia da MAC para outros Hospitais (nomeadamente, Stª Maria), o que terá como consequência uma redução da área de referenciação da MAC de forma a poder comportar o número de partos nas suas instalações;
g) foi levantada a questão relativa ao local de nascimento programado dos recém-nascidos com necessidade de tratamento cirúrgico neonatal (que se estima possam ser

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE

60 por ano), sendo consensual entre os profissionais do HDE presentes nesta reunião que os partos programados deveriam ser realizados no HDE por questões de segurança para o RN; a Drª Ana Campos e a Drª Clara Soares informaram que deveriam analisar este assunto juntamente com os dirigentes da MAC, pelo que não foi avançada solução para estas situações;

h) no que diz respeito aos profissionais de enfermagem, a Srª Enfermeira Palmira informou que esperaria ter um elemento deste grupo profissional da MAC para análise da constituição das equipas, escalas, etc;

i) foram abordadas as diversas possibilidades de integração dos enfermeiros do HDE nas equipas da MAC (desde a constituição da equipa de urgência nos dias/horas em que os médicos se irão encontrar escalados maioritariamente com elementos do HDE e apenas 2 da MAC para possibilitar a integração dos colegas até à integração de um elemento do HDE por equipa); foi reconhecido que ambas as hipóteses apresentam vantagens e inconvenientes tendo a Drª Ana Campos e a Drª Clara Soares demonstrado disponibilidade para analisar qualquer das hipóteses;

j) foi abordada a necessidade de se proceder à transmissão da informação clínica sobre as Utentes seguidas em consulta no HDE, tendo sido consensual que a forma mais segura de os médicos da urgência da MAC acederem a essa informação seria:
   - durante o atendimento em consulta, os médicos do HDE procederem ao preenchimento do livro verde com toda a informação clínica relevante e entregarem às Utentes cópia dos resultados de MCDT realizados no HDE (análises clínicas e relatórios de ecografia); deste modo, a Utente disporá de toda a informação clínica relevante, podendo entregá-la ao médico na MAC em caso de recorrer aí à Urgência;
   - tornar o arquivo transitório acessível sempre que o médico que assegura urgência considere que é necessário (pormenores a combinar posteriormente);

k) foi abordada a necessidade de se proceder à integração mínima dos profissionais que irão trabalhar na urgência da MAC antes de iniciarem funções, tendo sido consensual que seria importante integrar os profissionais através da apresentação das instalações, procedimentos (incluindo de articulação com outros serviços da MAC) e da documentação clínica em uso e regras de preenchimento respectivas;

l) para esse efeito, foi acordado realizar reuniões já com a presença dos profissionais envolvidos, nos dias 20 e 23 de Maio 2011, às 12h e 14 horas respectivamente, na MAC;

TRABALHOS DISTRIBUÍDOS

Assunto:	Responsável	Data
Envio ao DR Ricardo Mira de escala tipo da urgência	Drª Clara Soares	

DATA DA PRÓXIMA REUNIÃO:

APROVAÇÃO DA NOTA DE REUNIÃO: assinatura dos profissionais presentes

133 – Em 30.06.2011, teve lugar reunião no HDE – Hospital Dona Estefânea, com a agenda cujo teor abaixo reproduz-se (cfr. doc°. de fls. 2853 a 2856 dos autos):

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE

DATA:	30/06/2011	**HORA INÍCIO:9:00H**
LOCAL:	Sala reniões Ginecologia - HDE	**HORA FIM: 11:00H**
CONVOCADOS:	Dr Ricardo Mira, Drª Manuela Almeida Enfª Olívia David, Drª Manuela Coelho, Enfª Isabel Vieira; Dr Carlos Marques, Dr Pedro Sereno (presente apenas na última parte da reunião);	

AGENDA

I. **Objectivo da reunião: apresentação de proposta de articulação com a MAC na área de Ginecologia.**

NOTAS

I. INTRODUÇÃO

Foi apresentada a proposta do CHLC conforme os considerandos e pontos seguintes.

Considerando a necessidade de continuar a aprofundar as sinergias entre o CHLC e a MAC, conforme determinção do MS e ARSLVT, a especialidade de Ginecologia assume uma grande relevância, pelo que deve ser considerada neste âmbito.

Nos pressupostos desta análise foi considerada a capacidade instalada de Internamento, bloco e ambulatório (nomeadamente consulta) permitida pelas instalações do CHLC.

A nível de ambulatório / consulta externa, o HDE pode integrar mais alguns médicos a realizar consulta externa, uma vez que dispõe de 3 gabinetes cuja utilização poderá ser reformulada.

A nível de internamento, o HDE dispõe de uma lotação de 33 camas;

No que diz respeito a capacidade instalada de bloco operatório, o HDE conta com 4 salas operatórias e uma sala para Histeroscopia, podendo ser aumentado o número de salas de histeroscopia se existir equipamento para o efeito.

Na análise realizada, foi igualmente assumido o pressuposto de que as actividades em que os dois hospitais criam unidades operacionais comuns serão asseguradas por equipas dos dois hospitais.

II. UNIDADES ESPECÍFICAS DA GINECOLOGIA

1. GINECOLOGIA GERAL

Considerando a existência de capacidade instalada disponível em bloco e internamento no HDE, considera-se que seria adequado que fosse criadas

unidades operacionais comuns de internamento e bloco de Ginecologia geral e no HDE;

A criação destas unidades teria como vantagem uma maior diferenciação, em consequência do aumento do número de casos a tratar, nomeadamente, na área da endoscopia ginecológica, facultando a continuidade e a promoção da formação nesta área;

2. GINECOLOGIA ONCOLÓGICA

Considerando a existência de capacidade instalada disponível em bloco e internamento no HDE, considera-se que seria adequado que fosse criadas unidades operacionais comuns de internamento e bloco de Ginecologia Oncológica no HDE;

A criação destas unidades teria como vantagem uma maior diferenciação, em consequência do aumento do número de casos a tratar, nomeadamente, uma melhor articulação com a consulta de decisão terapêutica e a realização de terapêuticas neoadjvantes e adjuvantes já existentes no CHLC.

3. SENOLOGIA

Na questão da Senologia, após análise prévia com o Dr António Araújo (Coordenador da Unidade de Patologia Mamária do CHLC), foram consideradas duas hipóteses:

a) uma única unidade no GHCL, localizada no HSJ;

- esta possibilidade seria tecnicamente a mais adequada, uma vez que permitiria criar massa crítica e diferenciação para melhorar significativamente os cuidados prestados e que o HSJ dispõe de todos os meios técnicos necessários à prestação de cuidados de elevada qualidade, nomeadamente, mamografia de intervenção, estudo do gânglio sentinela com Gama-câmara, cirurgia onco-plástica, consultas de decisão terapêutica multidisciplinar e possibilidade de terapêuticas adjuvantes e neo-adjuvantes;
- todavia, para que tal acontecesse seria necessário aumentar o número de tempos operatórios atribuídos à Unidade, uma vez que a mesma apenas dispõe de um tempo por semana, o que apenas permite realizar em tempo útil as cirurgias das Utentes que neste momento são seguidas no CHLC;

b) em alternativa, propõe-se a existência de uma unidade operativa comum no CHLC com dois pólos, um localizado no HSJ e outro no HDE

- considerando a existência de capacidade instalada de bloco e internamento no HDE, encontra-se em estudo a possibilidade de instalar todos a logística necessária para esse efeito;

4. UROGINECOLOGIA

Neste âmbito, propõe-se que as consultas continuem a ser realizadas no HDE e na MAC, concentrando-se no HDE a realização de cirurgia e internamento, com o objectivo de criar uma equipa mais diferenciada numa unidade operacional comum.

No que respeita a apoio de especialistas de Urologia e a exames específicos dessa especialidade, a Uroginecologia deverá articular-se com a Urologia do HSJ, conforme acordado com o responsável desta especialidade.

5. MEDICINA DA REPRODUÇÃO

Considerando a diferenciação e os requisitos exigidos em termos de instalações específicas para o desenvolvimento das técnicas de PMA, bem como o facto de a MAC dispor de pessoal e instalações que cumprem esses requisitos, foi consensual que as técnicas de PMA deverão manter-se a funcionar na MAC;

A consulta de Medicina da Reprodução do HDE deverá alterar a referenciação das Utentes para a MAC para realização de técnicas de PMA.

Todos as doentes da consulta da MAC com indicação operatória no âmbito da cirurgia endoscópica deverão ser referenciadas para o HDE, considerando a elevada diferenciação desde hospital nesta área.

6. PLANEAMENTO FAMILIAR

Considera-se que a consulta de Planeamento Familiar deverá manter os polos de funcionamento no HDE e MAC, atendendo à rede de referenciação das UCFs. Esta referenciação deverá ser revista após a abertura do Hospital de Loures.

7. PATOLOGIA DO TRATO GENITAL INFERIOR

Considera-se que se deverão manter duas unidades, uma no HDE e outra na MAC, propondo-se a elaboração de protocolos comuns e de articulação com o IPO.

8. CLIMATÉRIO

Considera-se que a consulta de Climatério deverá manter os polos de funcionamento no HDE e MAC, atendendo à rede de referenciação das UCFs. Esta referenciação deverá ser revista após a abertura do Hospital de Loures.

9. GINECOLOGIA PEDIÁTRICA E DE ADOLESCENTES

Considerando que no HDE o desenvolvimento dos cuidados está vocacionado para a infância e adolescência, encontrando-se disponíveis todas as especialidades médicas pediátricas e sendo todos os profissionais do Hospital diferenciados na prestação de cuidados pediátricos, considera-se que seria

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE

adequado concentrar a referenciação no HDE a prestação destes cuidados a situações patológicas.

III. VISITA ÀS INSTALAÇÕES

No final da reunião, foi realizada uma visita sumária às instalações da Área de Obstetrícia e Ginecologia do CHLC.

O Dr Ricardo Mira propôs nova reunião a realizar entre 4 e 8 de Julho, para continuidade dos trabalhos e parecer da MAC sobre esta proposta, ficando o Dr Carlos Marques de confirmar a sua disponibilidade para o efeito.

TRABALHOS DISTRIBUÍDOS

Assunto:	Responsável	Data
DATA DA PRÓXIMA REUNIÃO:		

APROVAÇÃO DA NOTA DE REUNIÃO: assinatura dos profissionais presentes

Dr Ricardo Mira _____

Enfª Olívia David _____

Drª Manuela Almeida _____

Drª Manuela Coelho _____

Enfª Isabel Vieira _____

Dr Carlos Marques _____

Dr Pedro Sereno _____

134 - Em 30.06.2011, teve lugar reunião no HDE – Hospital Dona Estefânea, com a agenda cujo teor abaixo reproduz-se (cfr. doc°. de fls. 2858 a 2860 dos autos):

Tribunal Administrativo de Círculo de Lisboa

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE

DATA:	3/7/2012	HORA INÍCIO: 10:00H
LOCAL:	MAC	HORA FIM: 13H
CONVOCADOS:	Dr Ricardo Mira, Dr Carlos Marques, Drª Manuela Almeida, Enfª Isabel Viera, Enfª Olívia David, Enfª Anabela Dias, Enfª Cristina Nero, Enfª Marta Pereira	

AGENDA

1. **Ponto da situação sobre a evolução das tarefas necessárias à integração da Ginecologia**
2. **Definição de outras tarefas necessárias à integração**
3. **Proposta de data para integração**

NOTAS

1. **Ponto da situação sobre a evolução das tarefas necessárias à integração da Ginecologia**

   1.1. Definição de recursos humanos necessários

   No que diz respeito aos recursos humanos necessários:

   a) as necessidades em pessoal de enfermagem e AO encontram-se em apreciação;
   b) no que diz respeito à anestesia, foi realizada reunião na passada 6ª feira, dia 29/6/2012, com a Direcção da Área de Anestesiologia no sentido de se proceder à programação das escalas dos elementos necessários na MAC às segundas, quartas e sextas feiras; foi acordado informar a Direcção da Área de Anestesiologia sobre a data de início da integração (previsivelmente na 2ª quinzena de Julho) e posteriormente dar informação sobre os programas operatórios;

2. **Definição de outras tarefas necessárias à integração**

   2.1. Definição do circuito de tratamento cirúrgico das doentes

   a) os programas operatórios do HDE deverão incluir ainda ordem dos doentes (ou hora de entrada na sala), indicação de quem são os cirurgiões/ajudantes;
   b) o nº LIC da MAC deverá ser inserido no programa operatório pela na MAC;
   c) deverá ser abordada a necessidade de transporte diário dos processos entre HDE e MAC com os serviços Hoteleiros;

   2.2. Definição do circuito das doentes do HDE na admissão e alta de cirurgia ambulatória e de internamento

   As doentes deverão ser admitidas e ter alta da forma decidida na reunião anterior, com a seguinte informação complementar:

   a) As doentes de cirurgia ambulatória deverão comparecer no Bloco Operatório da MAC 3 dias antes da cirurgia para realizar consulta de enfermagem (com avaliação dos critérios sociais de cirurgia ambulatória e indicações prévias de preparação e de comparência no dia da cirurgia); deverá ser analisada a possibilidade de tal vir a gerar duplicação das actuações do HDE e MAC, pelo que deverão ser analisadas as tarefas a desenvolver em cada um dos hospitais;
   b) No caso das doentes da cirurgia convencional, foi discutida a possibilidade de optar por admissão das Utentes na véspera às 17h (como se realiza habitualmente no HDE); foi acordado que as Utentes deverão seguir os mesmos procedimentos das Utentes da MAC, devendo a admissão realizar-se na véspera da cirurgia, pelas 10h;

   2.3. Outros pontos abordados

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE

a) Quanto à integração das equipas (médicas e de enfermagem) provenientes do HDE nas aplicações informáticas (Vitacare, Apolo), foi acordado que a mesma deverá ser realizada nos dias anteriores à integração;
b) Quanto ao circuito de Anatomia Patológica, foi contactada a Área de Diagnóstico Biomédico no sentido de verificar a possibilidade de implementar o procedimento proposto, aguardando-se uma resposta desse contacto;
c) Foi contactada a UHGIC para verificar o processo de transição das Utentes da LIC HDE para a LIC MAC, tendo sido já obtido parecer favorável e encontrando-se já definida uma proposta de actuação que irá ser enviada para análise;
d) Já foram solicitados acessos informáticos e com cartões dos médicos do HDE, aguardando-se a respectiva atribuição; falta solicitar acessos dos enfermeiros;
e) Quanto à existência de equipamento e instrumental cirúrgico no Bloco da MAC, constatou-se que existe um ressectoscópio na MAC e outro no HDE; existem 2 ressectoscópios em reparação (1 da MAC, outro do HDE), bem como 3 ópticas; foi acordado que os programas operatórios poderão dispor de apenas 1 ressectoscópio por sala;
f) Quanto à necessidade de informação clínica sobre a doente no caso de esta recorrer à urgência da MAC após a cirurgia, foi acordado que a nota de alta e a informação existente no Vitacare deverão ser adequadas;
g) Quanto à eventualidade de surgirem casos de cirurgia da mama (biopsias excisionais) em que seja necessário fazer marcação com arpão, foram abordadas duas hipóteses de actuação, tendo sido acordado propor à Área de Imagiologia o envio do processo à Consulta de Ginecologia da MAC, que agendará atendimento prévio por imagiologia, sendo os exames de imagem da doente enviados à MAC em CD ou via mail, de forma a assegurar que que a Imagiologia e o Bloco da MAC têm acesso às imagens; estas doentes não deverão ser agendadas como primeiro tempo cirúrgico;
h) Foi informado que o gânglio sentinela da MAC vai para o IPO;
i) Foi equacionada a possibilidade de tentar concentrar a cirurgia ambulatória do HDE à 6ª feira (de forma a evitar a necessidade de visita ao fim-de-semana), podendo em qualquer dos casos fazer-se cirurgia ambulatória em qualquer dia no primeiro tempo cirúrgico; caso não seja possível realizar à 6ª feira apenas cirurgia ambulatória, foi abordada a possibilidade de os elementos da equipa de urgência assegurarem a visita ao fim-de-semana.

3. **Proposta de data para integração:** foi acordado propor ao Conselho de Administração a data de 3/8/2012 para início da integração, devendo realizar-se nessa data as primeiras cirurgias de doentes do HDE na MAC; esta proposta foi comunicada pelo Dr Ricardo Mira ao Dr Eduardo Gomes da Silva via telefone, durante a reunião.

TRABALHOS DISTRIBUÍDOS

Assunto:	Responsável	Data
Enviar descrição da consulta de enfermagem realizada no Bloco às Utentes de cirurgia ambulatória (para análise conjunta e prevenção da situações de duplicação de actos no HDE e MAC)	Enfª Cristina Nero	
Programar a necessidade de transporte diário dos processos entre HDE e MAC com os serviços Hoteleiros (D. Fernanda)	Drª Manuela Almeida	
Enviar proposta de procedimento acordado com UHGIC sobre o processo de transição das Utentes da LIC HDE para a LIC MAC, para apreciação do grupo	Drª Manuela Almeida	

4340

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE

Contactar a Área de Imagiologia para definição do circuito das Utentes de cirurgia da mama com necessidade de marcação	Drª Manuela Almeida	

DATA DA PRÓXIMA REUNIÃO: 10/7/2012, 10:30h, no mesmo local

APROVAÇÃO DA NOTA DE REUNIÃO: assinatura dos profissionais presentes

Enfª Anabela Dias _____

Dr Carlos Marques _____

Enfª Cristina Nero _____

Enfª Isabel Viera _____

Drª Manuela Almeida _____

Enfª Marta Pereira _____

Enfª Olívia David _____

Dr Ricardo Mira _____

[1] Às 8h (ou um pouco antes), entrando pela porta da Urgência

135 - Em 01.08.2012, teve lugar reunião no HDE – Hospital Dona Estefânea, com a agenda cujo teor abaixo reproduz-se (cfr. docº. de fls. 2862 dos autos):

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE

DATA:	1/8/2012	HORA INÍCIO:9:00H
LOCAL:	HDE	HORA FIM: 10H
CONVOCADOS:	Dr Ricardo Mira, Drª Manuela Almeida, Enfª Olivia David, Dr Joaquim Correia, Drª Ana Bernardo, Enfª Susana Costa	

AGENDA

I. **Elencar os trabalhos a desenvolver pelos grupos de trabalho com o objectivo de preparar a integração do DPN**

NOTAS

I. **Elencar os trabalhos a desenvolver pelos grupos de trabalho com o objectivo de preparar a integração da especialidade**

1. Definição critérios referenciação e admissão;
2. Normas de funcionamento da CE;
3. Circuitos de admissão de doentes à consulta, exames;
4. Definição de NOC/protocolos de orientação clínica comuns;
5. Definição da composição do processo clínico;
6. Levantamento equipamento existente e necessário para o HDE; aquisição de licenças ASTRAIA adicionais;
7. Definição de articulação com outros serviços: bioquímica, anatomia patológica (fetopatologia), genética;
8. Elaborar proposta de Comissão Técnica de Certificação;
9. Circuito dos pedidos de autópsia do feto, de biópsia do cordão da placenta;
10. Necessidades de anatomia patológica: mesa autópsia, microscópio;
11. Pedido de análises de citogenética: INRJ e Joaquim Chaves;
12. Celebração de protocolos com Londres;
13. Preparar projecto laser da placenta;

TRABALHOS DISTRIBUÍDOS

Assunto:	Responsável	Data

DATA DA PRÓXIMA REUNIÃO:

APROVAÇÃO DA NOTA DE REUNIÃO: assinatura dos profissionais presentes

Dr Ricardo Mira _____

Enfª Olivia David, _____

Drª Manuela Almeida _____

Dr Joaquim Correia _____

Drª Ana Bernardo _____

Enfª Susana Costa _____

136 - Em 01.08.2012, teve lugar reunião no HDE – Hospital Dona Estefânea, com a agenda cujo teor abaixo reproduz-se (cfr. doc°. de fls. 2864 dos autos):

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE

DATA:	1/8/2012	HORA INÍCIO:16:00H
LOCAL:	HDE	HORA FIM: 11H
CONVOCADOS:	Dr Ricardo Mira, Drª Manuela Almeida, Enfª Olívia David, Dr Maria José Alves, Dr Joaquim Correia, Enfª Paula Pereira, Enfª Helena Arruda	

AGENDA

I. **Elencar os trabalhos a desenvolver pelos grupos de trabalho com o objectivo de preparar a integração do Ambulatório**

NOTAS

I. **Elencar os trabalhos a desenvolver pelos grupos de trabalho com o objectivo de preparar a integração do ambulatório**
1. Definição critérios referenciação e admissão;
2. Normas de funcionamento da CE;
3. Circuitos de admissão de doentes à consulta, exames;
4. Definição de NOC/protocolos de orientação clínica comuns;
5. Definição da composição do processo clínico, incluindo registos de enfermagem; foi referido que na MAC existe uma aplicação específica para registos clínicos – VITACARE;
6. Definição necessidades de equipamento;

TRABALHOS DISTRIBUÍDOS

Assunto:	Responsável	Data
Envio dos protocolos existentes na MAC e no HDE	Enfª Olívia e Enfª Paula	

DATA DA PRÓXIMA REUNIÃO:

APROVAÇÃO DA NOTA DE REUNIÃO: assinatura dos profissionais presentes

Dr Ricardo Mira _____
Enfª Olívia David, _____
Drª Manuela Almeida _____
Dr Joaquim Correia _____
Drª Maria José Alves _____
Enfª Helena Arruda _____
Enfª Paula Pereira _____

137 - Em 01.08.2012, teve lugar reunião no HDE – Hospital Dona Estefânea, com a agenda cujo teor abaixo reproduz-se (cfr. doc°. de fls. 2866 dos autos):"

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE

DATA:	1/8/2012	HORA INÍCIO:11:00H
LOCAL:	HDE	HORA FIM: 12H
CONVOCADOS:	Dr Ricardo Mira, Drª Manuela Almeida, Enfª Olivia David, Enfª Ivone Vilaça, Enfª Maria José, Enfª Inês Machado, Enfº Paulo Baltasar, Enfº Fernando, Drª Clara Soares, Dr Luis Bento	

AGENDA

I. **Elencar os trabalhos a desenvolver pelos grupos de trabalho com o objectivo de preparar a integração da Urgência e Bloco de Partos**

NOTAS

I. **Elencar os trabalhos a desenvolver pelos grupos de trabalho com o objectivo de preparar a integração da Urgência e Bloco de Partos**
1. Definição critérios admissão e área de referenciação;
2. Normas de funcionamento da Urgência;
3. Circuitos de admissão de doentes;
4. Definição de NOC/protocolos de orientação clínica comuns;
5. Regras de registo no bloco de partos
6. Circuito de inscrição de doentes;
7. Definição de necessidades de registo;
8. Definição necessidades de equipamento;
9. Necessidades de pessoal;
10. Definição da formação necessária aos profissionais que irão integrar a área no HDE;

TRABALHOS DISTRIBUÍDOS

Assunto:	Responsável	Data

DATA DA PRÓXIMA REUNIÃO:

APROVAÇÃO DA NOTA DE REUNIÃO: assinatura dos profissionais presentes

Dr Ricardo Mira _____
Enfª Olivia David, _____
Drª Manuela Almeida _____
Enfª Ivone Vilaça _____
Enfª Maria José _____
Enfª Inês Machado, _____
Enfº Paulo Baltasar _____
Enfº Fernando _____
Drª Clara Soares _____
Dr Luis Bento _____

138 - Em 01.08.2012, teve lugar reunião no HDE – Hospital Dona Estefânea, com a agenda cujo teor abaixo reproduz-se (cfr. docº. de fls. 2868 dos autos):"

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE

DATA:	1/8/2012	HORA INÍCIO: 12:00H
LOCAL:	HDE	HORA FIM: 13H
CONVOCADOS:	Dr Ricardo Mira, Drª Manuela Almeida, Enfª Olívia David, Enfª Maria José, Enfª Manuela Baltasar, Enfº Fernando Prada	

AGENDA

I. **Elencar os trabalhos a desenvolver pelos grupos de trabalho com o objectivo de preparar a integração do internamento**

NOTAS

I. **Elencar os trabalhos a desenvolver pelos grupos de trabalho com o objectivo de preparar a integração do internamento**

1. Definição critérios admissão às várias unidades de internamento;
2. Circuitos de admissão de doentes ao bloco e internamento;
3. Definição de NOC/protocolos de orientação clínica comuns;
4. Definição e composição de processo clínico; arquivo transitório;
5. Necessidades de equipamento;
6. Circuito de encaminhamento após a alta (para Consulta e CS);
7. Definição de critérios para admissão à URCI: eclâmpsias, hipertensas, pré-eclâmpsias e HELP;
8. Cantinho da amamentação: eventual possibilidade de transferir para ambulatório, apoio domiciliário;
9. Definição das normas de articulação com os centros de saúde;
10. Foi referido que no recobro de cesarianas seriam necessárias 5 camas e que no recobro de IVG existem 6 camas e poderiam passar a 3 camas; na MMF foi referido que as grávidas poderíam permanecer na residência, mas que tal seria difícil para as grávidas que residem longe de Lisboa;
11. Foi informado que na MMF existem 21 camas, acrescidas de 3 para situações de fetos mortos, IVG (só pernoita de medicamentosa de mais de 9 semanas) e IMG; no Puérperio 1, existem 29 camas, acrescidas de duas para situações de perda de feto; em P2 existem 23 camas para cesarianas, acrescidas de 6 para recobro IVG cirúrgico de ambulatório (podem reduzir-se a 3 camas);

TRABALHOS DISTRIBUÍDOS

Assunto:	Responsável	Data

DATA DA PRÓXIMA REUNIÃO:

APROVAÇÃO DA NOTA DE REUNIÃO: assinatura dos profissionais presentes

Dr Ricardo Mira _____

Enfª Olívia David, _____

Drª Manuela Almeida _____

Enfª Maria José _____

Enfª Manuela Baltasar _____

Enfº Fernando _____

139 - Em 03.08.2012, teve lugar reunião Na MAC – Maternidade Alfredo da Costa, com a agenda cujo teor abaixo reproduz-se (cfr. doc°. de fls. 2870 dos autos):"

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE

DATA:	3/8/2012	HORA INÍCIO:12:00M
LOCAL:	MAC	HORA FIM: 13N
CONVOCADOS:	Dr Ricardo Mira, Drª Manuela Almeida, Enfª Olívia David, Drª Maria José Alves, Drª Fátima Xarepe, Drª Fátima Palma, Drª Filomena Sousa, Enfª Silvia Diego, Drª Maria de Jesus Correia, Enfª Patrícia Couteiro	

AGENDA

I. **Elencar os trabalhos a desenvolver pelos grupos de trabalho com o objectivo de preparar a integração da consulta de Adolescentes**

NOTAS

I. **Elencar os trabalhos a desenvolver pelos grupos de trabalho com o objectivo de preparar a integração da consulta de Adolescentes**

1. Foi referido o PROJECTO MAIS VALE PREVENIR, com acompanhamento de adolescentes em risco de gravidez, e mães na vertente psicossocial; mantém-se o atendimento à 2ª feira, com os técnicos disponíveis; o projecto inclui também formação nos Centros ed Saúde / escolas;
2. Foi ainda referido o projecto ADOLESCER, que inclui parcerias com escolas, incluindo sensibilização de adolescentes e formação de professores; estas acções são realizadas no anfiteatro (com 100 lugares), à 4ª feira à tarde; à 5ª feira são calendarizadas sessões temáticas de grupo, duas vezes por mês (1 para professores e outra para adolescentes);
3. Os atendimentos de manhã são realizados: 2ª e 5ª feiras – gravidez na adolescência; 3ª feira – Planeamento Familiar; 6ª feira – Ginecologia Infantil, alternado com IVG; 4ª feira – por vezes também Planeamento Familiar;
4. Os atendimentos à tarde são realizados: 4ª/5ª e 6ª – projecto ADOLESCER; 2ª feira – consulta avaliação;

TRABALHOS DISTRIBUÍDOS

Assunto:	Responsável	Data

DATA DA PRÓXIMA REUNIÃO:

APROVAÇÃO DA NOTA DE REUNIÃO: assinatura dos profissionais presentes

Dr Ricardo Mira _____
Enfª Olívia David, _____
Drª Manuela Almeida _____
Drª Maria José Alves _____
Drª Fátima Xarepe _____
Drª Fátima Palma _____
Drª Filomena Sousa _____
Enfª Silvia Diego _____
Drª Maria de Jesus Correia _____
Enfª Patrícia Couteiro _____

140 - Em 03.08.2012, teve lugar reunião no HDE – Hospital Dona Estefânea, com a agenda cujo teor abaixo reproduz-se (cfr. doc°. de fls. 2872 dos autos):"

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE

DATA:	3/8/2012	HORA INÍCIO:10.30H
LOCAL:	HDE	HORA FIM: 11.30H
CONVOCADOS:	Dr Ricardo Mira, Drª Manuela Almeida, Enfª Olívia David, Drª Fátima Serrano, Drª Augusta, Drª Ana Alegria, Enfª Paula Pereira, Enfª Nelia, Drª teresa Neto	

AGENDA

I. **Elencar os trabalhos a desenvolver pelos grupos de trabalho com o objectivo de preparar a integração das consultas Multidisciplinares**

NOTAS

I. **Elencar os trabalhos a desenvolver pelos grupos de trabalho com o objectivo de preparar a integração das consultas Multidisciplinares**

1. Foi informado que as consultas multidisciplinares da MAC incluem Psicologia, consulta de Gémeos, Imunohemoterapia, Cardiologia, Nutrição, Endocrinologia, Hipertensão, HIV, Morte Fetal, Aborto recorrente, adicção;
2. As doentes são encaminhadas para as multidisciplinares sempre com referenciação clínica, mas sem área de referenciação definida;
3. Foi informado que deixou de haver apoio extra horário;
4. Definição de recursos necessários: físicos e humanos;

TRABALHOS DISTRIBUÍDOS

Assunto:	Responsável	Data
Enviar critérios de referenciação à consulta	Enfª Paula	

DATA DA PRÓXIMA REUNIÃO:

APROVAÇÃO DA NOTA DE REUNIÃO: assinatura dos profissionais presentes

Dr Ricardo Mira _____
Enfª Olívia David, _____
Drª Manuela Almeida _____
Drª Fátima Serrano _____
Drª Augusta _____
Drª Ana Alegria _____
Enfª Paula Pereira _____
Enfª Nelia _____
Drª Teresa Neto _____

141 - Em 21.06.2012, foi emitida convocatória para reunião a ter lugar no dia 25 de Junho, no Hospital de São José, convocatória cujo teor aqui se dá por reproduzido(cfr. doc°. de fls. 2874 doss autos).

142 – Em 09.01.2013 e 21.01.2013 foram enviados e-mails, para marcação de reuniões, cujo teor aqui se dá por reproduzido (cfr. doc°s. de fls. 2876 a 2882 dos autos).

143 - Em 23.07.2012, teve lugar reunião no HDE – Hospital Dona Estefânea, com a agenda cujo teor abaixo reproduz-se (cfr. doc°. de fls. 2884 e 2885 dos autos):"

4358
14

Tribunal Administrativo de Círculo de Lisboa

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE

Reunião

DATA:	23 de Julho de 2012	**HORA INÍCIO:**	12.00 h
LOCAL:	Sala de Reuniões do C.A. no HDE	**HORA FIM:**	13.30 h
CONVOCADOS:	Drª Ana Isabel, Enfª Ana Soares, Dr. Gonçalo C. Ferreira, Drª Micaela Sarelha, Drª Teresa Tomé, Dr. Israel Macedo, Drª Teresa Neto, Enfª Paula Pinto, Engº João Infante, D. Luísa Alrès e Enfª Teresa Candelas		

AGENDA

1ª Reunião do sub-grupo das estruturas.

NOTAS

- Dr. Gonçalo iniciou a reunião expondo a situação em que nos encontramos face às remodelações estruturais, que é necessário fazer em alguns serviços para integrar a Neonatologia da MAC.
- Foi abordada a dúvida que persiste relativamente ao nº de partos, sendo que "oficiosamente" se aponta para os 3500.
- Na definição do nº de vagas quer para cuidados intensivos, quer cuidados intermédios, voltou a ser referido a importância de concentrar numa grande unidade da zona de Lisboa, os recém-nascidos (RN) de muito baixo peso e os cirúrgicos, constituindo-se um Centro Altamente Diferenciado. Se houver outras situações e não houver vaga no HDE, poderão os RN ser transferidos para outras unidades, como sucede actualmente.
- Após a reunião anterior onde tinha sido apresentado o estudo prévio relativamente à UCIN, os profissionais do HDE, propuseram algumas pequenas alterações, tendo sido apresentado a versão final. Foram esclarecidas dúvidas relativas às alterações propostas.
- Foi sugerido pela Drª Ana Isabel a pré-aprovação do estudo prévio para as 18 vagas para cuidados intensivos, tendo o documento sido assinado pelos intervenientes.
- Foi apresentada uma proposta para o plano funcional das duas unidades (intensivos e intermédios) e esclarecido pelo Sr. Eng. João Infante o que se pretendia com este plano.
- Passou-se à análise ao estudo prévio da unidade de cuidados intermédios, tendo sido levantadas várias questões, e tendo sido combinado que este espaço necessitava, de ser mais trabalhado e que todos deveriam conhecer o local. Combinou-se que após terminar a reunião, seria feita uma visita conjunta ao Serviço Ped.5.1.
- Passou-se à análise da listagem dos equipamentos existentes, quer na UCIN quer na MAC.
- Foi apresentada uma base de trabalho iniciado pela equipa da UCIN, à qual o Sr. Engº João Infante sugeriu inserir novas colunas, para registo de dados, como por exemplo o estado dos equipamentos.
- O grupo de trabalho deve analisar não só os equipamentos mas também materiais/mobiliário, para avaliar a possibilidade de reaproveitar o que for mais adequado.

2

4359

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE

Reunião

TRABALHOS DISTRIBUÍDOS

Assunto	Responsável	Data
Ver a hipótese de colocar os 13 computadores da MAC nos 18 postos de intensivos do HDE	Engº João Infante	
Avaliar o estudo prévio da futura unidade de cuidados intermédios e propor as alterações	Grupo de Assistência Neonatal (GAN+ Estruturas)	Final da semana
Desenvolver os planos funcionais das unidades de cuidados intensivos e intermédios	GAN + Estruturas	Final da semana
Pedir ao Srº Arquitecto José Carlos a planta original do Serviço Ped.5.1 e enviar para os todos os elementos	Enfª Teresa Candelas	23/07

DATA DA PRÓXIMA REUNIÃO: A combinar de acordo com o evoluir do trabalho dos grupos

APROVAÇÃO DA NOTA DE REUNIÃO:

144 - Em 11.01.2013, teve lugar reunião, com a agenda cujo teor aqui se dá por reproduzido (cfr. docº. de fls. 2887 dos autos).

145 – Foi elaborado caderno de encargos para a realização da empreitada para "Ampliação/Remodelação da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do CHLC,EPE – Hospital Dona Estefânea, cujo teor aqui se dá por reproduzido (cfr. docº. de fls. 2890 a 2914 , e fls. 3545 a 3558 dos autos).

146 – Foi elaborado projecto de execução de arquitectura do CHLC,EPE, da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, do Hospital Dona Estefânea, cujo teor aqui se dá por reproduzido (cfr. docº. de fls. 2918 a 2969 e 2970 a 3004, e 3559 a 3610 dos autos).

147 – Foi elaborado projecto de execução de rede de águas fria e quente, da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, do Hospital Dona Estefânea, cujo teor aqui se dá por reproduzido (cfr. docº. de fls. 3006 a 3022, e fls. 3622 a 3631 dos autos).

148 - Foi elaborado projecto de execução da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, do Hospital Dona Estefânea, cujo teor aqui se dá por reproduzido (cfr. doc°. de fls. 3023 a 3106 , e fls. 3611 a 3621 dos autos).

149 – A remodelação da UCI da Unidade de Neonatais, Instalações Eléctricas tem as especificações técnicas que aqui se dão por reproduzidas (cfr. doc°. d efls. 3108 a 3155, e 3641-verso a 3676-verso dos autos).

150 - Foi elaborado caderno de encargos para a realização da empreitada para "Ampliação/Remodelação da Enfermaria de Pediatria Médica 5.1. – Unidade Cuidados Intermédios Neronatais, Hospital Dona Estefânea, cujo teor aqui se dá por reproduzido (cfr. doc°. de fls. 3216 a 3241, e fls. 3359 a 3393 dos autos).

151 - Foi elaborado programa de procedimento, na sequência de deliberação do Conselho de Administração do CHLC,EPE, de 09.01.2013, para a Ampliação/Remodelação da Enfermaria de Pediatria Médica 5.1. – Unidade Cuidados Intermédios Neronatais, Hospital Dona Estefânea, cujo teor aqui se dá por reproduzido (cfr. doc°. de fls. 3242 a 3250 dos autos).

152 - Foi elaborado projecto de execução da Enfermaria de Pediatria Médica 5.1. – Unidade Cuidados Intermédios Neronatais, Hospital Dona Estefânea, cujo teor aqui se dá por reproduzido (cfr. doc°. de fls. 3251 a 3357, fls. 3799 a e fls. 3394 a 3493 dos autos).

153 – Em 21.03.2013 foi autorizada adjudicação para obras de beneficiação da Enf.Puerpério – Serv.4.1., no valor de 59.977,00 a acrescer IVA (cfr. doc°. de fls. 3496 a 3465 dos autos).

154 – Mediante deliberação do Conselho de Administração do CHLC,EPE, de 20.03.2013, foram aprovadas as plantas das Unidades de Cuidados Intensivos e de Cuidados Intermédios Neonatais, do Hospital Dona Estefânea (cfr. doc°s. de fls. 3467 a 3470, e fls. 3854 a 3855-verso dos autos).

155 - Mediante deliberação do Conselho de Administração do CHLC,EPE, de 20.03.2013, foi aprovada proposta apresentadas para a adaptação, reformulação, criação e benficiação do edifício das consultas externas, e edifício D.Pedro V (cfr. doc°s. de fls. 3472 e 3473 dos autos).

156 – Foi realizada inspecção judicial da qual foi lavrado o competente auto de inspecção, o qual integra a presente sentença, identificado como anexo I, cujo teor aqui se dá por reproduzido, bem como os documentos que ao mesmo foram anexados.

157 – A ERS – Entidade Reguladora de Saúde, em decisão vinculativa dirigidas a unidade de saúde, determinou o cumprimento da exigência de circuitos independentes (e não cruzados) de limpos e sujos, com referência às unidades relativas a blocos operatórios, tal como se infere de decisão da ERS, cujo teor aqui se dá por reproduzido, e do qual extrai-se o seguinte (disponivel on line no site daquela entidade):

4361
M

"..."

(iv) Circuitos sujos e limpos

36. Relativamente aos circuitos de sujos e limpos consignou-se que o Hospital Maria Pia deveria proceder à definição de circuitos independentes, de modo a evitar a promiscuidade dos procedimentos.

37. Quanto à definição de circuitos independentes de sujos e limpos foram referidas a adopção de medidas concretas, enumerando-se a afectação de duas zonas/compartimentos adstritos aos sujos, na área de nefrologia e da unidade de cuidados intensivos.

Não obstante, veja-se o relatório da acção de fiscalização que refere a inadequação dos circuitos de sujos e limpos, reiterando a subsistência das deficiências enunciadas na instrução emitida pela ERS, no âmbito do processo de inquérito registado sob ERS/032/10 – conforme documento 2 junto aos autos.

Concretamente, a inexistência de uma definição de circuitos independentes de limpos e sujos, na medida em que o circuito é o mesmo e passa por áreas comuns a profissionais e doentes, inexistindo, desse modo, uma metodologia capaz de salvaguardar padrões de qualidade e segurança dos serviços.

"..."

158– A ERS – Entidade Reguladora de Saúde, em decisão vinculativa dirigida a unidade de saúde, censurou e determinou a substituição de portas batentes, com referência às unidades relativas a blocos operatórios, tal como se infere de decisão daquela entidade, cujo teor aqui se dá por reproduzido (diposnivel on line no site daquela entidade):

159– A opção da criação da UCI – Unidade de Cuidados Intensivos em sistema de " open space" implica recuar mais de uma década, com referência às condições de que a unidade da MAC dispõe.

160 – A opção da UCI no HDE, em "open space", importa a diminuição da racio de 1:2 entre camas.

161– A diferença na qualificação de cuidados inermédios de nivel 2 e nível 3 reside, apenas, na existência ou não de um intensivista 24h/24H.

4362
14

162 – Em 11.01.2013 foi celebrado contrato de empreitada da "Ampliação/Remodelação da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do CHLC, EPE – Hospital Dona Estefânea, pelo montante global de 140.558,71 euros, contrato cujo teor aqui se dá por reproduzido (cfr. doc°. de fls. 3999 a 4006 dos autos).

163 – Por deliberação de 27.03.2013, do Conselho de Administração do CHLC,EPE, foi adjudicada a empreitada identificada no facto supra, sob o n°.172 (cfr. doc°. de fls. 4008 dos autos).

164 – Em 22.03.2013 foi emitida nota de encomenda com o n°. 00054913, a favor de Ernesto Duarte Quintas, pela quantia de 8.525,00 euros, acrescido de IVA, perfazendo a quantia total de 10.485,75 euros, para prestação de serviços para estudo prévio da divisão dos gabinetes para o DPN – Diagnóstico Pré-Natal do CHLC,EPE – Hospital Dona Estefânea (cfr. doc°. de fls. 4014 dos autos).

165 - Em 22.03.2013 foi emitida nota de encomenda com o n°. 00055013, a favor de OMF Engenharia, Projectos e Serviços, Lda., pela quantia de 14.300,00 euros, acrescido de IVA, perfazendo a quantia total de 17.589,00 euros, para prestação de serviços – Honorários de projectos de Remodelação do CHLC,EPE – Hospitla Dona Estefânea (cfr. doc°. de fls. 4014 dos autos).

166 – Na MAC e no HDE funcionam associações, que fronecem apoio às mães e recém-nascidos, sendo de salientar a sediada na MAC, que ocupa um piso inteiro(sótão), actividades patenteadas nos relatórios anexos ao auto de inspecção judicial,que aqui se dão por reproduzidos.

A convicção do Tribunal fundamentou-se na prova documental, supra identificada, na inspecção judicial realizada, na confissão das partes, e ainda na prova testemunhal produzida:

a) Pelos requerentes, quanto aos seguintes factos provados:

- Dr. António Correia de Campos, que exerceu funções como Secretário de Estado em 1975 e 1987/90, e como Ministro da Saúde entre Maio de 2001 e Março de 2002 e entre Abril de 2005 e Janeiro de 2008, testemunha qaue revelou conhecer a realidade da MAC, integrada do SNS – Serviço Nacional de Saúde, cujo depoimento foi considerado quanto aos factos dados como provados sob os n°s. 25, 26, 77, 78, 79 e 83.

- Dr. António Marques Valido, aposentado desde 2009, e que exerceu durante 29 anos funções na MAC, nas áreas de Neo-Natologia e de Pediatria, tendo por isso, conhecimento concreto da MAC, condições e respectivo funcionamento, cujo depoimento se revelou claro e idóneo, cujo depoimento foi considerado quanto aos factos dados como provados sob os n°s. 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54 e 70.

- Dra. Ana Luisa Gonçalves, médica anestesiologista, na MAC desde 2011, cujo depoimento se revelou claro e idóneo, cujo depoimento foi considerado quanto aos factos dados como provados sob os n°s. 14, 16, 26, 38 e 78.

- Dr. Carlos Marques, médico nas especialidades de obstetrícia e de ginecologia, e a exercer funções na MAC desde 1987, tendo por isso, conhecimento concreto da MAC, condições e respectivo funcionamento, cujo depoimento se revelou claro e idóneo, cujo depoimento foi considerado quanto aos factos dados como provados sob os n°s. 13, 14, 16, 26, 28, 29, 30, 36, 40, 46, 47 e 67.

4363

162 – Em 11.01.2013 foi celebrado contrato de empreitada da "Ampliação/Remodelação da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do CHLC, EPE – Hospital Dona Estefânea, pelo montante global de 140.558,71 euros, contrato cujo teor aqui se dá por reproduzido (cfr. doc°. de fls. 3999 a 4006 dos autos).

163 – Por deliberação de 27.03.2013, do Conselho de Administração do CHLC,EPE, foi adjudicada a empreitada identificada no facto supra, sob o n°.172 (cfr. doc°. de fls. 4008 dos autos).

164 – Em 22.03.2013 foi emitida nota de encomenda com o n°. 00054913, a favor de Ernesto Duarte Quintas, pela quantia de 8.525,00 euros, acrescido de IVA, perfazendo a quantia total de 10.485,75 euros, para prestação de serviços para estudo prévio da divisão dos gabinetes para o DPN – Diagnóstico Pré-Natal do CHLC,EPE – Hospital Dona Estefânea (cfr. doc°. de fls. 4014 dos autos).

165 - Em 22.03.2013 foi emitida nota de encomenda com o n°. 00055013, a favor de OMF Engenharia, Projectos e Serviços, Lda., pela quantia de 14.300,00 euros, acrescido de IVA, perfazendo a quantia total de 17.589,00 euros, para prestação de serviços – Honorários de projectos de Remodelação do CHLC,EPE – Hospitla Dona Estefânea (cfr. doc°. de fls. 4014 dos autos).

A convicção do Tribunal fundamentou-se na prova documental, supra identificada, na inspecção judicial realizada, na confissão das partes, e ainda na prova testemunhal produzida:

a) Pelos requerentes, quanto aos seguintes factos provados:

- Dr. António Correia de Campos, que exerceu funções como Secretário de Estado em 1975 e 1987/90, e como Ministro da Saúde entre Maio de 2001 e Março de 2002 e entre Abril de 2005 e Janeiro de 2008, testemunha qaue revelou conhecer a realidade da MAC, integrada do SNS – Serviço Nacional de Saúde, cujo depoimento foi considerado quanto aos factos dados como provados sob os n°s. 25, 26, 77, 78, 79 e 83.

- Dr. António Marques Valido, aposentado desde 2009, e que exerceu durante 29 anos funções na MAC, nas áreas de Neo-Natologia e de Pediatria, tendo por isso, conhecimento concreto da MAC, condições e respectivo funcionamento, cujo depoimento se revelou claro e idóneo, cujo depoimento foi considerado quanto aos factos dados como provados sob os n°s. 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54 e 70.

- Dra. Ana Luisa Gonçalves, médica anestesiologista, na MAC desde 2011, cujo depoimento se revelou claro e idóneo, cujo depoimento foi considerado quanto aos factos dados como provados sob os n°s. 14, 16, 26, 38 e 78.

- Dr. Carlos Marques, médico nas especialidades de obstetrícia e de ginecologia, e a exercer funções na MAC desde 1987, tendo por isso, conhecimento concreto da MAC, condições e respectivo funcionamento, cujo depoimento se revelou claro e idóneo, cujo depoimento foi considerado quanto aos factos dados como provados sob os n°s. 13, 14, 16, 26, 28, 29, 30, 36, 40, 46, 47 e 67.

- Dra. Ana Maria Campos, médica nas especialidades de obstetrícia e de ginecologia, e a exercer funções na MAC desde 1992, e que assumiu a partir de 2004 o cargo de Directora dos Serviços de Obstetricia e de Medicina Materno-Fetal, o que lhe permite ter um conhecimento concreto da MAC, condições e respectivo funcionamento, de modo concreto, objectivo e aprofundado pelo exercício das suas funções de chefia daqueles serviços, cujo depoimento se revelou claro e idóneo, cujo depoimento foi considerado quanto aos factos dados como provados sob os nºs.10 a 55, 68, 69, 70, 71, 72, 74, 75, 76, 79, 80 e 82.

- Dra. Maria José Silva Alves, médica nas especialidades de obstetrícia e de ginecologia, e a exercer funções na MAC desde 1989, Directora do Internato Médico, o que lhe permite ter um conhecimento concreto da MAC, condições e respectivo funcionamento, pelo exercício das suas funções conexionadas com o internato médico, cujo depoimento se revelou claro e idóneo, cujo depoimento foi considerado quanto aos factos dados como provados sob os nºs.12, 13, 14, 15, 18, 19, 40, 41 a 45, 47, 49, 68, 69, 78, 749 e 82.

- Dr. José Manuel Silva, Bastonário da Ordem dos Médicos, cujo depoimento revelou-se objectivo e idóneo, e foi considerado pra prova dos factos provados sob os nºs. 9, 56, 64, 74 a 76.

b) Pela entidade requerida Ministério da Saúde, quanto aos seguintes factos provados, e para prova negativa:

- Dr. Alberto Afonso, médico pediatra no Hospital de São João no Porto, cujo depoimento revelou-se objectivo e idóneo, e cujo depoimento não permitiu provar quaisquer dos factos a que foi indicado, até porque muitos daqueles " factos" são valorativos e conclusivos, e relativos a aspectos de direito.

- Dra. Maria Fernanda Roque Águas Lopes, médica da especialidade de obstetricia e de ginecologia na Maternidade Bissaya Barreto, em Coimbra, testemunha que disse não conhecer nem a MAC, nem o HDE, cujo depoimento revelou-se objectivo e idóneo, e cujo depoimento não permitiu provar quaisquer dos factos a que foi indicado, até porque muitos daqueles " factos" são valorativos e conclusivos, e relativos a aspectos de direito.

- Dr. Luis Ribeiro, Presidente do Conselho de Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, desde 27 de Outubro de 2011, e declarou ter visitado a MAC há cerca de um ano, cujo depoimento revelou-se objectivo e idóneo, mas com algumas contradições, e cujo depoimento foi considerado para prova do facto dado como provado sob o nº.123, cujo depoimento não permitiu provar quaisquer dos factos a que foi indicado, até porque muitos daqueles " factos" são valorativos e conclusivos, e relativos a aspectos de direito.

- Dr. Rui Gentil Fernandes, Presidente do Conselho de Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, entre 2008 e 2011, cujo depoimento revelou-se objectivo e idóneo, e cujo depoimento foi considerado para prova do facto dado como provados sob o nº.123 e 125, e cujo depoimento não permitiu provar quaisquer dos factos a que foi

indicado, até porque muitos daqueles " factos" são valorativos e conclusivos, e relativos a aspectos de direito.

c) Pela entidade requerida CHLC,EPE, quanto aos seguintes factos provados, e para prova negativa:

- Dr. Eduardo Silva, médico cirurgião, Director do Serviço de Cirurgia no Hospital Curry Cabral e da Unidade de Transplantação, cujo depoimento revelou-se objectivo e idóneo, e cujo depoimento foi considerado para prova do facto dado como provado sob o nº. 100, e cujo depoimento não permitiu provar os demais factos a que foi indicado, até porque muitos daqueles " factos" são valorativos e conclusivos, e relativos a aspectos de direito, e dado o conhecimento residual da MAC e HDE.

- Dr. Manuel Gonçalves Ferreira, médico pediatra no HDE, desde 1984, cujo depoimento revelou-se objectivo e idóneo, e cujo depoimento foi considerado para prova dos factos dados como provados sob os nºs.16, 40, 44, 48, 49 a 54, 61, 67, 70 a 72, 74 a 76, 88, 89, 92, 108, 112, 113, 114 e 115, e cujo depoimento não permitiu provar os demais factos a que foi indicado, até porque muitos daqueles " factos" são valorativos e conclusivos, e relativos a aspectos de direito, bem como não permitiu fazer prova negativa da prova testemunhal realizada pelos requerentes, e ainda não permitiu fazer prova de serviços a instalar no HDE, meramente previstos, com obras a decorrer e modificações em curso (cfr. auto de inspecção judicial).

- Dr. Paolo Casela, cirurgião pediátrico, no HDE desde 2009 como Director do Serviço de Cirurgia, cujo depoimento revelou-se objectivo e idóneo, e cujo depoimento foi considerado para prova dos factos dados como provados sob os nºs.52, 68, 69, 87, 89, 93, 94, 95, 96, 97, 100, e cujo depoimento não permitiu provar os demais factos a que foi indicado, até porque muitos daqueles " factos" são valorativos e conclusivos, e relativos a aspectos de direito, bem como não permitiu fazer prova negativa da prova testemunhal realizada pelos requerentes.

- Dra. Margarida Borges, desempenha funções há um ano no CHLC,EPE, com contacto com todas as unidades que integram o CHLC, cujo depoimento revelou-se objectivo e idóneo, e cujo depoimento foi considerado para prova dos factos dados como provados sob os nºs. 61, 87, 93, 94, 95 a 97, 100, e cujo depoimento não permitiu provar os demais factos a que foi indicado, até porque muitos daqueles " factos" são valorativos e conclusivos, e relativos a aspectos de direito, bem como não permitiu fazer prova negativa da prova testemunhal realizada pelos requerentes.

- Dra. Maria Teresa Correia, médica pediatra e neonatologia, no HDE desde 1986, cujo depoimento revelou-se objectivo e idóneo, e cujo depoimento foi considerado para prova dos factos dados como provados sob os nºs. 49, 50, 52, 53, 54, 61, 67, 71, 72, 88, 89, 92, 112, e cujo depoimento não permitiu provar os demais factos a que foi indicado, até porque muitos daqueles " factos" são valorativos e conclusivos, e relativos a aspectos de direito, bem como não permitiu fazer prova negativa da prova testemunhal realizada pelos requerentes.

- Dr. Ricardo Mira, médico especialista obstetricia e ginecologia, no HDE, desde 1985, e Director de Serviço no HDE, do Serviço de Ostetricia e Ginecologia, e cujo depoimento foi considerado para prova dos factos dados como provados sob os n°s.14, 21, 68, 69, 108, e cujo depoimento não permitiu provar os demais factos a que foi indicado, até porque muitos daqueles " factos" são valorativos e conclusivos, e relativos a aspectos de direito, bem como não permitiu fazer prova negativa da prova testemunhal realizada pelos requerentes.

- Dra. Maria do Carmo Silva, médica especialista obstetricia e ginecologia, no HDE, desde 1991, cujo depoimento foi considerado para prova dos factos dados como provados sob os n°s.25, 27, 87, 95, e cujo depoimento não permitiu provar os demais factos a que foi indicado, até porque muitos daqueles " factos" são valorativos e conclusivos, e relativos a aspectos de direito, bem como não permitiu fazer prova negativa da prova testemunhal realizada pelos requerentes.

Não lograram as partes provar todos os factos alegados, em face da prova testemunhal produzida com referência aos factos alegados nos articulados, e com referência aos quais as testemunhas foram ouvidas, patenteado na acta da diligência de inquirição realizada (cfr. fls 3475 a 3501 dos autos).

Não foi considerado o doc°.n°5, relativo ao HDE, quanto ao seu processo de reacreditação pela entidade internacional CHKS, por se tratar de coumento em lingua estrangeira, não traduzido para português.

De salientar, ainda, que foi considerada a prova da matéria de facto relevante para a apreciação e decisão do mérito da causa, e por isso, mostra-se prejudicada a matéria relativa ao funcionamento e respectiva qualidade do HDE como Hospital Pediátrico, o que não constitui objecto do presente litígio.

O auto de inspecção lavrado após a realização da inspecção judicial constitui e faz parte integrante da presente sentença, anexa à mesma como anexo I, cujo teor aqui se dá por reproduzido.

***

- Da fundamentação de direito
I – Notas prévias

- Modificação dos pedidos formulados no requerimento inicial

No âmbito da produção de prova testemunhal os requerentes reduziram o pedido de decretamento de providências inicilamente formulado, prescindindo da discussão da mudança e alteração dos serviços prestados na MAC, com referência à senologia e urologia, não questionando a inserção daqueles serviços na unidade de saúde a funcionar no Hospital de São José, que tal como a MAC – Maternidade Alfredo da Costa, integra o CHLC – Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E., trata-se, por isso, matéria que já não constitui objecto dos presentes autos de procedimento cautelar.

- Regime do CHLC- Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E. e integração da MAC-Maternidade Alfredo da Costa no CHLC,E.P.E.

A Portaria n.° 172/2011, de 28 de fevereiro, deu lugar à criação do GHCL - Grupo Hospitalar do Centro de Lisboa, que integrava os seguintes hospitais: Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, o Hospital de Cutry Cabral, E.P.E, e a Maternidade de Alfredo da Costa (cfr. artº.1°/1/2/alíneas a) a c), da citada Portaria).

Mais tarde, mediante o Decreto-Lei n.° 44/2012, de 23 de Fevereiro, procedeu-se à extinção e integração por fusão no CHLC, EPE, do Hospital de Curry Cabral, E. P. E., e da Maternidade Alfredo da Costa, passando o CHLC, EPE a suceder-lhes na totalidade das suas atribuições e posições jurídicas, incluindo direitos e obrigações, independentemente de quaisquer formalidades (cfr. artigo 1ª e 2.° do citado diploma legal).

Nos termos do disposto no artº. 6°/1/2, daquele diploma legal, o Centro Hospitalar de Lisboa Central, E. P. E., deveria ter promovido e aprovado no prazo de 120 dias a contar da entrada em vigor daquele diploma, o novo regulamento interno, o que ainda não teve lugar, pois é a própria requerida a invocar que a sua elaboração está em curso, reportando-se ao regulamento de 2008, mas esse referente à anterior entidade o GHCL - Grupo Hospitalar do Centro de Lisboa.

- Enquadramento da providência cautelar interposta. Acção Popular

A tutela cautelar peticionada nos autos, de molde a que não seja encerrada a MAC – Maternidade Alfredo da Costa, é-o no exercício do direito de acção popular! Não deve ser, por isso, atendida a argumentação das requeridas que tratam as pretensão de tutela cautelar como pedido de tutela cautelar de um mero particular, que se sente lesado na sua esfera jurídica, sendo que tal não é o caso vertente!

Nos termos do disposto no artº. 52°/3/CRP: *" É conferido a todos, pessoalmente ou através de associações de defesa dos interesses em causa, o direito de acção popular nos casos e termos previstos na lei, incluindo o direito de requerer para o lesado ou lesados a correspondente indemnização, nomeadamente para:*

a) Promover a prevenção, a cessação ou a perseguição judicial das infracções contra a saúde pública, os direitos dos consumidores, a qualidade de vida, a preservação do ambiente e do património cultural;"

A redacção deste preceito resultou da revisão constitucional de 1989, Lei nº.1/89, de 8.7.. Mais tarde seguiu-se-lhe a LAP – Lei de Acção Popular, a Lei nº.83/95, de 31.8., que veio estabelecer o regime a que obedece o exercício do referido " direito de acção popular".

A transposição da norma constitucional, supra referida veio a ocorrer com a publicação da Lei nº.83/95, de 31.8., define logo no artº.1°/1/2, o seu âmbito:

" 1 - A presente lei define os casos e termos em que são conferidos e podem ser exercidos o direito de participação popular em procedimentos administrativos e o direito de acção

popular para a prevenção, a cessação ou a perseguição judicial das infracções previstas no n.º 3 do artigo 52.º da Constituição.

2 - Sem prejuízo do disposto no número anterior, ***são designadamente interesses protegidos pela presente lei a saúde pública,*** *o ambiente, a qualidade de vida, a protecção do consumo de bens e serviços, o património cultural e o domínio público."*

Os requerentes, provaram documentalmente, que como cidadãos encontram-se no gozo dos seus direitos civis e politicos (cfr. factos provados).

Segundo o autor Nuno Sérgio Marques Antunes, in " O Direito de Acção Popular no Contencioso Administrativo Português, pág.27:
"..."
"A acção popular é um direito judicial, atribuido a qualquer cidadão no gozo dos seus direitos civis e politicos ou a pessoas colectivas que visem a defesa de interesses determinados, ***que permite requerer a intevenção dos orgãos jurisdicionais do Estado, com o fim de assegurar a tutela de sertos interesses comunitários aso quais a CRP confere uma protecção qualificada,*** *bem como de requerer a reparação de danos que lhe sejam causados."*

Logo a tutela cautelar exigida no exercício do direito de acção popular não pode ser configurado como um processo cautelar cuja tutela é petcionada por particular/es com vista a acautelar situação subjectiva e individualizada. O que está aqui em causa é a defesa dos interesses difusos, in casu, o interesse difuso da " saúde pública", bastando aos requerentes provar a necessidade de prevenir ou cessar a lesão daquele interesse público, e nada mais lhes é exigido.

Na verdade, o objecto da acção popular é a defesa dos interesses difusos, o que não é confundível com:

a) "interesse individual", isto é, interesse subjectivo ou interesse especifico e individual;
b) "interesse colectivo" ou interesse geral, subjectivado como interesse do próprio Estado.

A acção popular visa o reconhecimento aos cidadãos do "uti cives" e não o "uti singuli".

Segundo o autor Colaço Antunes, pode até afirmar-se conceptualmente, que *"... o interesse difuso ganha (...) a qualificação de direito subjectivo público"*, com assento constitucional, traduzindo-se num **direito positivo a uma acção do Estado no sentido de tutelar determinado bem, bem como importa um direito à abstenção por parte do Estado de acções lesivas ou atentatórias do bem difuso cuja defesa é reclamada!**

Reforce-se, ainda, o supra expendido, com a **natureza do direito de acção popular como direito fundamental!** inserido no artº.18º/1/CRP, e por isso, no exercício daquele direito, constitucionalmente garantido, **os autores populares/cidadãos têm direito a uma tutela judicial plena e efectiva,** só podendo ser restringido em função da defesa de outros valores constitucionais, e nesse caso, ainda tem de se apurar da sua

4369

necessidade, adequabilidade e razoabilidade. Com o se demonstrará o encerramento da MAC, mais do que tudo, pelo alegado pelas requeridas, e não necessariamente o provado pelas mesmas, deve-se a questões de índole económico-financeira, e de alegadas e supostas razões de racionalização de recursos, o que constituem realidades facticas desprovidas de força bastante para derrogar a primazia da defesa do interesse difuso " saúde pública" traduzido na manutenção do funcionamento da MAC.

O direito de acção popular permite obter o cumprimento dos princípios do direito à tutela judicial efectival Contrariamente ao expendido pelas requeridas a intervenção dos tribunais é devida e assegurada por comandos constitucionais, o que em nada é confundível com a preocupação da requerida Ministério da Saúde do embrião de governo de juizes, aliás diga-se que os tempos mudam, e hoje discute-se não já a velha afirmação do " governo de juizes", mas sim o " activismo judicial" reclamando dos tribunais a defesa de direitos " difusos" e direitos e interesses meramente subjectivos...

4° - A situação da MAC nada tem de similar com as situações das maternidades encerradas e que merecerem já decisões jurisdicionais, entre as quais o acórdão citado pela requerida Ministério da Saúde proferido pelo STA, em 06.03.2007, rec. N°. 1143/06

Afirma a requerida Ministério da Saúde, numa singela frase conclusiva, que a situação dos autos é SIMILAR à contemplada no acórdão proferido pelo STA, em 06.03.2007, no recurso sobre o n°.1143/06, acórdão cujo sumário abaixo transcreve-se:

"I – Nos casos de evidente procedência da pretensão formulada ou a formular no processo principal, previstos na alínea a) do n.° 1 do art. 120.° do CPTA, a adopção das providências cautelares não é automática, sendo de recusar em situações em que se anteveja a possibilidade de existir grave prejuízo para o interesse público, uma vez que não se compreenderia que fosse possível obter a execução provisória de algo que não poderia ser obtido a título definitivo.

II – A função política corresponde à prática de actos que exprimem opções fundamentais sobre a definição e prossecução dos interesses ou fins essenciais da colectividade.

III – No entanto, relativamente à generalidade dos actos do Governo, mesmo em relação àqueles a que não caiba a designação de actos políticos, o n.° 1 do art. 3.° do CPTA revela a existência de uma reserva de Administração, uma zona da actividade administrativa não regulada por normas ou princípios jurídicos, que está fora dos poderes de sindicabilidade dos tribunais administrativos.

IV – O controle judicial da actuação administrativa nesta margem de reserva de Administração, terá de limitar-se à verificação da ofensa ou não dos princípios jurídicos que a condicionam e será um controle pela negativa, não podendo o tribunal substituir-se à Administração na ponderação das valorações que se integram nessa margem."
(sublinhado nosso).

De aditar que o acórdão em causa reporta-se a situação de facto relativa a: encerramento da sala de partos de um Hospital, determinado pelo despacho n°. 7495/2006 do Sr. Ministro da Saúde.

Contrariamente nada há de similar nas situações em causa, já que nos autos não foi proferido qualquer despacho pelo Ministro da Saúde; não estamos perante um mero encerramento de sala de partos, mas sim da maior maternidade do país, e ainda de considerar que no caso vertente estamos perante o exercício de direito de acção popular!

Além disso, como se demonstrará, contrariamente ao discutido naquele acórdão, nestes autos a prova produzida e o direito aplicável permitirá concluir pela lesão do interesse difuso " saúde pública", e ditará o decretamednto das necessárias e a dequadas providências cautelares.

Nada há, pois, de similar...

Além de tudo o mais, esquece a requerida Ministério da Saúde, que o objecto da tutela é directa e normativamente o próprio bem/interesse difuso, e não qualquer posição juridica individual ou colectiva.

II – Do mérito da providência cautelar. Dos pressupostos legais para o decretamento das providências peticionadas

Em face da prova produzida, e atentos os pedidos formulados pelos requerentes, e ainda a possibilidade do Tribunal poder decretar, ou não, as providências peticionadas, e outras que julgue como adequadas, passamos à aprecição do mérito das providências cautelares peticionadas.

Todavia, e como já supra se expendeu, não podemos olvidar de que a mesma foi interposta no uso da " acção popular"! e o que está em causa é saber se a " saúde pública" é ou não lesada com o " modus operandi" adoptado pelas entidades requeridas CHLC,E.P.E., e Ministério da Saúde.

Não está em causa, unicamente, saber se o " número de partos" dita, ou não, o imediato encerramento da unidade de saúde instalada na MAC-Maternidade Alfredo da Costa, com a sua transferência nos moldes preconizados - os por ora provados nestes autos – para a unidade de saúde a funcionar no HDE – Hospital Dona Estefânea, o que aliás é referido de modo objectivo e claro, e até em tom de censura grave, pela Comissão Nacional de Saúde Materna, da Criança e do Adolescente, em carta dirigida ao Scretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, carta datada de 09.04.2012 (cfr. factos provados sob o n°.8).

Não está em causa determinar se a MAC cabe - de modo singelo e meramente " aritmetico", ou não, no HDE, embora, como se demonstrará a transferência da MAC é-o em "bloco"! decerto...

Não está em causa discutir ou saber se a MAC já não é dotada de autonomia, mas antes trata-se de unidade ou polo de saúde instalado no edificio onde nasceu a MAC e sempre funcionou e foi e é orgulho do SNS – Serviço Nacional de Saúde, o que é admitido até pela requerida CHLC,E.P.E. (cfr. art°. 104° da oposição).

Não está em causa discutir ou questionar a qualidade e importância do HDE como Hospital Pediátrico.

O que se discute apenas é o "modus operandi" adoptado pelas requeridas, designadamente começando, desde logo, pela decisão de encerrar a unidade de saúde MAC, ao invés de o fazer conjuntamente com as demais unidades de saúde integradas no CHLC,E.P.E., aquando da transferência e integração – previsto para 2015/2016 – daquelas unidades para o futuro e novo Hospital de Lisboa Oriental. É que, o previsto e preconizado no Plano de Negócios é precisamente o encerramento conjunto e não fraccionado (cfr. factos provados sob o nº. 57), o que se revela lógico e até adequado, como se demonstrará, e porque na MAC (cfr. auto de inspecção):

a) os serviços neonatais de cuidados intensivos e intermédios foram objecto de total remodelação há cinco anos;
b) os blocos operatórios de ginecologia foram reodelados há menos de cinco anos;
c) a PMA – Procriação Medicamente Assistida foi objecto de total remodelação entre 2008/2010;
d) o serviço de urgência foi também remodelado.

Em face da prova produzida apurou-se, de modo objectivo e irrefutável, as condições objectivas da MAC, bem como o papel daquela unidade de saúde, em face do seu modo de funcionamento, considerando as condições proporcionadas pelo edifício onde está instalada, o equipamento de que dispõe, os serviços nervrálgicos de qualquer maternidade, em particular como a MAC, única em Portugal, e associado ainda à estrutura organizatória instalada e "know how" imanente das equipas médicas e demais pessoal de enfermagem que geraram o maior banco de casuistica nas matérias atinentes às àreas de: neo-natalogoia; gravidez de alto risco, bébés de muito baixo peso, gravidez na adolescência, etc.

Enquanto que, no que respeita ao HDE o que se apurou é o que se mostra previsto para as instalações do HDE a afectação de parte dos serviços que hoje integram a – ainda actual - MAC, sendo que se apura quanto àquelas áreas o seguinte:

- Da falta de condições de funcionamento dos blocos operatórios (4). Da ausência de circuitos independentes de limpos e sujos nos blocos operatórios

Todos os blocos operatórios no HDE afectos à "MAC" não dispõem de condições de funcionamento sem que se questione que os mesmos coloquem a saúde pública em perigo. Na verdade, o que se apurou (cfr. auto de inspecção), é que a requerida CHLC,E.P.E. não obstante ter realizado obras em algumas áreas do HDE para assegurar a transferência dos serviços da MAC para o HDE, não cuidou do cumprimento estrito de duas regras determinantes para o funcionamento adequado dos blocos operatórios, em causa.

Na verdade, apurou-se – em sede da inspecção judicial realizada - nos blocos operatórios afectos à ginecologia e obstétricia, a ausência de circuitos independentes de limpos e sujos, sendo estes últimos colocados em sacos, que embora selados, percorrem área esterilizada adjacente aos blocos operatórios (todo o corredor) até acederem a sala de

depósito de sujos, que igualmente não tem saída directa para o exterior, mas sim através de área afecta à entrada inicial de doentes no bloco operatório, imediatamente antes da área de transfer.

Há que assinalar, ainda, que as requeridas ignoram, sem o poder, que a situação e caracteristicas dos blocos operatórios no HDE (4), são geradoras de riscos para a saúde pública, pois que caso asssim não fosse, a ERS – Entidade Reguladora da Saúde, no exercício da sua actividade, não determinava, como determinou, com carácter vinculativo a dotação de circuitos independentes de limpos e sujos, já em 2010.

Por outro lado, também não se entende como é que as requeridas ignoram que não é adequada a existência de "portas batentes", nos blocos operatórios, o que aliás também já motivou intervenção da ERS, a determinar a subsituição daquela opção,substituição por portas de abertura automática, o que poderia ter sido contemplado nas obras realizadas, o que decerto não constituiria um "peso" orçamental acrescido, e o mesmo se dirá da UCI – Unidade de Cuidados Intensivos da Neo-Natologia.

Enquanto que a decisão de transferência da MAC para o HDE importa a utilização de blocos operatórios que constituem perigo para a saúde pública, as instalações da MAC mostram-se dotadas de blocos operatórios renovados há cinco anos, e que dispõem de circuitos independentes de limpos e sujos, como dispõem de portas cuja abertura tem lugar por sensores electronicos, não havendo lugar a qualquer contacto fisico (cfr. auto de inspecção).

- Da insuficiência das áreas afectas à urgência no HDE pela integração da MAC

Em face da prova produzida se é verdade que o número de partos diminuiu, também é verdade que aumentou, significativamente, o número de situações de gravidez de alto risco e de bébés de muito baixo peso.

A MAC cujo serviço de urgência foi remodelado dispõe de onze unidades para preparação e realização de partos, e o HDE apenas 7! À data da inspecção, Abril, que nem sequer é o pico do ano quanto ao número de nascimentos, o serviço de urgência estava completamente esgotado e até se encontravam três pacientes no corredor do serviço de urgência, no HDE, tal como está previsto as condições de atender as situações de emergência médica vão necessariamente agravar-se, em vez de três pacientes, teremos uma situação similar à de muitos hospitais civis do SNS, com pacientes no " corredor de emergência"!

- Insuficiência das áreas do HDE para "absorver" a MAC

É curioso apurar-se que a requerida CHLC,E.P.E. encomendou estudo para a separação dos gabinetes de DPN, o que cruzado com a inspecção realizada, atento o modo como está aquele serviço instalado e a funcionar na MAC, e os espaços preconizados, isto é, previstos no HDE, tal serviço revela-se necessário? Aliás desconhece-se o seu conteúdo, sabe-se apenas que custou 8.525,00 euros (acrescer IVA), quando o que se precisa quanto ao DPN é assegurar numero de gabinetes suficientes e área de espera separada dos demais

serviços, aditado de gabinetes com o necessário equipamento para realizar o diagnóstico pré-natal, o que hoje assume importância vital e determinante no reforço do acto de nascer.

Ora, tal estudo de " separação dos gabinetes" não considerou a realidade da MAC?

O numero de gabinetes existente no HDE revela-se aquem do numero de gabinetes total, em todas as áreas, existentes na MAC. Tais gabinetes estão associados a funcionamento de serviços, e o que se pode concluir é que existem fortes indicios de que a MAC parcialmente " desaparecerá" no HDE... com as consequências nefastas para a saúde pública.

A área do HDE destinadas aos serviços da MAC não pode acolher, nem acolhe, o que é supreendente face ao papel desempenhado, por ex: pela UMR e pela PMA, foram e têm sido sempre as requeridas que afirmam que a MAC é encerrada e transferida para o HDE, o que necessariamente engloba todos os serviços integrados e em funcionamento na MAC, excepto se contrariamente ao afirmado pelas requeridas é sua intenção terminar e reduzir alguns dos serviços da MAC.

Continuando,

A PMA – Procriação Medicamente Assistida, cujo destino desconhece-se... já que a intenção das requeridas é FECHAR a MAC, como reiteradamente vêm anunciando... a PMA não está prevista ser integrada no HDE! Nem tão-pouco se sabe onde...

A UMR - Unidade de Medicina Reprodutiva não está prevista ser acolhida no HDE! Nem se sabe onde...

A unidade vocacionada para a adolescência não merece acolhimento no HDE, excepto na forma de lhe ser atribuido um ou outro gabinete... comprometendo programas em curso cuja importância é vital para a nosssa sociedade! Tal como o Projecto Adolescer.

A UCI no HDE implica recuar no tempo mais de uma década, pela opção de "open space", inutilizando o esforço económico dispendido com a total renovação dos cuidados intensivos e cuidados intermédios na actual MAC, cujas boxes proporcionam um tratamento dos internados recém-nascidos de cuja qualidade não pode sequer ser comparável com as condições a proporcionar no HDE, é que tal como o encerramento da MAC não se reduz ao número de partos, igualmente a UCI não pode ser reduzida ao número de "postos intensivos" criados, mais 3 (três) que na actual MAC, e não se acene com a qualificação de cuidados intensivos de nível 3, porque o que diferenciará aquela qualificação da UCI da actual MAC é apenas o facto de existir, ou não, ao serviço, intensivista de serviço 24 sobre 24 horas...

A questão é que os recém-nascidos que careçam de internamento na UCI na actual MAC estão em melhores condições de tratamento, e até desde logo pelas caracterisiticas das "boxes", o que permite a permanência dos seus progenitores, em condições de maior tranquilidade e dignidade dos doentes e seus acompanhantes, item a considerar na prestação de cuidados de saúde, o que as requeridas também não podem ignorar já que tais questões já mereceram intervenção e decisões a exigir o respeito por tais realidades por

decisões da ERS, como seja a privacidade e dignidade dos utentes do SNS, mas aqui o que se salienta é de facto a carência de espaço. No HDE o espaço disponivel entre pontos intensivos é apenas de 1,5 metros (cfr. auto de inspecção), que embora se diga que aqueles pontos intensivos correm em calhas, sendo por isso amovíveis, o que não pode ser escamoteado é que estando a UCI totalmente esgotada, o espaço é circunscrito ao 1,5 metros. Na data da realização da inspecção judicial a UCI da MAC estava esgotada.

A futura UCI de Neo-Natologia, no HDE reconduz-se e reformulação do anterior serviço de UCI, aumentando o número de pontos intensivos, mas nada mais... o que implica face às condições da MAC recuar em qualidade de serviços de saúde, sendo que a defesa da saúde não se pode limitar à defesa da extensão dos serviços, mas também à sua qualidade, que não deve, em caso algum, ser dminuida, mas sim mantida ou melhorada.. As requeridas optaram pelo encerramento da MAC sem ponderar as consequências e efeitos do resultado final daquela decisão, e estavam obrigadas àquela ponderação.

O espaço da UCI na actual MAC é um espaço que reúne melhores condições que aquelas que disporá no HDE.

Além disso, a UCI e os Cuidados Intermédios a funcionar na actual MAC, em circuito circular, têm uma geografia de complementaridade que optimizam, necessariamente, a prestação de cuidados aos internados, bem como as transferências dos internados da UCI para os Cuidados Intermédios, e vice-versa.

As requeridas não lograram provar que manterão as equipas em exercício de funções na actual MAC, após a sua transferência para o HDE. É verdade que os requerentes também não provaram que as mesmas não se manterão. Porém, face à prova testemunhal produzida, o que se apura é que foi dito aos profissionais da MAC que caso tivessem propostas de trabalho eram livres de as aceitar; bem como se provou por testemunha das requeridas que faltam médicos noutras áreas do país. Ora, uma das preocupações é a da manutenção de tais equipas que, necessariamente constituem "ingrediente" da coesão de funcionamento da MAC!

Ailás, a requerida CHLC,EPE prova que tomou várias deliberações sobre a constituição de grupos, mas fica-se por aí, nada se sabe como fuincionaram, bem como nada se sabe do conteúdo apurado do trabalho dispendido por esses grupos, pois tal como foi dito por testemunhas os grupos " não se entenderam" e não foi "dado seguimento", e por isso, contrariamente ao afirmado pelas requeridas não rpovaram as mesmas que a decisão de encerramento envolveu os profissionais da MAC, que efectuaram uma única visita ao HDE...

A MAC dispõe, na totalidade e englobando todos os serviços, o que se apurou na inspecção judicial : cerca de 89 gabinetes, dos quais 18 são da UMR e PMA, 10 do DPN, 12 de apoio clinico, etc (cfr. auto de inspecção). No HDE a "MAC transferida" disporá de: 33 gabinetes, retirem-se daí as devidas conclusões... a transferência da MAC é necessariamente acompanhada de " redimensionamento daquela maternidade", com a consequente afectação dos serviços prestados...

Assim, a reiterada expressão – divulgada nos meios de comunicação social - de que a " MAC não cabe no HDE", refutada pelas requeridas, deixou já de ser mera frase, porque o que se apura é que a transferência da MAC implica redução de prestação de serviços, de que modo e em que circunstâncias, não se sabe. Pois, à data o que se sabe apenas, é que a àrea no HDE afecta aos serviços provenientes da MAC é simplesmente insuficiente.

Mas será que procede a alegada conformidade com o bloco de legalidade pelas requeridas? Dizem as requeridas que a sua intenção de encerramento da MAC não colide com o ordenamento juridico, que não se verifica a violação de quaisquer normas juridicas ou principios gerais de direito, nem tão-pouco será lesiva da saúde pública.

Não é verdade!

As requeridas estão obrigadas a cumprir, com:

a)o principio da legalidade (cfr. artº.3º/CPA), o que as vincula a agir em conformidade com os fins que prosseguem, já que o princípio da legalidade não se esgota ou confina à matéria de das normas de "competência e atribuições", de aditar que nenhuma das entidades requeridas arguiu a " urgência administrativa" como um dos elementos em que se terá ancorado a decisão de encerramento da MAC;

b)o principio da prossecução do interesse público, no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos (cfr. artºs. 4º/CPA e 266º/1/CRP), o que impõe restrições à actuação das requeridas, vinculando-as a uma dimensão teleológica (fim prosseguido), cuja discricionariedade, versus liberdade de actuação, é limitada pelo princípio do respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos, sendo que este limite constitui barreira à actuação das requeridas, impondo-lhesa um dever de ponderação, imbuída de critérios de imparcialidade e de proporcionalidade, sendo a imparcialidade traduzida no modo como considera todos os interesses envolvidos; e a proporcionalidade a dimensão em que são considerados aqueles interesses;

No caso vertente, o que se apura é que as requeridas, não praticaram qualquer acto administrativo, ou seja, a decisão de encerramento estará em preparação, ou em curso, ou simplesmente entendem as requeridas de qaue podem encerrar e transferir unidades de saúde sem qualquer decisão administrativa...sendo que, a propósito de encerramento de maternidades sempre foram proferidas decisões pela requerida Ministério da Saúde.

Não foi, pelo menos até à data, proferido qualquer despacho decisório de encerramento da MAC pelo Ministro da Saúde, ou tomada qualquer deliberação pelo Conselho de Administração do CHLC,E.P.E..

c)o princípio da proporcionalidade (cfr. artº.5º/2/CPA), o que impõe às requeridas que a decisão de encerramento da MAC não pode ter por efeito afectar os interesses difusos aqui defendidos, de modo "desproporcionado"...já que encerrar a MAC dotada das condições apuradas, com particular relevo para os seguintes serviços: UCI; blocos operatórios; URM e PMA; serviço de urgência, tudo serviços renovados há cerca de cinco anos, a sua maioria objecto de renovação total, e com maiores condições técnicas e que cumprem os requisitos indispensáveis a um regular funcionamento de estabelecimentos de daúde, com a agravante que estamos perante uma maternidade! Não há sociedade sem

seres humanos! Estabelecendo o contraponto com as condições previstas no HDE para integrar a MAC e atentos os serviços que não são, pura e simplesmente integrados, e os serviços que são integrados com diminuição do grau de qualidade acessivel e exercido na actual MAC, é de concluir que a decisão de encerrar " ad hoc" a MAC viola o princípio da proporcionalidade, nada justifica a medida de encerramento, tendo a integração no Hospital Oriental de Lisboa " à vista" a 3 anos de distância...sendo de censurar a decisão de integração " intermédia" da MAC, pois como dizem os requerentes não se discute de estarem já ultrapassadas as unidades de saúde monovalentes, mas discute-se sim a integração por um curto período de tempo, no HDE, igualmente unidade de saúde monovalente...

Na verdade, contrariamente ao alegado pelas requerentes, e a prova testemunhal produzida permitiu apurar que o transporte de recem-nascidos não teve, nem tem o efeito de aumentar a morbilidade neo-natal; o INEM pediátrico tem exercido exemplarmente as suas funções, e o transporte de recém-nascidos, tem sido em maior numero para os Hospitais de Santa Marta e de Santa Cruz, por se tratarem de situações clinicas de cardiopatias, que o HDE não trata, nem opera...

A disparidade de situações da MAC e HDE, quer quanto às caracterisiticas dos edificios; ao espaço disponivel em cada um deles; e ainda às caracteristicas dos serviços renovados na MAC que não são repostos no HDE permite concluir que o sacrificio exigido contra a saude pública não pode ser aceite, e prestam os requerentes um bom serviço à comunidade.

De salientar, ainda, que o princípio da proporcionalidade constitui um travão objectivo ao exercício de poderes discricionários, o que siginifica que podem as requeridas decidir e encerrar as unidades de saúde que entendam, porém as razões que ditam aquelas decisões são sindicáveis, ainda que no exercício de poderes discricionários, o que aontece sempre que se conclui que foi violada a "proibição do excesso", isto é, sempre que o interesse público seja prosseguido de modo a causar sacrificios desnecessários e injustificáveis.

Além disso, estão ainda, as requeridas vinculadas no respeito do principio da proporcionalidade nas suas três vertentes:

- **adequação da decisão** : a lesão da saúde pública tinha que se mostrar justificada e adequada como modo de exercício regular da actuação das requerentes. Ora, o que se apura, é que paralelamente aos anúncios de que vai fechar... vai fechar... a MAC, paralelamente adoptou condutas parcelares, condutas desarticuladas (por ex: no envolvimento dos profissionais privleigiando os integrados no HDE, sendo que a unidade a ser transferida e integrada é a MAC; na realização de obras e encomenda de estudos desnecessários, ignorando requisitos de cumprimento obrigatório, de tal modo que justificam a intervenção da ERS em situações iguais (situação dos blocos do HDE/ausência de circuitos independentes de limpos e sujos);

- **necessidade da decisão**: a decisão de encerramento é necessária? O plano de negócios da requerida CHLC,E.P.E. preconiza o encerramento conjunto das unidades de saúde integradas no CHLC, e integração das mesmas no futuro e novo Hospital Oriental

de Lisboa. A questão seguinte é a Troika é causa justificativa? Não lograram as requeridas provar tal facto, aliás o que até seria contraditório com o palno de negócios, como é contraditório com o investimento realizado na MAC na remodelação dos serviços de urgência; blocos operatórios de ginceologia; UCI e cuidados intermédios, URM e PMA, entre outros mais serviços...é aquela decisão de encerramento a única possivel? Porém, diga-se e reforce-se o supra expendido, é que ainda que as requeridas viessem agora, por hipótese, ancorar a necessidade da decisão de encerramento, o que se apura é que aquela decisão viola outros princípios gerais de direito que vinculam as entidades requeridas;

- proporcionalidade da decisão: remete-se para o supra exposto quanto ao princípio da proporcionalidade.

d)os principios da justiça e da imparcialidade (cfr. artº. 6º/CPA), impõe às requeridas a actuação de forma justa e imparcial com todos os que com elas entrem em relação.

Face à prova produzida as requeridas não trataram de forma justa os profissionais da MAC, que não foram envolvidos da mesma forma que os profissionais do HDE.

E, mais grave, porque estamos no domínio de exercício de acção popular, as requeridas tratam de modo injusto, por injustificado e desprovido de razões até economico-financeiras, pois até se permitiram ignorar o investimento recente aplicado na renovação de serviços da MAC, culminando num resultado de colocação aos cidadãos de serviço de saúde de pior qualidade e prestado em condições de perigo para a saúde pública, o que constitui afronta intolerável à saúde pública.

Nem a Troika pode justificar afronta injsutificada, desencessária e ilegal da saúde pública, na "ilegalidade não há poupança"! como em questões essenciais da saúde pública não pode haver " poupança"...

Quanto ao princípio da imparcialidade suposto parente pobre dos demais princípios gerais, aqui aplicáveis, o mesmo é muito mais... porquanto exige das requeridas na actuação decisória objectividade, isto é, exigência de ponderação das decisões, o que implica considerar todas as realidades envolvidas, e em simultâneo impõe-lhes um dever de abstenção de actuações de mera conveniência pontual, ainda que, como foi acenado razões da Troika, matéria de facto não provada.

Num Estado Social de Direito, como Portugal, é inadmissivel a lesão de interesses como a saúde pública, e in casu dir-se-á que sem nascimentos e protecção da maternidade não há sociedade; como é inadmissível violar a saúde pública ancorada em razões não objectivadas, não ponderadas, e optar por situações geradoras de perigo para a saúde pública e de diminuição da qualidade e excelência que sempre foram reconhecidas à MAC e que agora são pura e simplesmente votadas a "desaparecimento por etapas", o que não é exigível aos cidadãos suportar, não estamos no mero domínio de cortes salariais, estamos no domínio da saúde pública.

E não venham as requeridas dizer que lhes cabe a defesa e prossecução do interesse público, por que só o poidem dizer se em simultâneo assegurarem a não verificação de lesão e atentados àquele interesse público.

Saliente-se, ainda, que *"... entre o interesse público objectivo e o interesse difuso a diferença esvanece-se. O interesse difuso como espelho conscencial do interesse público. Por outras palavras,* ***o interesse difuso como interesse hiperpúblico, enquanto interesse da Administração e, simultâneamente, como interesse-direito-fundamental do cidadão*** *(como membro da sociedade – comunidade)."* In Cadernos de Justiça Administrativa, n°.30, Novembro/Dezembro 2001, págs. 27 e 28, anotação a acórdão do STA – Supremo Tribunal Administrativo de 15.12.1999, anotação de autoria do Prof. Dr. Luis Filipe Colaço Antunes.

Ainda, na óptica daquele autor, Prof. Dr. Luis Filipe Colaço Antunes, e no mesmo Caderno de Justiça (n°.30, pág. 30), a propósito da acção popular e interesses difusos, conclui o mesmo: *" Resumindo, creio que a doutrina e jurisprudência portuguesas têm sido mais sensíveis à tese subjectivista de Gianninni – materializada na concepção de interesses " adespoti" – que, como vimos, tem em Jhering o seu inspirador originário.Pela nossa parte, o que define os interesses-direitos-difusos não é o sujeito mas o objecto (directamente tutelado pela lei), do qual resultam, aliás, as principais características dos interesses difusos: infungibilidade objectiva, fungibilidade subjectiva, vocacionalmente participativos e, sobretudo, um novo modo de ser e limite dos direitos fundamentais.*

Rigorosamente, ***trata-se da existência jurídica de interesses-direitos-sujeitos-de-dever-ser (artº.66º da CRP) que, face à sua dimensão axiológico-constitucional-existencial, não podem deixar de ser tutelados jurisdicionalmente, mesmo que na ausência de um suporte normativo directo."***

Na esteira do sustentado e defendido por aquele autor, que se acompanha, decai a argumentação das requeridas de que a sua actuação não é sindicável pelos tribunais, como decai que o direito que assiste aos aqui autores populares não é, afinal, um direito fundamental!

Como refere o autor, supra citado, a proósito da acção popular, enquanto meio processual, *" ... tem o enorme mérito de abrir ao cidadão as portas da tutela jurisdicional administrativa, de outra foram irremediavelmente fechadas."*

e)principio da boa fé, na vertente da violação do princípio da confiança (cfr. artº.6º-A1/2/a)/b)/CPA, principios que obrigam as requeridas na sua actuação, e que as vinculam a actuação transparente, no sentido de produzirem actos e adoptarem condutas objectivadas e dotadas de conteúdo conhecido dos destinatários daquelas decisões ou condutas. Ora, o que é expectável das requeridas é que sejam as defensoras da qualidade da saúde pública, quer no sentido da sua manutenção, quer no da sua melhoria. As requeridas assim não agiram, aliás a conduta das rqeueridas temsido, por sua iniciativa no que respeita à MAC no regime de " anúncios" , desacompanhados de actuações objectivadas e justificadas.

A verificação da violação daqueles principios gerais, aditado das não conformidades apuradas no HDE, do perjuízo concreto e até indeterminado da redução e supressão de serviços, a propósito da mera " deslocalização da MAC", como é dito pelas requeridas, e por isso, entendem que até não se trata de encerrar, nem de transferir, deceryo no uso de mero jogo de palavas, pois o que se conclui, é que o interesse difuso " saúde pública" no que concerne à manuetenção de uma maternidade na grande Lisboa com requisitos de segurança e qualidade só são assegurados, para já, com a manutenção da MAC em funcionamento, e não obstam as razões meramente alegadas pelas requeridas, incluindo as de índole economico-financeira.

Acresce afirmar que nem sequer aqui se torna necessário tratar o pedido de tutela cautelar à luz do disposto no artº.120º/CPTA, pois sobrepõe-se àquele preceito a norma constitucional, artº.52º/2/a)/CRP, bem como o regime legal da LPA – Lei de Acção Popular.

Todavia, procede-se, ainda, assim àquela apreciação sumária.

- Dos requisitos legais para decretamento das providências cautelares peticionadas e outras que se revelem adequadas

Os pedidos formulados pelos requerentes/autores populares reconduzem-se a mautenção da MAC – Maternidade Alfredo da Costa em funcionamento, devendo as requeridas abster-se de encerrar a mesma e ou adoptar actuações e praticar actos que importem o encerramento da MAC, ainda que parcial. Vêm, deste modo, os requerentes solicitar tutela cautelar, mediante pedido de decretamento de providências que têm por efeito manter e/ ou conservar o " statu quo ante" dos requerentes, e em consequência impedir o encerramento da MAC.

Estamos, assim, no domínio de providência de natureza conservatória.No que concerne aos critérios legais para decretar, ou não, providências deduzidas no âmbito de processo cautelar rege o disposto no artº. 120º do C.P.T.A., preceito legal do qual decorre que a concessão das providências cautelares depende de uma apreciação em função dos seguintes requisitos: a) fumus boni iuris; b) periculum in mora e do carácter irreparável dos danos decorrentes da execução do acto; c) e da avaliação e ponderação de interesses, públicos e privados em causa, de molde a garantir uma solução de equilíbrio, articulado com a noção de prejuízo grave para o interesse público.

- Do "fumus boni iuris "

No âmbito do apuramento do requisito " fumus boni iuris" o julgador procede à elaboração de um juízo de verosimilhança dos fundamentos invocados, no sentido de não resultar como evidente a falta de fundamento da pretensão. A que acresce que a lei impõe uma apreciação sumária, e não o julgamento por antecipação da acção principal – atento o carácter instrumental, sumariedade e provisoriedade das providências cautelares - enquanto "limite ou fronteira" que delimita o âmbito de decisão dos presentes autos de processo cautelar.

As entidades requeridas, vêm, sem o "nomear" invocar a verificação de "fumus malus", mas fazem-no de molde a proceder a defesa e julgamento da acção principal, por " antecipação", sendo que os processos cautelares a esse fim não se destinam, dado o seu carácter instrumental, isto é, visam unicamente assegurar a utilidade da acção principal, na qual discutir-se-á da validade/invalidade de actos/ ou do reconhecimento/ou não de uma situação jurídica e/ou direito a favor dos ora requerentes, enquanto autores populares, na defesa de interesses difusos, in casu, o interesse difuso " saúde pública"(cfr. artº. 52º/3/CRP).

No que concerne à " instrumentalidade" das providências cautelares na relação estabelecida com as acções principais cujo efeito útil visam assegurar dispõe o artº.113º /1 do CPTA : *" O processo cautelar depende da causa que tem por objecto a decisão sobre o mérito, podendo ser intentado como preliminar ou como incidente do processo respectivo".* É inequívoca a função da tutela cautelar em face do preceito legal supra referido, isto é, o processo cautelar tem por objecto acautelar o interesse jurídico que com a acção principal se pretende ver reconhecido. Processo cautelar é o que segundo define Carneluti " ... o processo que, em vez de ser autónomo, serve para garantir que outro processo atinja o seu fim próprio" (in Carnelutti, Instituzioni, 5ª ed., nºs. 44 e 45). O mesmo autor – supra citado – classifica o processo cautelar em " ... instrumental, por visar assegurar a finalidade prática do processo definitivo" , isto é, a acção principal. O processo cautelar tem por finalidade assegurar a utilidade da lide - principal -, e daí a sua instrumentalidade, isto é, a sua dependência na função e não apenas na estrutura, de uma acção principal.

Donde que, e em conclusão, numa apreciação sumária, é de concluir como inverificada a situação de " fumus malus", até porque tal apreciação importaria extravasar o âmbito da tutela cautelar, antecipando o julgamento do mérito da acção principal, e esse não é o fim que norteia a tutela cautelar. Porém, e para que não hajam quaisquer dúvidas do carácter fundamentado do pedido de tutela cautelar, in casu, procedeu-se – cfr. supra - à análise da verificação da violação dos princípios gerais de direito administrativo, regulados no CPA, bem como à verificação de normas legais, de molde a afirmar de modo peremptório que o interesse difuso " saúde pública" carece de protecção imediata!

Na verdade, o que se apurou, contrariamente ao alegado e expendido pelas requeridas, é que a sua actuação – seja acto material/interno ou organizatório , que perante uma acção popular "fenece" - é ilegal, por violar vários princípios gerais de direito, para além de violar várias normas jurídicas, o que por si só justifica o imediato decretamento das providências peticionadas (cfr. artº.120º/1/a)/CPA), sem ser exigível a verificação cumulativa dos demais requisitos legais...

Porém, proceder-se-á, ainda, à análise dos demais pressupostos.

- Do " periculum in mora" e do carácter irreparável dos danos

No tocante ao "periculum in mora" a que alude o artº120º, nº1, alínea b), do C.P.T.A. " ... *haja fundado receio da constituição de uma situação de facto consumado ou da produção de prejuízos de difícil reparação para os interesses que o requerente visa assegurar no processo principal...*", neste âmbito o ónus probatório recai sobre o requerente, cabendo-lhe alegar e provar

factos, donde resulte a verificação do " fundado receio" e da verificação de prejuízos de difícil reparação.

Os requerentes alegaram e provaram que o encerramento da MAC, objectivamente causará lesão do interesse difuso "saúde pública", lesão essa em várias vertentes – conforme supra expendido – e a admitir-se o encerramento da MAC, sem dúvida alguma que nos reconduz a uma situação de fundado receio, e da constituição de uma situação de facto consumado, e contrariamente ao preconizado pelas entidades requeridas os prejuízos não são meramente quantificáveis, por estar em causa a " saúde pública", interesse, aqui difuso, que a ser lesado, causará nos seus "destinatários finais", os utentes do SNS – Serviço Nacional de Saúde, sofrerão prejuízos de difícil reparação, pois estamos perante o funcionamento de uma unidade de saúde, com a agravante de se tratar da maior maternidade do país, à qual podem aceder todas as mulheres que ali se apresentem, para além de constituir o hospital de referência, incluindo os novos hospitais de Cascais, Loures e Vila Franca de Xira, com particular relevo para a gravidade das situações das grávidas de alto risco e os recém-nascidos de baixo peso. A aditar a gravidade de falta de gestão e de ponderação para a " maternidade/paternidade planeadas e futuras" fruto da actividade desempenhada pelas unidades da MAC: PMA – Procriação Medicamente Assistida e UMR – Unidade de Medicina Reprodutiva, unidades que não vão ser integradas no HDE, mas que se mostram abrangidas pelo encerramento da MAC.

Dir-se-á, ainda, que na ponderação dos interesses, a mesma é favorável aos ora requerentes, sem que haja qualquer confusão com a legalidade ou a vinculação das requeridas na aplicação da lei, pois como já supra se expendeu, tal é matéria de facto e de direito a apreciar e decidir nos autos de acção principal. A aditar, que a ponderação é ditada em consideração à defesa do interesse difuso, aqui defendido, a saúde pública, e não se apurou que a manutenção do funcionamento da MAC até à sua integração no fututo e novo Hospital Oriental de Lisboa, importe prejuízo grave para o interesse público, o que não foi sequer provado nos autos, já que as requeridas limitam-se a apelar que não deve o tribunal intervir, e que não há violação do princípio da legalidade (cujo desenvolvimento, repercussão e consequente apreciação e decisão é matéria da acção principal), e ao facto de que o encerramento da MAC e sua integração no HDE não lesará a saúde pública, o que não logrou provar, e por isso, na ponderação de interesses, a mesma revela-se desfavorável às entidades requeridas, atentos até os prejuízos gravosos que decorrem com o imediato encerramento da MAC.

Mostra-se, deste modo, fundamentada de facto e de direito, o decretamento das providência peticionadas, e conclui-se deste modo que as requeridas na intenção de encerramento da MAC incorrem na violação dos princípios da legalidade; da prossecução do interesse público, no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos (cfr. artºs. 4º/CPA e 266º/1/CRP); da proporcionalidade (cfr. artº.5º/2/CPA); dos principios da justiça e da imparcialidade (cfr. artº. 6º/CPA),; do principio da boa fé, na vertente da violação do princípio da confiança (cfr. artº.6º-A1/2/a)/b)/CPA, o que dita a ilegalidade da intenção ou decisão de encerramento da MAC, devendo por isso, ser decretada providência que imponha às requeridas a abstenção de actuação ou prática de acto que determine o encerramento da MAC, e ainda decretamento das seguintes providências, caso as requeridas tenham iniciado o encerramento parcial e pontual de serviços da MAC, o que permite concluir pela procedência dos pedidos peticionados pelos

4382
14

requerentes, aditados, ainda, das seguintes providências, de molde a assegurar o funcionamento da MAC – Maternidade Alfredo da Costa, caso as requeridas tenham iniciado a transfereência e integração da MAC no HDE: proibição de funcionamento dos blocos operatórios (4) no HDE, afectos aos serviços de ginecologia e obstetricia transferidos da MAC; proibição de funcionamento da UCI Neo-Natal - afecta à MAC – no HDE; reposição imediata de funcionamento de todos os serviços – sem qualquer excepção- da MAC, mediante realização de todas as operações necessárias, para o que se fixa um prazo de 15 (quinze) dias, cujo incumprimento deve ficar sujeito a aplicação de sanção compulsória, para prevenir o incumprimento.

O Tribunal não está vinculado apenas às providências cautelares peticionadas pelos requerentes, nem taõ-pouco vinculado às mesmas, podendo decretar aquelas e todas as que considerar como adequadas à titela cautelar de que a situação carece, em concreto, conforme resulta do disposto no artº. 120º/3/CPTA. Ora, em virtude das requeridas terem vindo a doptar a "prática de actos materiais", ao invés de actos administrativos pelo Ministro da saúde, como sempre teve lugvar, até com referência a simples " salas de partos" integradas em hospitais, desconhece-se em concreto, nesta data, qual a situação efectiva da MAC, no que respeita à manutenção de todos os seus serviços, donde que, e sabendo das questões apurada no HDE lesivas da saúde pública, de molde a assegurar a eficácia concreta da presente sentença opta-se por aditar outras providências, de molde a garantir que não ocorram situações violadoras da saúde pública, e que não tenha lugar o encerramento da MAC, a qual não deve ter lugar, pelo menos pelos "meios" e "formas" até agora adoptados pelas requeridas. Não deve, ainda, ser permitido o funcionamento dos blocos operatórios do HDE, afectos à integração da MAC, ainda que o sejam a favor do HDE, em face da ausência de circuitos internos independentes, quanto aos limpos e sujos derivados da realização de cirurgias, o que é essencial e obrigatório na prevenção de infecções e compriometimento do ambiente esterelizado do bloco operatório e áreas adjacentes.

Diga-se, ainda, por último, que caso as requeridas venham a praticar acto administrativo/ deliberação do Conselho de Administração, a determinar o encerramento da MAC, as condições aqui apreciadas são inteiramente válidas, porquanto a realidade de facto apurada e provada é que o interesse difuso " saúde pública", no que respeita à obstetricia/ginecologia e neo-natologia, e enquanto maternidade de qualidade só é assegurado pela MAC, o que dita a manutenção de funcionamento daquela unidade de saúde, única forma de não lesar o interesse difuso, cuja defesa é aqui reclamado!

Em conclusão:

1° - Optou-se pela quase transcrição dos articulados para a presente sentença (cerca de 60 págs.), par se evidenciar o modo como as partes se posicionaram sobre as questões aqui em discussão;

2° - Os requerentes simplesmente, e sem grandes juízos de valor, " descreveram a MAC " nas suas várias dimensões, características, serviços, funcionalidades, vantagens, papel da MAC como única Maternidade com a experiência ímpar, a que não é alheia a sua inserção no edificio onde se encontra e o modo como todos os serviços foram criados, desenvolvidos e sistematicamente melhorados;

4353

3° - As requeridas optaram mais do que alegar factos, alegar factos meramente valorativos, conclusivos, e justificar as opções até com doutrina e jurisprudência, o que seria até normal se estivessemos em sede de tirbunal de recurso, e não na 1ª instância a julgar a causa, onde se alegam e provam factos;

4° - Aliás do supra referido é sintomático a prova testemunhal oferecida pelas requeridas, e até a prova documental, a titulo de exemplo a alegada e provada Carta Hospitalar Materna, da Criança, e do Adolescente 2012, não tem o feito de condão de varinha mágica – com o devido respeito – para justificar o injustificável, aliás tal Carta no que respeita às matérias de Obstetricia e de Neo-Natalidade remete no seu ponto n°.11 para a Carta Hospitalar Obstetrica e Neo-Natal, a qual não foi junta aos autos;

5 ° - A requerida CHLC-EPE juntou várias deliberações de nomeação e constituição de grupos, mas do que não se extrai o envolvimento dos profissionais, sobretudo da mAC;

6° - As requeridas trataram o presente processo cautelar ignorando de que o mesmo foi interposto no uso do direito de acção popular, bastando aos requerentes provar a situação de perigo e ameaça do interesse difuso " saúde pública", interesse que se sobrepõe até ao interesse público " saúde pública" prosseguido pelo Estado, aqui através das ora requeridas;

7° - O que se apura é que as requeridas pretendem reabrir a Maternidade do HDE, e não integrar a MAC no edificio do HDE;

8° - A transferência da MAC pelos actos materiais que têm vindo a ser praticados e em face do provado nos autos não importam a alegada " deslocalização" da MAC pelas requeridas, já que serviços relevantes não são transferidos para o HDE, e os serviços que são transferidos sã-no de forma reduzida dos existentes, e para c ondições "piores" que as existentes na MAC, além de que a estrutura organizatória indiciada é a de meramente "depositar" os serviços transferidos, sem o recolocar em funcionamento da lógica interdisciplinar da MAC em áreas como por exemplo a gravidez na adolescência;

9° - As requeridas acenam com questões economico-financeiras, não provadas, e ignoram e fazem tábua rasa dos inumeros serviços vitais que na MAC, nos ultimos cinco anos foram remodelados: UMR; PMA; UCI e Cuidados Intermédios Neno-Natais; Blocos Operatósrios;

10° - As condições dos serviços renovados não são comparáveis com as situações previstas para o HDE, perdendo os utentes do SNS a qualidade da UCI e Cuidados Intermédios Neo-Natais da MAC, sendo que a UCI têm excepcionais condições que até preenchem requisitos internacionais. Não se compromete a qualidade da saúde, melhora-se, em caso algum diminui-se, ainda que o país se encontre em crise, até porque não é necessário nada criar, já dispomos de qualidade ao nível da excelência na UCI Neo-Natal da MAC, preconizando-se no HDE uma UCI em " open space" o que implica recuar mais de uma década;

11° - As requeridas não podem ignorar, sobretudo a requerida Ministério da Saúde a actividade de fiscalização da ERS, que já interviu e determinou a dotação de circuitos independentes de limpos e sujos, nos blocos operatórios, e como se nada se passasse, no HDE os quatro bloco soperatórios afectos à MAC " deslocalizada/transferida" que não se mostram dotados de tais circuitos, bem pelo contrário tudo entra e sai pela mesma porta, e os sujos cicrulam por todo o corredor da unidade dos blocos operatórios, até que, finalmente acedem a sala destinada para depósito dos mesmos, da qual para sair para o exterior, primeiro invadem a zona de entrada de doentes na unidade do bloco operatório, até que, finalmente, desta vez, acedem ao exterior;

12° - Na MAC os blocos operatórios cumprem com o requisito da existência de circuitos internos e independentes de limpos e sujos, regra essencial de prevenção à verificação de infecções;

13° - As requeridas não podem ignorar, sobretudo a requerida Ministério da Saúde a actividade de fiscalização da ERS, que já interviu e determinou a substituição de portas batentes, por portas automáticas, nos blocos operatórios, e de novo, como se nada se passasse, no HDE os quatro bloco operatórios afectos à MAC têm portas batentes, e veja-se que tal se mantém mesmo tendo sido feitas obras, não deveria ter sido dotado de portas automáticas? Talvez o estudo de separação de gabinetes do DPN pudesse ter permitido tal substituição;

14° - Os blocos operatórios da MAC têm portas cuja abertura é-o por sensores electronicos, sem necessidade de qualquer contacto fisico;

15° - Os presentes autos visam tutela cautelar e no uso do direito de acção popular, e face aos factos provados o que se apura é que o encerramento da MAC lesa o interesse disfuso " saúde pública", o que impõe às requeridas a abstenção de determ,inar e/ou continuar o " encerramento" da MAC;

16° - Em face do provado nos autos, ainda que se tratasse de providência cautelar, fora do uso do direito de acção popular, verifica-se a previsão do disposto no artº.120°/1/a)/CPTA o que, por si só, habilita o Tribunal a decretar as providências petcionadas, bem como todas as que julgue como adequadas à tutela reclamada e merecida;

17° - As requeridas acenaram com a Troika, mate´ria em concreto, que nada provaram, não basta incluir matéria genérica num memorando, para sem mais encerrar a Maternidade nº.1 do país, cuja reputação e carácter excepcional foi até aceite e dito pela requerida CHLC,EPE;

18° - Não está em causa nos presentes autos o HDE enauqnro Hospital Pediátrico, nem sequer na valência de " cirurgias", porque então também teriamos de cham,ar à colação so Hospitais de Santa Marta e Santa Cruz, para onde vão a maior partes dos bébés recém-nascidos, o caso das cardiopatias, poreque nos demais casos, hoje em dia o DPN permite programar o nascimento e as intervenções cirúrgicas necessárias, após o nascimento;

4355

19 ° - Não está aqui, em causa, a igual qualidade ímpar do HDE como Hospital Pediátrico, o qual entra e sai dos autos " intocado";

20° - Não se desrepeite os esforço altruista das inumeras voluntárias, no Banco do Bébè, na MAC, que já apoiaram um sem numero de familias, obviamente sem desrepeitar a recem-começada associação, de igual função no HDE;

21° - Fechar a MAC " ad hoc" é a imagem da afronta directa e injustificável do bem jurídico " saúde pública", aqui defensável a título de interesse difuso, da comunidade, que os cidadãos, autores populares, requerentes nestes autos, cujo exercício de cidadania no exrcício do direito de acção popular, com antureza de direito fundamental, sobrepõe-se ao interesse público prosseguido pelas requeridas.

***

V – Decisão

Nestes termos e com os fundamentos supra expostos, concede-se provimento à presente providência cautelar, por fundamentada e provada, e em consequência, decretam-se as seguintes providências, a cujo cumprimento condenam-se as entidades requeridas.

a) Abstenção de prática de actos administrativos do Ministério da Saúde, deliberações do Conselho de Administração do CHLC,EPE, de todos e quaisquer actos e/ou operações materiais que importem o encerramento da MAC – Maternidade Alfredo da Costa, considerada globalmente e todos os serviços que nela funcionam, e patenteados no auto de inspecção judicial lavrado e constante da presente sentença;

b) Manutenção da MAC – Maternidade Alfredo da Costa em funcionamento com todos os seus serviços e valências;

c) Inserção do encerramento da unidade de saúde MAC – Maternidade Alfredo da Costa, integrada no CHLC,EPE, em programa ou instrumento de gestão previsional, que estabeleça, em concreto, o calendário, o faseamento e o conteúdo do processo de transição, o qual deve prever obrigatória e expressamente o efectivo destino dos profissionais de saúde e outros trabalhadores da MAC, bem como das equipas multidisciplinares constituídas, dos gabinetes de consulta e dos equipamentos;

d) Assegurar a efectiva participação dos profissionais de saúde da MAC no procedimento ou programa, supra referidos, para poderem pronunciar-se sobre as propostas detalhadas, concretas e escritas;

e) A manutenção das consultas diferenciadas que funcionam na MAC, à excepção das consultas de senologia e urologia;

f) A manutenção das equipas multidisciplinares que exercem actividade na MAC, sem prejuízo de serem nas mesmas integradas profissionais do HDE, que exerciam funções na Maternidade do HDE encerrada;

1356

g) Manutenção de condições de internamento que proporcionem pelo menos 51 (cinquenta e uma) camas, 30 (trinta) para puérperas e 21 (vinte e uma) para grávidas internadas de alto risco, bem como o número de espaços actualmente existentes na MAC (11) para a urgência em situações de trabalho de parto, e pelo menos 19 (dezanove) camas na área da ginecologia;

h) Manutenção do número de blocos operatórios actualmente existente na MAC para a obstetrícia (2) e para a ginecologia (2), bem como o número de blocos cirúrgicos (2) de que actualmente dispõe o serviço de procriação medicamente assistida que funciona na MAC;

i) Manutenção de uma unidade de recuperação e cuidados intensivos para grávidas de alto risco com patologias graves;

j) Manutenção do actual número de camas de cuidados intensivos (13) e de cuidados intermédios (29) da Unidade de Neonatalogia da MAC, respeitando sempre o rácio interuacionalmente proposto de 2 camas de cuidados intermédios para 1 cama de cuidados intensivos e assegurando "estruturas de isolamento" semelhantes às actualmente utilizadas por aquele serviço da MAC;

l) Manutenção da Unidade de Adolescência da MAC, com a estrutura multidisciplinar de resposta que actualmente possui;

m) Manutenção do serviço de psicologia clínica e do serviço social, actualmente em funcionamento na MAC;

n) Manutenção do serviço de procriação medicamente assistida, actualmente existente na MAC;

o) Manutenção do banco de leite humano, actualmente integrado na MAC, por dever estar a funcionar junto da maternidade;

p) Proibição de funcionamento dos blocos operatórios (4) no HDE, afectos aos serviços de ginecologia e obstetricia transferidos da MAC;

q) Proibição de funcionamento da UCI Neo-Natal - afecta à MAC – no HDE;

r)Reposição imediata de funcionamento de todos os serviços – sem qualquer excepção- da MAC, mediante realização de todas as operações necessárias, para o que se fixa um prazo de 15 (quinze) dias, cujo incumprimento deve ficar sujeito a aplicação de sanção compulsória, para prevenir o incumprimento, a suportar pelos dirigentes máximos das requeridas, sanção que se fixa pelo máximo legal diário.

s) Cessar todos e quaisquer actos que importem a transferência da MAC para o HDE, ainda que em eventual execução de actos que possam ter sido praticados.

***

Custas a suportas pelas entidades requeridas.

1357

***

Registe e notifique.

Proceda-se, de imediato, à notificação pessoal das entidades requeridas, nos termos do disposto no artº.122º/1/CPTA, para cumprimento imediato da sentença, em face do efeito meramente devolutivo do recurso jurisdicional que seja interposto (cfr. artº. 143º/2/3/CPTA.

Sem prejuízo da notificação da sentença aos mandatários constituidos.

***

Lisboa aos 18 de Julho de 2013 (acumulação de serviço urgente)

A Juíza de Direito

Anexo I: Auto de inspecção judicial e documentos anexos ao mesmo. (associações).