



ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE



ESTUDO PARA A CARTA HOSPITALAR

ESPECIALIDADES DE MEDICINA INTERNA, CIRURGIA GERAL, NEUROLOGIA,
PEDIATRIA, OBSTETRÍCIA E INFECCIOLOGIA

18 DE ABRIL DE 2012

A ERS agradece a colaboração de:

Dr. Alcindo Maciel Barbosa, Professor Doutor António Freire, Dra. Célia Oliveira, Dr. Joaquim Correia, Dr. João Carreira Coucelo, Dr. João Proença, Professor Doutor Jorge Maciel, Dr. José Lopes Lima, Dr. José Poças, Professor Doutor Luís Almeida Santos, Dr. Madeira Ventura, Dra. Margarida Tavares, Dra. Maria do Céu Almeida, Professora Doutora Maria do Céu Machado, Professor Doutor Miguel Gouveia, Dr. Nelson Rocha, Professor Doutor Nuno Montenegro, Dr. Nuno Santa Clara, Professor Doutor Pedro Pita Barros e Professor Doutor Ricardo Seabra Gomes.

As suas contribuições foram essenciais para a realização do presente estudo, o qual, obviamente, apenas vincula a ERS.

Índice

Sumário executivo	1
1. Introdução.....	7
2. O contexto epidemiológico, demográfico, socioeconómico e financeiro em Portugal ...	11
2.1. A saúde dos cidadãos	11
2.2. Indicadores demográficos	14
2.3. Indicadores socioeconómicos.....	26
2.4. Indicadores financeiros.....	35
2.5. Conclusão	37
3. O planeamento hospitalar em Portugal	39
3.1. Evolução normativa	42
3.2. Contributos técnicos	46
3.2.1. De âmbito nacional	46
3.2.2. De âmbito regional.....	52
3.3. As Redes de Referenciação Hospitalar	52
3.4. As áreas de influência	57
3.5. O Plano Nacional de Saúde	58
3.6. Conclusão	59
4. A procura e a utilização dos cuidados hospitalares.....	62
4.1. Consultas hospitalares	62
4.2. Internamentos	72
4.3. Cirurgias no âmbito do SIGIC.....	80
4.4. Conclusão	82
5. A oferta hospitalar.....	83
5.1. As especialidades de Medicina Interna, Cirurgia Geral, Neurologia, Obstetrícia, Pediatria e Infecçciologia	97
5.2. Conclusão	104
6. Metodologia para a elaboração da Carta Hospitalar	106
6.1. Pressupostos gerais.....	106
6.1.1. Acesso e equidade	107
6.1.2. Determinantes em saúde.....	110
6.1.3. Cuidados de saúde transfronteiriços.....	110
6.1.4. Tecnologias da Informação e Comunicação	111
6.1.5. Mobilidade de recursos humanos	113
6.1.6. As limitações financeiras.....	114
6.1.7. A auto-suficiência regional.....	115

6.1.8. Qualidade e dimensão crítica.....	117
6.1.9. Ordenamento do território	118
6.2. Modelo de oferta hospitalar	120
6.2.1. Tipologias de hospitais.....	120
6.2.2. Relações e regras de referenciação.....	123
6.2.3. Áreas geográficas de influência	125
6.2.4. Integração de serviços hospitalares: centros hospitalares e unidades locais de saúde.....	126
6.2.5. Desinstitucionalização dos cuidados.....	128
6.2.6. Organização interna dos hospitais	129
6.3. Pressupostos específicos das especialidades	131
6.4. Conclusão	141
7. Proposta de Carta Hospitalar	142
7.1. Identificação dos hospitais e das especialidades de acordo com as tipologias....	142
7.1.1. Medicina Interna	144
7.1.2. Cirurgia Geral	147
7.1.3. Neurologia	151
7.1.4. Pediatria	155
7.1.5. Obstetrícia	159
7.1.6. Infeciologia.....	164
8. Conclusões.....	169
Anexo I – Metodologia de análise do acesso	178
Bibliografia.....	181

Índice de Abreviaturas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

AP – Apoio Perinatal

APD – Apoio Perinatal Diferenciado

APE – Apoio Perinatal Especializado

ARS – Administração Regional de Saúde

BCE – Banco Central Europeu

CE – Comissão Europeia

CH – Centro Hospitalar

CDTPN – Centro de Diagnóstico e Terapêutica Pré-Natal

CT – Centro de Trauma

DGS – Direcção-Geral da Saúde

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

ETC – Equivalente a Tempo Completo

FMI – Fundo Monetário Internacional

GCD – Grande Categoria de Diagnóstico

GDH – Grupo de Diagnóstico Homogéneo

INE – Instituto Nacional de Estatística

INS – Inquérito Nacional de Saúde

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

LBS – Lei de Bases da Saúde

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

PIB – Produto Interno Bruto

PPPH – Parceria Público-Privada Hospitalar

RRH – Rede de Referência Hospitalar

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SRER – Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados

SUB – Serviço de Urgência Básico

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TIC – Tecnologias de Informação e Comunicação

TMRG – Tempo Máximo de Resposta Garantido

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

UE – União Europeia

ULS – Unidade Local de Saúde

Sumário executivo

O presente estudo dá cumprimento à solicitação do Senhor Ministro da Saúde, de concretização de uma Carta Hospitalar para as especialidades de medicina interna, cirurgia geral, neurologia, pediatria, obstetrícia e infecciologia.

Neste “Estudo para a Carta Hospitalar”, começou por analisar-se um conjunto de importantes indicadores epidemiológicos, demográficos, socioeconómicos e financeiros, que reflectem as principais condicionantes da saúde das populações em Portugal continental, e que são indicativos das suas necessidades de cuidados de saúde hospitalares. Atenta a componente geográfica subjacente à tarefa de planeamento da rede de oferta hospitalar, foram particularmente focadas as diferenças regionais ao nível dessas necessidades de cuidados de saúde hospitalares. Em termos globais, ao nível dos indicadores epidemiológicos, merecem destaque as tendências demonstradas de aumento da prevalência da diabetes e da percentagem de população com tensão arterial alta. A estrutura demográfica das populações tem evoluído no sentido do progressivo envelhecimento e aumento do índice de dependência de idosos. No que concerne aos indicadores socioeconómicos, são assinaláveis o aumento dos índices de escolaridade de nível superior, mas também um crescimento da taxa de desemprego e da prevalência do consumo de droga. A percentagem da despesa anual média dos agregados familiares afecta à saúde estabilizou nos últimos anos.

Do estudo da evolução normativa do planeamento hospitalar em Portugal, bem como de outros contributos técnicos, concluiu-se que, não obstante as tentativas que foram sendo encetadas de elaboração de uma Carta Hospitalar ao longo do tempo, a realidade existente mostrou-se sempre diferente do que foi sendo definido nos sucessivos diplomas e documentos produzidos. Com efeito, as regras neles definidas nunca chegaram a ser plenamente implementadas, resultando, assim, numa ausência de clarificação das tipologias hospitalares que se encontram hoje efectivamente aplicadas, tampouco resultando numa clarificação das áreas de influência dos hospitais, que são definidas ora por via contratual, ora por referência legal e ora por regulamentos internos dos hospitais, havendo ainda casos de indefinição. Por outro lado, constatou-se a existência de uma linha de continuidade na evolução conceptual da rede hospitalar, assente numa estrutura hierárquica com previsão de dois, três ou quatro níveis (ou tipologias) de prestação de cuidados hospitalares (dos mais básicos aos mais diferenciados), e com necessidade de previsão de mecanismos de referência que permitissem o correcto encaminhamento dos utentes entre tais diferentes níveis de cuidados.

Analisando alguns indicadores de utilização de serviços hospitalares programados (consultas externas, internamento de agudos e cirurgias programadas), é possível detectar as principais diferenças regionais na utilização e na importância relativa das várias especialidades. A região Norte apresenta-se como aquela em que a utilização de consultas hospitalares e a realização de cirurgias, relativamente à população residente, são mais elevadas. Nestes mesmos tipos de serviços, o Algarve ocupa a posição de região com menor utilização. Curiosamente, no caso dos serviços de internamento hospitalar, estas duas regiões continuam a situar-se nas posições extremas, mas agora em sentido inverso, com o Algarve com o maior índice de utilização e o Norte com o mais baixo índice. A especialidade de oftalmologia é aquela que determina um maior número de consultas hospitalares, e é a segunda mais importante especialidade ao nível da produção cirúrgica, neste caso apenas superada pela cirurgia geral. A Grande Categoria de Diagnósticos correspondente às doenças e perturbações mieloproliferativas e mal-diferenciadas, e que engloba tratamentos que normalmente se realizam num contexto de tumor maligno/cancro, é marcadamente aquela que reúne o maior número de episódios de internamento, em todas as regiões.

Condição essencial e ponto de partida para a elaboração desta proposta de Carta Hospitalar pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS) foi o levantamento da actual situação da Rede Hospitalar com Financiamento Público, apresentando-se no relatório a identificação completa das unidades hospitalares existentes, com os respectivos níveis hospitalares, áreas de influência e especialidades existentes. A referida Rede Hospitalar com Financiamento Público compreende todos os hospitais públicos, gerais ou especializados, integrados ou não em centros hospitalares ou unidades locais de saúde, e ainda as IPSS com acordos celebrados com o Serviço Nacional de Saúde (SNS). De acordo com toda a informação coligida pela ERS, em Janeiro de 2012 integravam a Rede Hospitalar com Financiamento Público 95 hospitais públicos, sendo 77 hospitais gerais e 18 especializados, e 18 hospitais pertencentes a IPSS, perfazendo um total de 113 hospitais. Esta contagem refere-se a unidades hospitalares, i.e., pontos de oferta, não se considerando aqui se as unidades estão ou não integradas em centros hospitalares ou unidades locais de saúde.

O estudo apresenta ainda o racional teórico e analítico em que assenta a proposta de Carta Hospitalar da ERS, tendo presente o conjunto dos indicadores epidemiológicos, demográficos, socioeconómicos e financeiros, bem como a realidade da evolução e da actual situação da Rede Hospitalar. O quadro metodológico é constituído, em primeira análise, por um conjunto de pressupostos gerais que balizam a concretização da Carta.

O primeiro destes pressupostos é o da defesa do acesso das populações à Rede Hospitalar com Financiamento Público, em condições equitativas e ajustadas às suas necessidades de cuidados de saúde. Nesse sentido, é objectivo central da Carta que a rede proposta permita o bom funcionamento da oferta hospitalar, com racionalização de recursos e promoção da qualidade na prestação de cuidados de saúde hospitalares, sem comprometer os níveis de acesso onde ele está actualmente garantido.

Pretende-se também que a rede hospitalar desenvolvida seja pensada, estruturada, organizada e gerida em coerência com o actual paradigma da saúde da população, acompanhando os principais determinantes de saúde das populações e suas tendências.

Em terceiro lugar, o modelo de oferta hospitalar aqui proposto tem em consideração a evolução prevista a médio prazo para o grau de mobilidade transfronteiriça no acesso a cuidados de saúde, designadamente no âmbito da implementação da Directiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de Março de 2011.

A continuação do desenvolvimento das tecnologias de informação e comunicação aplicadas à saúde é também um pressuposto assumido pela ERS no seu modelo, particularmente as aplicações à telemedicina e aos procedimentos administrativos de relacionamento entre as unidades de saúde e destas com os utentes.

Por outro lado, um aspecto que deve ser considerado destacadamente para a promoção de uma redistribuição da oferta hospitalar que contribua para uma maior equidade no acesso é a mobilidade dos recursos humanos na saúde. Mas a Carta Hospitalar a propor deve ser também exequível à luz das fortes limitações financeiras actualmente enfrentadas pelo sistema de saúde português, e sobretudo, pelo SNS, e o respeito pelos compromissos assumidos externamente pelo Estado português.

Um dos pressupostos adicionais em que deve assentar a Carta Hospitalar aqui preconizada, e atenta a divisão do território continental em regiões de saúde, consubstancia-se na necessidade de respeito pelo princípio geral de auto-suficiência regional e subsequente consentaneidade das redes de referência hospitalar, exceptuando da aplicação de tal princípio aquelas realidades que justificam um enquadramento nacional.

De carácter também essencial é o reconhecimento de que o planeamento estratégico das redes de oferta de serviços de saúde deve prever condições estruturais e organizativas propícias ao bom desempenho na prestação de cuidados de saúde e indutoras de maior qualidade, designadamente garantindo dimensão crítica que permita aos profissionais de saúde a aquisição de experiência na prestação dos cuidados de saúde e o incremento da perícia técnica.

Finalmente, a ERS reconhece ser fulcral a interligação entre as políticas públicas de saúde e o ordenamento do território. Uma integração de preocupações de ordenamento do território na formulação de políticas de saúde bem sucedida passa por se conseguir um correcto equilíbrio entre uma distribuição regional de recursos, que garanta um conjunto de condicionantes e incentivos positivos à geração de bem-estar para as populações (em sentido lato), e a eficiência global na aplicação dos recursos disponíveis no sector da saúde.

Deste racional teórico fazem também parte as definições gerais e fundamentais à constituição da rede e respectivo modo de funcionamento.

Aqui inserem-se as regras preconizadas pela ERS relativamente às tipologias de hospitais, prevendo-se, em regra, a existência de dois tipos hospitalares: os hospitais de primeira linha (a primeira porta de entrada dos utentes nos cuidados hospitalares do SNS) e os hospitais de referência (para além de funcionarem como hospitais de primeira linha relativamente às populações da sua área de influência primária, visam responder àquelas situações mais ou altamente diferenciadas, para onde os utentes serão referenciados pelos hospitais de primeira linha). A estes dois tipos poderá excepcionalmente e na base, adicionar-se o conceito de hospitais de proximidade. Uma outra classificação importante, e que se reconhece no modelo proposto, é a de hospitais gerais e hospitais especializados.

Sublinhou-se também a necessidade de ser estabelecida uma ligação directa e essencial entre a Carta Hospitalar e as redes de referência hospitalar, enquanto obrigatoriedade de referência e de aceitação de doentes, em atenção às suas patologias e casos concretos, mas com capacidade de endogeneizar, sempre que possível, a liberdade de escolha do utente e a liberdade de opção do médico referenciador. No modelo proposto pela ERS as relações de referência entre todos os pontos da rede hospitalar devem assentar nos princípios de afiliação, centralidade no doente, âmbito regional e articulação entre níveis de cuidados, sendo contudo de destacar o facto de ser competência legal de cada ARS a aprovação e determinação para cumprimento das redes de referência em cada uma das regiões de saúde.

Outra definição essencial para a Carta Hospitalar consiste nas áreas geográficas de influência primárias de cada unidade hospitalar. A ERS entende que a definição das áreas de influência primárias dos hospitais para a Carta Hospitalar deve assentar-se nos seguintes pressupostos: i) aceitar as áreas de influência declaradas pelos hospitais sempre que não foram evidentes quaisquer dificuldades ou incongruências; ii) considerar o concelho como unidade geográfica mínima de definição das áreas de influência,

simplificando e uniformizando desta forma a definição das áreas; iii) respeitar as áreas contratualmente definidas no âmbito de parcerias público-privadas; iv) respeitar os limites territoriais das Administrações Regionais de Saúde; v) aplicar, sempre que possível, o princípio de que as áreas de influência primárias não devem ser distintas de acordo com a especialidade médica, mas atender apenas à especificidade geográfica; vi) impor como limite máximo admissível em todas as áreas de influência primárias um tempo de viagem para qualquer residente até ao hospital de 90 minutos; e vii) restringir as áreas de influência primárias aos hospitais gerais.

Numa outra vertente, no modelo de oferta hospitalar proposto pela ERS consideram-se como pontos de oferta as unidades hospitalares tomadas individualmente, sendo assim considerados irrelevantes os arranjos de integração da oferta em centros hospitalares e unidades locais de saúde. Isto porque, independentemente de uma maior ou menor limitação de escolhas imposta pelas unidades de cuidados de saúde primários na referência aos hospitais, verifica-se que os utentes têm as suas necessidades de cuidados de saúde satisfeitas junto de unidades hospitalares, ou seja, junto de “portas de acesso” e não junto de realidades jurídico-formais.

Adicionalmente, reconhecendo os avanços dos últimos anos, quer de maior investimento do sistema de saúde nos cuidados primários, quer de desinstitucionalização dos cuidados hospitalares, preconizados internacionalmente e estrategicamente fomentados pelo próprio Ministério da Saúde, a ERS considera que a Carta Hospitalar proposta deve dar continuidade às tendências de redução do “hospitalocentrismo” e de uma cultura de cuidados de saúde assente na excessiva opção por cuidados em internamento.

Finalmente, tendo por base de trabalho o conjunto de orientações gerais e o modelo de oferta hospitalar delineado, apresentou-se um terceiro nível de pressupostos técnicos para a rede proposta neste documento, estes concretamente relacionados com as especialidades visadas. Tendo a ERS recorrido a um conjunto de peritos médicos para as seis especialidades, foi possível estabelecer, mediante técnicas de validação sucessiva e consensualização, diversos pressupostos gerais e específicos que serviram de base para a definição de uma proposta de pontos de oferta hospitalar para as respectivas especialidades. Tais pressupostos, que necessariamente incluem aspectos qualitativos da prestação de cuidados de saúde, foram complementados por análises da ERS e relativas ao acesso dos utentes a cuidados de saúde hospitalares, que sinalizaram a existência de indícios de potencial redundância de oferta face à procura potencial que recaía sobre um conjunto de concelhos (especialmente de Lisboa, Porto e Coimbra), em detrimento de um conjunto muito maior de concelhos que evidenciam menor (ou defeito de) acesso a esses mesmos cuidados. Essas análises foram feitas para a

população total, para a população feminina e para a população com idade até 14 anos, estratificando-se a base populacional por forma a obter resultados que interessam mais para as especialidades de obstetrícia e pediatria. Todos os pressupostos/critérios e resultados das análises do acesso contribuíram, conjuntamente, para que se pudesse concretizar uma Carta Hospitalar.

O estudo da ERS concluiu-se com a apresentação da proposta de Carta Hospitalar, com indicação concreta de onde deverá haver unidades ou serviços das especialidades em questão, com camas de internamento de agudos.

Ressalte-se que a concretização da Carta Hospitalar consubstancia-se numa proposta da ERS que pode resultar em algumas alterações à actual Rede Hospitalar de Portugal continental, mas que se verificou não serem prejudiciais ao acesso dos utentes aos cuidados de saúde hospitalares, mas sim potencialmente positivas em termos de promoção de maior racionalização de recursos e qualidade na prestação de cuidados de saúde hospitalares, sobretudo em benefício dos utentes.

1. Introdução

A Entidade Reguladora da Saúde (ERS), ao abrigo das atribuições estabelecidas no n.º 3 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio, e na sequência de solicitação do Senhor Ministro da Saúde, deliberou elaborar o presente estudo para a concretização de uma Carta Hospitalar.

Constituindo o sector da saúde uma área central nos desafios nacionais que se enfrentam na actualidade, e na sequência do Memorando de Entendimento celebrado entre a República Portuguesa e a Comissão Tripartida (CE/BCE/FMI), a ERS tem vindo a assumir o seu dever de contribuir para a prossecução dos objectivos assim assumidos, designadamente com a elaboração dos documentos técnicos que auxiliem decisões de política de saúde a adoptar num tal contexto.

Conforme disposto na alínea b) do artigo 33.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio, um dos objectivos da actividade da ERS consiste em assegurar o cumprimento dos critérios de acesso aos cuidados de saúde, nos termos da Constituição e da Lei. Para esse efeito, incumbe à ERS *assegurar o direito de acesso universal e equitativo aos serviços públicos de saúde ou publicamente financiados e zelar pelo respeito da liberdade de escolha nos estabelecimentos de saúde privados* (cfr. alíneas a) e d) do artigo 35.º do Decreto-Lei n.º 127/2009).

A este respeito, refira-se que a Constituição da República Portuguesa (CRP), mais concretamente o seu artigo 64.º, impõe que o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS) seja assegurado em respeito pelos princípios fundamentais da universalidade, generalidade e gratuidade tendencial. Por sua vez, também a Lei de Bases da Saúde (LBS, Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto), em concretização da imposição constitucional contida no mesmo artigo 64.º da CRP, refere-se a um SNS, na sua Base XXIV, que deve ser *universal quanto à população abrangida* (alínea a)), *prestar integralmente cuidados globais ou garantir a sua prestação* (alínea b)), *ser tendencialmente gratuito para os utentes* (alínea c)) e *garantir a equidade no acesso dos utentes, com o objectivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados* (alínea d)).

Assim, o SNS é, desde logo, universal, porquanto o direito à protecção da saúde é atribuído a “*todos*” (expressão do n.º 1 do artigo 64.º da CRP), e geral, pois o Estado deverá “*garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação*”. Ou seja, os cidadãos têm direito a obter todo o tipo de cuidados de saúde, devendo para isso ser

garantida “*uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde*” - cfr. alínea b) do n.º 3 do artigo 64.º da CRP.

Efectivamente, e numa vertente geográfica do acesso, a qual importa obviamente realçar no âmbito do presente relatório, o acesso aos cuidados de saúde deve ser garantido aos utentes onde quer que vivam. E não será de todo admissível que o direito constitucionalmente consagrado de acesso à prestação de cuidados de saúde, que tutela todos e cada um dos utentes do SNS, possa ser por qualquer forma – como, por exemplo, mediante quaisquer limitações geográficas de acesso – prejudicado. Isto é, qualquer utente do SNS, seja qual for a sua proveniência, deve ser detentor do exacto e mesmo direito constitucional, com igual conteúdo e tutela, de acesso à Rede Nacional de Prestação de Cuidados de Saúde, que integra quer os estabelecimentos do SNS, quer os estabelecimentos não públicos e os profissionais em regime liberal com quem hajam sido celebradas convenções para a prestação de cuidados de saúde a utentes do SNS – cfr. n.º 4 da Base XII da LBS.

Mais se refira que, para concretização dos princípios fundamentais estabelecidos para um SNS, a LBS consagrou ainda, nas directrizes da política de saúde estabelecidas na Base II, ser “[...] *objectivo fundamental obter a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam, bem como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços*” (sublinhado nosso).

São, portanto, estas as características fundamentais do SNS que importa reter enquanto substrato fundamental à análise que é objecto do presente estudo, tanto mais que nele se trata de assumir a necessidade de implementação de uma estrutura, em rede e hierarquizada, dos diversos prestadores hospitalares, e no âmbito da qual deve ser assegurado aquele direito constitucionalmente consagrado de acesso à prestação de cuidados de saúde, que tutela todos e cada um dos utentes do SNS, e que, portanto, deve garantir a cada utente do SNS, seja qual for a sua proveniência, o exacto e mesmo direito constitucional, com igual conteúdo e tutela, de acesso à Rede Hospitalar com Financiamento Público.

Ora, o direito ao acesso aos cuidados de saúde só será garantido em pleno se não se verificarem desigualdades significativas no grau de acesso das populações das diversas regiões. Idealmente, a oferta de cuidados deverá adequar-se, tanto quanto possível, às necessidades concretas de cada região, assegurando um grau de acesso equitativo para todas as populações.

Assim, e tendo em conta um qualquer tipo de cuidado de saúde, tanto as situações extremas de excesso de oferta desse cuidado de saúde face à procura, como as de escassez, representam situações merecedoras de correcção, com vista à promoção da equidade no acesso.

Nesse sentido, foi primeiramente elaborado pela ERS, em Julho de 2011, um estudo preliminar sobre a Rede Hospitalar com Financiamento Público que teve como objectivo apresentar uma análise do acesso dos utentes aos cuidados de saúde hospitalares com financiamento público em Portugal continental, e com o intuito de identificar situações de inadequação da oferta face à procura potencial, atenta a decisão de reestruturação da rede hospitalar, tal como prevista no referido Memorando de Entendimento, de forma a não pôr em causa a garantia do acesso dos utentes aos cuidados de saúde hospitalares efectivamente necessários. Tal estudo e análise efectuadas, ainda que possuindo um carácter meramente preliminar, visou iniciar e maturar a reflexão em curso, suscitando-se também a própria discussão pública por via da sua publicação no sítio electrónico da ERS.

Realizou-se, concretamente, uma avaliação do acesso que considerou a proximidade dos utentes aos estabelecimentos da Rede Hospitalar com Financiamento Público, ou seja, aos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde hospitalares públicos e estabelecimentos do sector social com acordo com o SNS, e a capacidade da oferta, em termos da quantificação dos profissionais de saúde contratados pelos estabelecimentos, face à procura potencial, mensurada pelas populações abrangidas.

Em tal estudo, salientou-se igualmente a necessidade de se elaborar com urgência uma “Carta Hospitalar” que identificasse e traduzisse de forma real e fidedigna a rede hospitalar existente e a concreta abrangência de cada um dos estabelecimentos integrantes da mesma, com desagregação das valências consideradas para o efeito.

Posteriormente, num segundo relatório do estudo sobre a Rede Hospitalar com Financiamento Público, concluído em Dezembro de 2011 e remetido ao Senhor Ministro da Saúde, visou-se contribuir para a *identificação das situações de capacidade em que o rácio oferta/procura é potencialmente elevado/excessivo em especialidades e valências idênticas nas cinco regiões de saúde, identificação das situações de proximidade potencialmente redundantes, nas cinco regiões, elaboração de uma carta hospitalar, identificando os serviços hospitalares necessários em cada zona geográfica, bem como a sua interligação, através de redes de referência.*

No seguimento desse estudo, e atentas as suas conclusões, o Ministério da Saúde solicitou à ERS, na impossibilidade de elaboração de uma Carta Hospitalar para todo o

território nacional e para todas as especialidades em tempo útil, a concretização de uma Carta Hospitalar para as regiões Centro (Coimbra, Anadia, Cantanhede, Figueira da Foz, Mealhada, Pombal, Guarda, Covilhã, Fundão e Castelo Branco), Lisboa e Vale do Tejo (Lisboa e concelhos limítrofes a norte e oeste, Torres Vedras, Alcobaça, Peniche, Caldas da Rainha, Leiria e Sul do Tejo) e Norte (Porto), e para as especialidades de medicina interna, cirurgia geral, pediatria, obstetrícia, infecciologia e neurologia, o que se verte no presente relatório.

Para tal procede-se ao levantamento da actual situação da Rede Hospitalar com Financiamento Público, com apresentação primacialmente regional e identificação completa das unidades hospitalares existentes, com os respectivos níveis hospitalares, áreas de atracção/influência e valências existentes.

Com base em tal identificação, é então possível verificar as situações de potencial excesso e defeito de oferta; proceder às análises de acessibilidade e demografia regionais, com consideração dos correspondentes perfis de saúde; e analisar as áreas de atracção de cada unidade hospitalar, bem como a sua classificação e nível hospitalar (ou tipologia) e sua dimensão e capacidade de atendimento em termos de valências e recursos humanos e técnicos.

O documento está estruturado em oito capítulos. No capítulo 2 descreve-se o contexto epidemiológico, demográfico, socioeconómico e financeiro nas diferentes regiões de Portugal continental, e que deve ser considerado para efeitos do planeamento da rede hospitalar; o capítulo 3 é dedicado à evolução normativa e conceptual da Rede Hospitalar com Financiamento Público; no capítulo 4 é efectuada a caracterização da procura e da utilização de serviços hospitalares; no capítulo 5 é caracterizada a actual oferta de serviços hospitalares; no capítulo 6 é detalhadamente apresentada a metodologia adoptada pela ERS para a elaboração da Carta Hospitalar; o capítulo 7 é dedicado à concretização dessa metodologia numa proposta de rede hospitalar para as especialidades solicitadas pelo Ministério da Saúde, para todas as regiões de Portugal continental (portanto, não apenas as regiões solicitadas); e finalmente, no capítulo 8 são apresentadas as conclusões.

2. O contexto epidemiológico, demográfico, socioeconómico e financeiro em Portugal

A maioria dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) tem conferido, no contexto de políticas de saúde, uma especial atenção à redução das desigualdades no acesso aos cuidados de saúde e à melhoria do estado de saúde das suas populações. Por sua vez, reconhece-se que a saúde dos cidadãos depende tanto do nível de acesso aos cuidados de saúde de que dispõem, como das características próprias das populações e das regiões em que residem, pelo que sempre existem diferenças regionais, nacionais ou internacionais em termos de saúde. São diferenças que surgem ao nível de diversas dimensões, nomeadamente idade, género, raça ou grupos étnicos, área geográfica e nível socioeconómico¹ e que se reflectem em diferentes padrões de utilização de cuidados de saúde hospitalares, exigindo por isso uma distribuição ajustada dos recursos existentes da oferta hospitalar – atentas as restrições financeiras/orçamentais que manifestamente limitam a capacidade máxima de oferta possível. Sendo assim, a satisfação das necessidades de cuidados de saúde hospitalares dos cidadãos será tanto mais bem-sucedida, quanto melhor ajustada estiver a oferta face às diferenças regionais das necessidades das populações.

Nesse sentido, apresentam-se, como análise prévia ao estudo da rede hospitalar, indicadores epidemiológicos, demográficos, socioeconómicos e financeiros que traduzem condições e condicionantes da saúde das populações em Portugal continental, reflectindo, por sua vez, diferenças regionais das necessidades de cuidados de saúde hospitalares das populações. As unidades geográficas consideradas para essas apresentações foram as áreas de actuação das ARS e também as NUTS II e as NUTS III, consoante a disponibilidade de dados².

2.1. A saúde dos cidadãos

Os indicadores epidemiológicos permitem caracterizar diferenças regionais em termos do estado de saúde das populações. São apresentadas *infra* diferenças evidenciadas por meio de um conjunto de indicadores epidemiológicos.

¹ Vide Looper e Lafortune (2009). “Measuring disparities in health status and in access and use of health care in OECD countries”, *Health Working Papers*, no. 43.

² A unidade geográfica preferencial foi a ARS, mas nas situações em que não foi possível obter dados, utilizaram-se as NUTS II e, em outros casos, para melhor representar os dados, foi escolhida a unidade geográfica NUTS III.

Prevalência de doenças crónicas na população

Com o intuito de se concluir sobre a prevalência de doenças crónicas na população, a nível regional, e nas situações em que os dados se encontram disponíveis, sobre a evolução da mesma, foram analisadas as situações concretas de dor crónica, doença reumática, osteoporose, tumor maligno/cancro, diabetes, asma e tensão arterial alta.

Considerando a prevalência de dor crónica, doença reumática, osteoporose e depressão, de acordo com a Tabela 2.1 *infra*, com dados do 4.º Inquérito Nacional de Saúde (INS), de 2005/2006, as regiões de saúde do Centro e de Lisboa e Vale do Tejo apresentam percentagens superiores às do Continente. Para tumor maligno/cancro a região de saúde do Norte é a única a evidenciar uma percentagem superior à do Continente.

Tabela 2.1 – Percentagem da população residente por tipo de doença crónica existente, por ARS

	Dor crónica	Doença reumática	Osteoporose	Depressão	Tumor maligno/cancro
Continente	16,3%	16,3%	6,3%	8,3%	1,9%
Norte	13,1%	15,7%	5,4%	8,2%	2,2%
Centro	17,6%	16,6%	7,4%	8,9%	1,6%
Lisboa e Vale do Tejo	20,1%	17,1%	6,9%	8,6%	1,9%
Alentejo	14,6%	15,1%	5,0%	7,4%	1,8%
Algarve	9,8%	14,7%	5,5%	6,0%	1,5%

No caso da doença crónica de diabetes, comparando os resultados do 3.º INS, de 1998/1999, com os resultados do 4.º INS, conforme se apresenta na Tabela 2.2, observa-se o aumento de prevalência desta doença no Continente e nas regiões que o constituem.

Tabela 2.2 – Comparação da percentagem da população residente com diabetes nos dois Inquéritos Nacionais de Saúde, por ARS

	Diabetes INS 98/99	Diabetes INS 05/06	Variação em p.p.
Continente	4,7%	6,5%	1,8
Norte	4,4%	7,4%	3,0
Centro	4,7%	5,8%	1,1
Lisboa e Vale do Tejo	5,0%	6,1%	1,1
Alentejo	5,2%	7,1%	1,9
Algarve	3,8%	5,4%	1,6

Como se pode notar, a região Norte destaca-se pela apresentação da maior variação entre o 3.º INS e o 4.º INS, de 3 pontos percentuais (p.p.), e por atingir a percentagem mais elevada no 4.º INS, de 7,4%, indicando que a população residente nesta região padecerá relativamente mais desta doença do que as populações residentes nas outras regiões. Destacam-se, ainda, a região do Alentejo, com a segunda percentagem mais elevada do 4.º INS, de 7,1%, a região do Algarve, com as percentagens mais baixas nos dois inquéritos, e as regiões do Centro e de Lisboa e Vale do Tejo, com a menor variação registada entre os dois inquéritos (1,1 p.p.).

No que se refere à asma, conforme se constata da Tabela 2.3, a população residente com asma diminuiu 0,2 p.p. no Continente, entre o 3.º e o 4.º INS, e o Centro e o Alentejo foram as regiões de saúde em que foram registadas as maiores reduções, de 2,3% e 1,1%, respectivamente.

Tabela 2.3 – Comparação da percentagem da população residente com asma nos dois Inquéritos Nacionais de Saúde, por ARS

	Asma INS 98/99	Asma INS 05/06	Variação em p.p.
Continente	5,7%	5,5%	-0,2
Norte	5,6%	5,7%	0,1
Centro	6,7%	4,4%	-2,3
Lisboa e Vale do Tejo	5,3%	6,0%	0,7
Alentejo	5,5%	4,4%	-1,1
Algarve	4,8%	5,5%	0,7

Por sua vez, Norte, Lisboa e Vale do Tejo e Algarve apresentaram um aumento de prevalência de asma entre os dois inquéritos. Ademais, no que se refere ao INS 05/06, Norte e Lisboa e Vale do Tejo foram as únicas regiões de saúde que apresentaram percentagens superiores às do Continente, de 5,7% e de 6,0%, respectivamente.

A percentagem de população com tensão arterial alta, no Continente, de acordo com a Tabela 2.4, aumentou em 5,1 p.p., entre os dois INS, verificando-se igual tendência de aumento em todas as regiões de saúde. Lisboa e Vale do Tejo e o Alentejo foram as únicas regiões de saúde que apresentaram uma variação superior à do Continente, de 5,7 p.p. e de 5,5 p.p., respectivamente. Por outro lado, somente as regiões de saúde do Norte e do Algarve tiveram uma percentagem de população residente com tensão arterial alta inferior à do Continente, de acordo com o INS 05/06, de 18,1% e 19,0%, respectivamente.

Tabela 2.4 – Comparação da percentagem da população residente com tensão arterial alta nos dois Inquéritos Nacionais de Saúde, por ARS

	Tensão arterial alta INS 98/99	Tensão arterial alta INS 05/06	Variação em p.p.
Continente	14,9%	20,0%	5,1
Norte	13,2%	18,1%	4,9
Centro	16,3%	20,5%	4,2
Lisboa e Vale do Tejo	15,7%	21,4%	5,7
Alentejo	17,3%	22,8%	5,5
Algarve	14,4%	19,0%	4,6

2.2. Indicadores demográficos

Com o intuito de analisar as características demográficas da população, designadamente no que concerne à concentração da população e envelhecimento, passíveis de afectar o volume e o tipo de cuidados necessários em cada região, foram considerados os seguintes indicadores: população residente, taxa de crescimento natural e migratório, taxas de natalidade e mortalidade, estrutura etária da população, índice sintético de fecundidade e índices de envelhecimento e de dependência. Mais do que uma análise comparativa estática, procedeu-se a uma análise dinâmica dos indicadores referidos, sempre que a disponibilidade de séries temporais o permitiu.

População residente

De acordo com a Tabela 2.5, constata-se que a população residente³ em Portugal continental entre 2001 e 2011 aumentou 1,75%, sendo que as NUTS II responsáveis por esse aumento foram as do Norte, Lisboa e Algarve. Contrariamente, as restantes NUTS II viram a sua população residente reduzir-se.

Tabela 2.5 – População residente no território continental, por NUTS II e III

Local de residência	2001	2011	Variação
Continente	9.869.343	10.041.813	1,8%
Norte	3.687.293	3.689.713	0,1%
Alto Trás-os-Montes	223.333	204.848	-8,3%
Ave	509.968	511.303	0,3%
Cávado	393.063	410.608	4,5%
Douro	221.853	205.947	-7,2%
Entre Douro e Vouga	276.812	275.117	-0,6%
Grande Porto	1.260.680	1.286.139	2,0%
Minho-Lima	250.275	244.947	-2,1%
Tâmega	551.309	550.804	-0,1%
Centro	2.348.397	2.327.026	-0,9%
Baixo Mondego	340.309	332.153	-2,4%
Baixo Vouga	385.724	390.707	1,3%
Beira Interior Norte	115.325	104.371	-9,5%
Beira Interior Sul	78.123	74.861	-4,2%
Cova da Beira	93.579	87.747	-6,2%
Dão-Lafões	286.313	278.015	-2,9%
Médio Tejo	226.090	221.016	-2,2%
Oeste	338.711	361.134	6,6%
Pinhal Interior Norte	138.535	131.199	-5,3%
Pinhal Interior Sul	44.803	40.724	-9,1%
Pinhal Litoral	250.990	261.378	4,1%
Serra da Estrela	49.895	43.721	-12,4%
Lisboa	2.661.850	2.815.851	5,8%
Grande Lisboa	1.947.261	2.037.823	4,7%
Península de Setúbal	714.589	778.028	8,9%
Alentejo	776.585	758.739	-2,3%
Alentejo Central	173.646	167.528	-3,5%
Alentejo Litoral	99.976	97.918	-2,1%
Alto Alentejo	127.026	118.858	-6,4%
Baixo Alentejo	135.105	126.602	-6,3%

³ Dados disponibilizados pelo INE relativos aos Censos realizados em 2001 e em 2011 (dados preliminares, no que se refere a 2011).

Lezíria do Tejo	240.832	247.833	2,9%
Algarve	395.218	450.484	14,0%
Algarve	395.218	450.484	14,0%

Concretamente, na região Norte assistiu-se a uma variação positiva, entre 2001 e 2011, de 0,1%, sendo que as unidades territoriais NUTS III que contribuíram para esse aumento foram as do Ave, Cávado e Grande Porto. *A contrario*, na região Centro, a população diminuiu em 0,9% e a Serra da Estrela foi a unidade territorial que mais contribuiu para esta variação. Por sua vez, a região de Lisboa, no mesmo período temporal, apresentou uma variação positiva da população de 5,8%, sendo que ambas as unidades territoriais que a constituem contribuíram para esse aumento. A região do Alentejo viu a sua população diminuir em 2,3% entre 2001 e 2011, com apenas uma unidade territorial (Lezíria do Tejo) a apresentar uma variação inversa. Por último, a região do Algarve foi a NUTS II que apresentou a maior variação (positiva) relativa no período em análise, de 14%, ainda que só represente 4,5% da população do Continente.

No que concerne à variação, importa referir que numa óptica absoluta, a região de Lisboa foi aquela que, entre 2001 e 2011, apresentou um maior aumento de residentes (154.001), enquanto que na região do Algarve o aumento foi de 55.266, e na região do Norte de 2.420. Relativamente às regiões em que se verificou uma diminuição na população residente, no período em análise, refira-se que no Centro esta diminuição foi de 21.371 e no Alentejo de 17.846 residentes.

Taxa de crescimento natural e taxa de crescimento migratório

Da análise realizada da Tabela 2.6, constata-se que a taxa de crescimento natural, para o ano de 2009, foi negativa para a maior parte das unidades da NUTS III, com a excepção do Ave, Cávado, Entre Douro e Vouga, Grande Porto, Tâmega, Grande Lisboa, Península de Setúbal e Algarve. No que concerne à taxa de crescimento migratório, a maior parte das unidades territoriais apresentaram uma taxa positiva, com excepção do Alto Trás-os-Montes, Douro, Tâmega, Baixo Mondego, Beira Interior Norte, Beira Interior Sul, Cova da Beira, Pinhal Interior Sul, Alentejo Litoral, Alto Alentejo e Baixo Alentejo. Por sua vez, tendo em conta a taxa de crescimento efectivo (que resulta do somatório da taxa de crescimento natural e migratório), observa-se que no referido ano, Portugal apresentou uma taxa de crescimento efectivo positiva de 0,10%, sendo que as unidades territoriais que também apresentaram uma taxa positiva foram o Cávado, 0,34%, Ave, 0,09%, Entre Douro e Vouga, 0,26%, Grande Porto, 0,15%, Baixo Vouga, 0,17%, Oeste, 0,58%, Pinhal

Litoral, 0,37%, Grande Lisboa, 0,21%, Península de Setúbal, 0,90%, Lezíria do Tejo, 0,12% e Algarve, 0,91%.

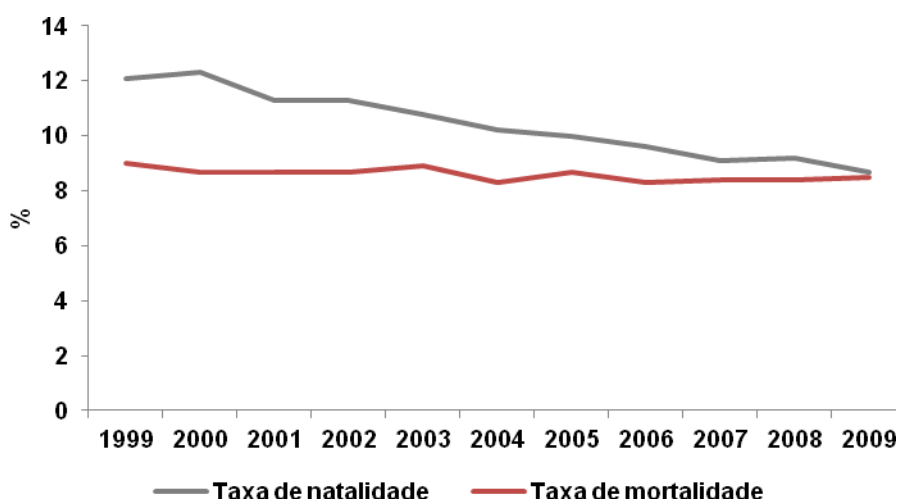
Tabela 2.6 – Taxa de crescimento natural e taxa de crescimento migratório, por NUTS III, 2009

	Taxa de crescimento natural	Taxa de crescimento migratório	Taxa de crescimento efetivo
Continente	-0,05%	0,15%	0,10%
Alto Trás-os-Montes	-0,70%	-0,10%	-0,80%
Ave	0,11%	-0,02%	0,09%
Cávado	0,27%	0,07%	0,34%
Douro	-0,50%	-0,42%	-0,92%
Entre Douro e Vouga	0,08%	0,18%	0,26%
Grande Porto	0,12%	0,03%	0,15%
Minho-Lima	-0,37%	0,15%	-0,22%
Tâmega	0,18%	-0,21%	-0,03%
Baixo Mondego	-0,28%	-0,27%	-0,55%
Baixo Vouga	-0,07%	0,24%	0,17%
Beira Interior Norte	-0,84%	-0,12%	-0,96%
Beira Interior Sul	-0,82%	-0,10%	-0,92%
Cova da Beira	-0,57%	-0,12%	-0,69%
Dão-Lafões	-0,34%	0,26%	-0,08%
Médio Tejo	-0,41%	0,29%	-0,12%
Oeste	-0,16%	0,74%	0,58%
Pinhal Interior Norte	-0,68%	0,47%	-0,21%
Pinhal Interior Sul	-1,32%	-0,18%	-1,50%
Pinhal Litoral	-0,03%	0,40%	0,37%
Serra da Estrela	-1,01%	0,06%	-0,95%
Grande Lisboa	0,22%	-0,01%	0,21%
Península de Setúbal	0,17%	0,73%	0,90%
Alentejo Central	-0,54%	0,03%	-0,51%
Alentejo Litoral	-0,52%	-0,13%	-0,65%
Alto Alentejo	-0,88%	-0,26%	-1,14%
Baixo Alentejo	-0,73%	-0,20%	-0,93%
Lezíria do Tejo	-0,33%	0,45%	0,12%
Algarve	0,02%	0,89%	0,91%

Taxa de natalidade e taxa de mortalidade

Tendo em consideração as taxas de natalidade e mortalidade observadas na região Norte, apresentadas no Gráfico 2.1, verificou-se a existência de um saldo natural ligeiramente positivo em 2009, com uma taxa de natalidade de 8,7% para uma taxa de mortalidade de 8,5%, com tendência para atingir um valor negativo caso o cenário de taxa de natalidade descendente e de taxa de mortalidade relativamente constante se mantenha. No que concerne ao comportamento da taxa de natalidade, tomando em linha de conta o índice sintético de fecundidade, que decresceu de 1,5, em 2000, para 1,2 crianças vivas nascidas por mulher em idade fértil, em 2009, e a idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho ter aumentado de 26,3 para 28,5 anos, em idêntico período, não se prevêem alterações na tendência de decréscimo verificada.

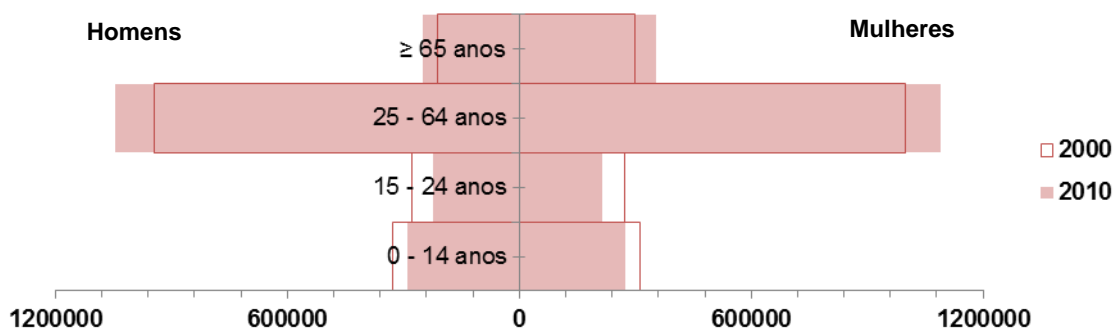
Gráfico 2.1 – Evolução das taxas de natalidade e mortalidade da Região Norte



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do INE.

Procedendo à análise das consequências que decorrem do comportamento dos indicadores anteriormente referidos, tendo por base a pirâmide etária da população da região Norte (*vide* Gráfico 2.2), constata-se que, para o período entre 2000 e 2010, as faixas etárias dos 0 aos 24 anos apresentaram um decréscimo, em oposição às faixas etárias superiores, de onde se retira que, no ano de 2010, a população da região Norte era mais envelhecida do que em 2000.

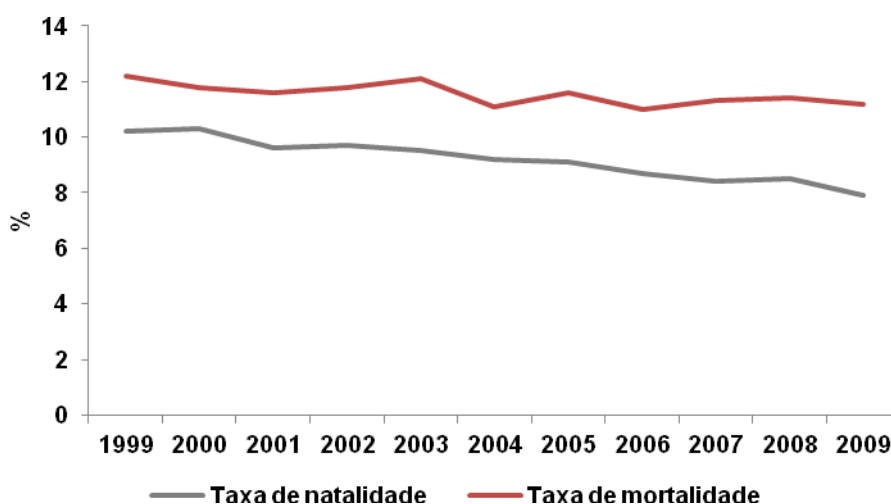
Gráfico 2.2 – Pirâmide etária da população da Região Norte



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do INE.

Relativamente à população residente na região Centro, assistiu-se a uma redução da taxa de natalidade de 10,2%, em 1999, para 7,9%, em 2009, conforme se nota no Gráfico 2.3 – situação igualmente evidenciada pela redução do índice de fecundidade de 1,5, em 2000, para 1,2 nascimentos por mulher em idade fértil, em 2010⁴ –, e uma ligeira variação da mortalidade (de 12,2% para 11,2%), pelo que se acentuou o saldo natural negativo nesta região. Tal situação poderá eventualmente ser agravada, com a manutenção da tendência aferida do aumento da idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho, de 26,5, em 2000, para 28,8 anos, em 2009⁵.

Gráfico 2.3 – Evolução das taxas de natalidade e mortalidade da Região Centro



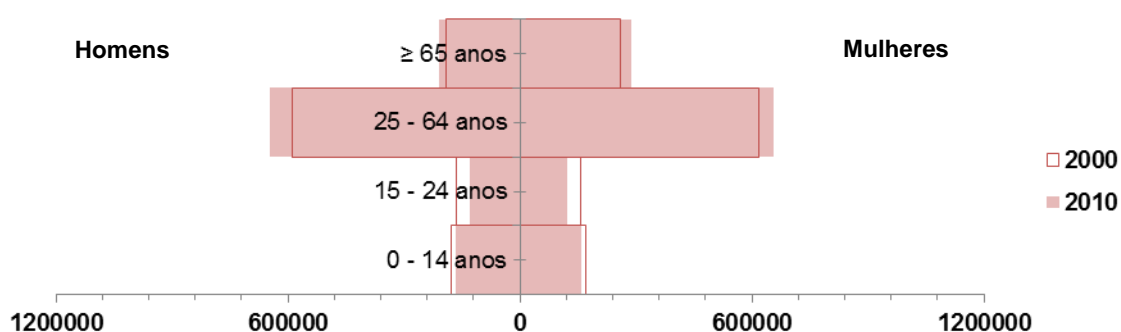
Fonte: Elaboração própria com base nos dados do INE.

⁴ Fonte: INE.

⁵ Fonte: INE.

No que se refere à estrutura etária da população da região Centro, verificou-se situação semelhante à anteriormente identificada para a região Norte, de estreitamento da base e alargamento do topo da pirâmide etária (*vide* Gráfico 2.4), sendo que as faixas etárias que apresentaram maior variação no período em análise foram as intermédias, com a população a que se refere a faixa etária dos 15-24 anos, a apresentar uma variação negativa, e a de 25-64 anos, a apresentar um comportamento inverso.

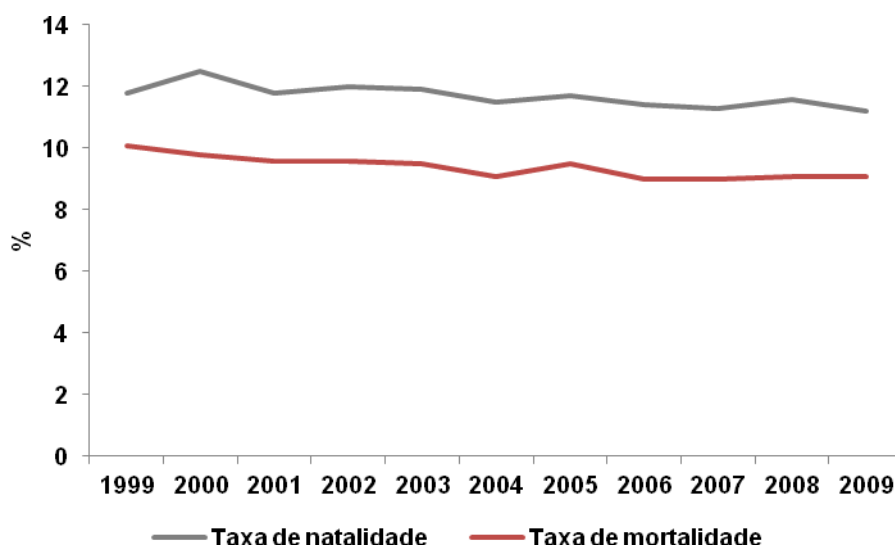
Gráfico 2.4 – Pirâmide etária da população da Região Centro



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do INE.

Na região de Lisboa, analisando o Gráfico 2.5 *infra*, a taxa de crescimento natural foi positiva, entre 1999 e 2009, com a taxa de natalidade mantendo-se superior à taxa de mortalidade em cerca de 2 p.p.. Nesse período, a taxa de natalidade manteve-se constante, em torno dos 11%, enquanto a taxa de mortalidade apresentou uma tendência decrescente, com exceção do ano de 2005, variando de 10,1%, em 1999, para 9,1%, em 2009. Para o período de 2000 a 2009, o índice sintético de fecundidade da região manteve-se inalterado (média de 1,6 nascimentos por mulher em idade fértil), sendo que a idade média da mãe aquando do nascimento do primeiro filho passou de 27,2 para 29 anos.

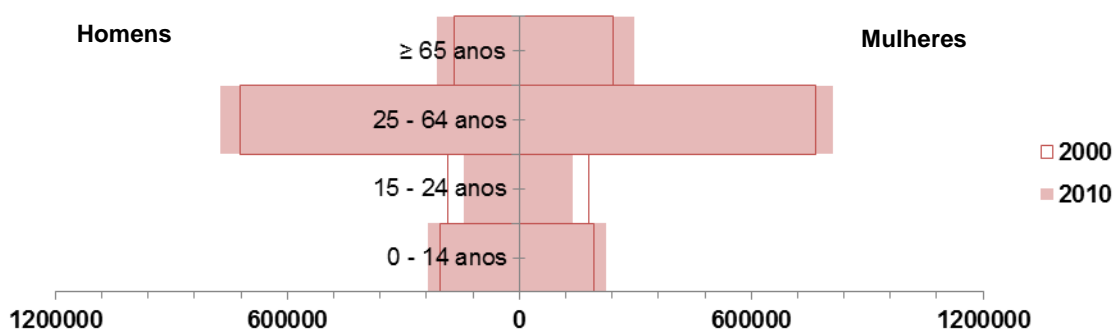
Gráfico 2.5 – Evolução das taxas de natalidade e mortalidade da Região de Lisboa



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do INE.

Considerando a estrutura etária da população da região de Lisboa e tendo em conta o aumento da população residente anteriormente evidenciada, assistiu-se ao aumento da população de todas as faixas etárias, entre 2000 e 2010, com exceção da faixa etária dos 15-24 anos (*vide* Gráfico 2.6).

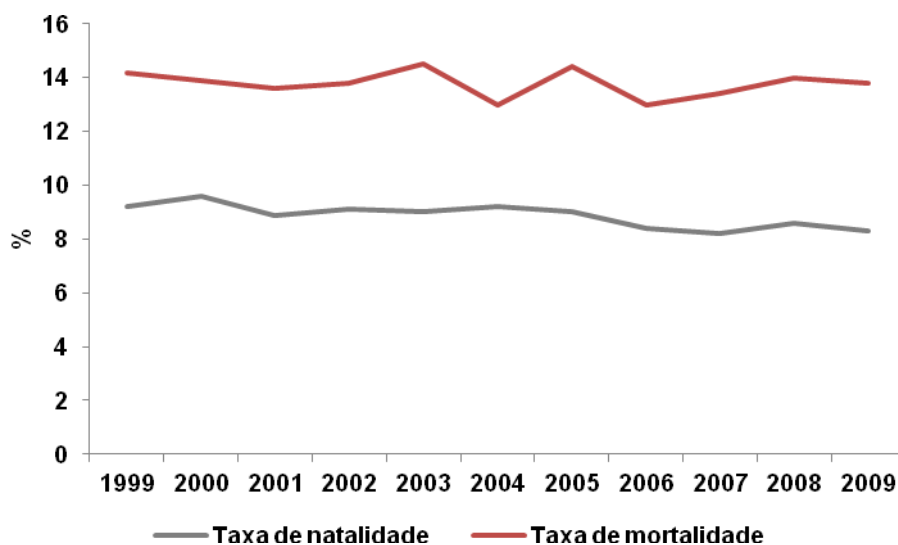
Gráfico 2.6 – Pirâmide etária da população da Região de Lisboa



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do INE.

No que se refere ao comportamento das taxas de natalidade e mortalidade na região do Alentejo e tendo em conta o saldo natural negativo, no período entre 1999 e 2009, verifica-se, de acordo com o Gráfico 2.7, que a diferença entre as taxas em análise sofreu um agravamento de 5% para 5,5%, com a taxa de mortalidade a variar de 14,2% para 13,8% e a taxa de natalidade a reduzir-se de 9,2% para 8,3%.

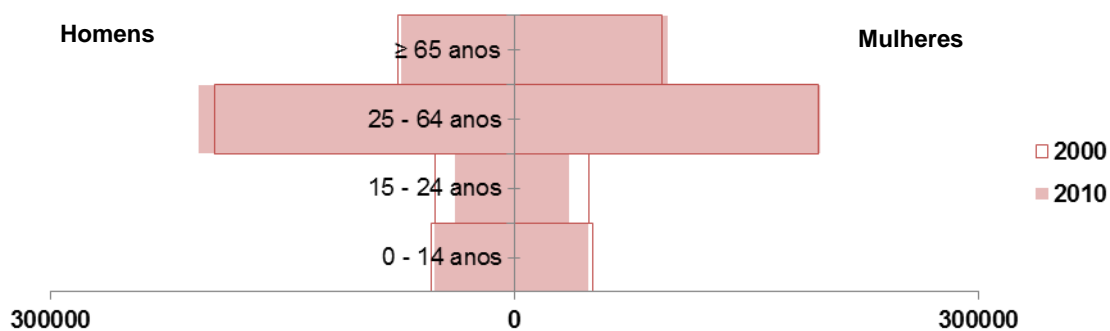
Gráfico 2.7 – Evolução das taxas de natalidade e mortalidade da Região do Alentejo



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do INE.

O comportamento da taxa de natalidade reflectiu-se em alterações na estrutura etária da população, entre 2000 e 2010, com o decréscimo da população das faixas etárias dos 0-14 anos e dos 15-24 anos. A região do Alentejo teve um decréscimo de população residente no período em análise e as únicas faixas etárias que viram a sua população aumentar foram a dos 25-64 anos e a de mulheres com idade igual ou superior a 65 anos (*vide Gráfico 2.8 infra*).

Gráfico 2.8 – Pirâmide etária da população da Região do Alentejo



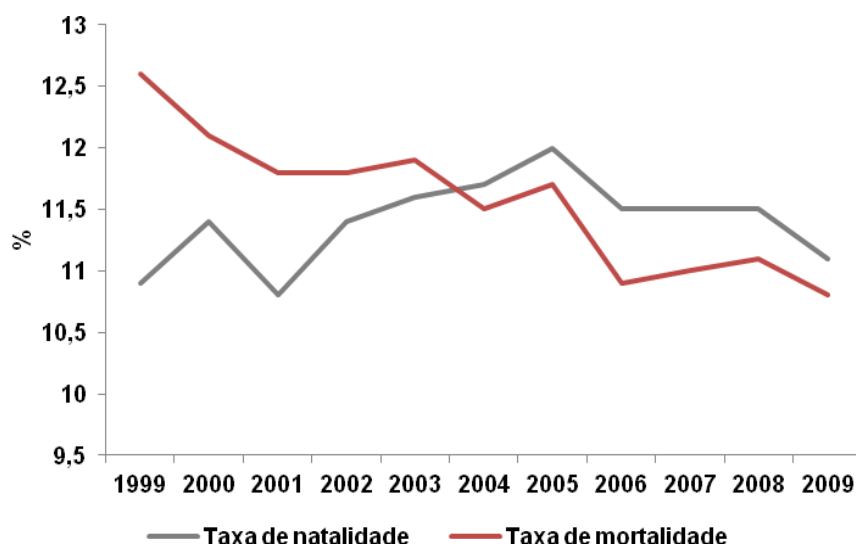
Fonte: Elaboração própria com base nos dados do INE.

Tais indicadores, aliados ao decréscimo do índice sintético de fecundidade, de 1,5 para 1,3 filhos por mulher em idade fértil, e ao aumento da idade média da mãe aquando do

nascimento do primeiro filho, de 26,2 para 28,2 anos, entre 2000 e 2009, perspectivam o aumento do envelhecimento da população da região do Alentejo.

A região do Algarve assistiu à passagem de uma situação de taxa de crescimento natural negativa, de 1999 até 2004, para uma situação de taxa de crescimento natural positiva, de 2005 a 2009, conforme se nota no Gráfico 2.9. A partir do ano de 2005, a taxa de natalidade começou a decrescer, sendo que a diferença entre a taxa de natalidade e a taxa de mortalidade, em 2009, era de 0,3 p.p.. Esta região foi a única que apresentou um aumento no índice sintético de fecundidade, entre 2000 e 2009, de 1,6 para 1,7 filhos nascidos por mulher em idade fértil, mantendo-se porém a tendência para o aumento da idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho, passando de 26,4 para 28,1 anos.

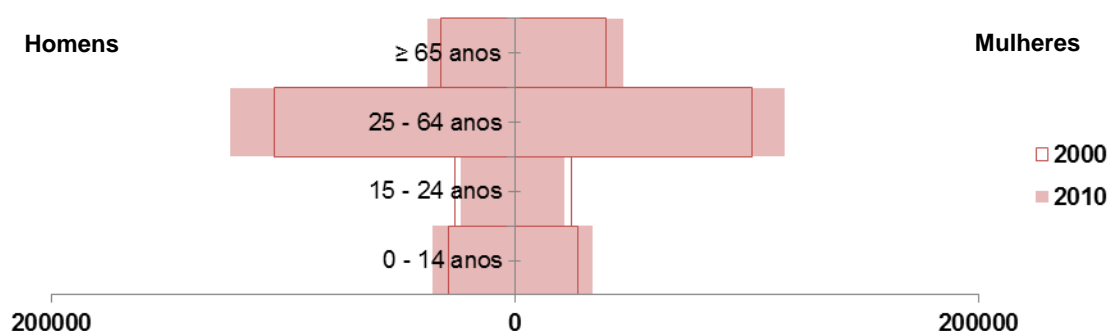
Gráfico 2.9 – Evolução das taxas de natalidade e mortalidade da Região do Algarve



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do INE.

Partindo do referido anteriormente, de que a região do Algarve foi aquela em que a população residente teve uma variação percentual mais acentuada, a única faixa etária em que se assistiu a uma diminuição foi a dos 15-24 anos, comparando os anos de 2000 e 2010 (*vide* Gráfico 2.10).

Gráfico 2.10 – Pirâmide etária da população da Região do Algarve



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do INE.

Índice de envelhecimento e índice de dependência

Resumindo os indicadores demográficos relativos às NUTS II, *supra* analisados, e do que ademais se retira da análise da Tabela 2.7, para uma análise comparativa entre as NUTS II, a região que apresenta indicadores mais preocupantes em termos de envelhecimento da população, com a implicação que essa característica apresenta ao nível da maior necessidade de cuidados de saúde, é a região do Alentejo, com um índice de envelhecimento de 173,4 idosos por cada 100 jovens, em 2010, e um índice de dependência total⁶ de 57,4%. Contrariamente, a região com melhores indicadores é a região Norte, com um índice de envelhecimento de 107 e um índice de dependência total de 45,4%. Note-se, porém, e indo ao encontro do anteriormente verificado nos gráficos *supra*, que, no que respeita ao comportamento das taxas de natalidade e mortalidade, a região Norte foi aquela em que o índice de envelhecimento aumentou mais nos últimos dez anos, seguida da região Centro, tendo o Algarve sido a única região a apresentar uma variação negativa para este índice.

Tabela 2.7 – Índice de envelhecimento e índice de dependência total, por NUTS II

	Índice de envelhecimento				Índice de dependência total (%)		
	1991	2000	2010	Varição 2000/2010	1991	2000	2010
Continente	73,5	104,6	122,9	17,50%	49,5	47,7	50,2
Norte	54,8	79,9	107	33,42%	49,6	45,9	45,4
Centro	92,4	129,9	152,9	17,71%	54,4	52,5	52,8

⁶O cálculo do índice dependência total tem em consideração o índice de dependência dos jovens e o índice de dependência dos idosos relativamente à população com a idade compreendida entre os 15 e 64 anos. De acordo com o INE, a fórmula apresentada do cálculo do referido índice é a seguinte: Índice de Dependência Total = ((Índice Dependência Jovens + Índice Dependência Idosos) / População dos 15-64 anos)*100.

Lisboa	72,6	103,3	111	7,45%	42,9	43,6	52,1
Alentejo	111,9	163,2	173,4	6,25%	55,9	56,3	57,4
Algarve	100,9	127,3	122,5	-3,77%	53,8	49,8	54

Ademais, fazendo referência aos índices de dependência de jovens⁷ constantes da Tabela 2.8, Lisboa era a região com o maior índice em 2010 (24,7%) e a que apresentou o maior aumento deste índice nos últimos dez anos, sendo que a região Centro apresentou o menor índice em 2010 (20,9%). A região que apresentou a maior variação negativa do índice de dependência de jovens foi a região Norte (-3,5 p.p.), seguida da região Centro (-1,9 p.p.).

Tabela 2.8 – Índice de dependência de jovens e índice de dependência de idosos, por NUTS II

	Índice de dependência de jovens (%)			Varição (p.p.)	Índice de dependência de idosos (%)			Varição (p.p.)
	1991	2000	2010	2000/2010	1991	2000	2010	2000/2010
Continente	28,5	23,3	22,5	-0,8	21,0	24,4	27,7	3,3
Norte	32,0	25,5	22,0	-3,5	17,5	20,4	23,4	3,0
Centro	28,3	22,8	20,9	-1,9	26,1	29,7	31,9	2,2
Lisboa	24,9	21,5	24,7	3,2	18,1	22,2	27,4	5,2
Alentejo	26,4	21,4	21,0	-0,4	29,5	35,0	36,4	1,5
Algarve	26,8	21,9	24,3	2,4	27,0	27,9	29,7	1,8

No que se refere ao índice de dependência de idosos⁸, o Alentejo apresenta-se como a região com maior valor deste índice, de 36,4%, enquanto a região Norte apresenta o valor mais baixo, de 23,4%. De notar, porém, que, em termos de variação relativa do índice de dependência de idosos entre 2000 e 2010, a região do Alentejo foi aquela que apresentou o valor mais baixo, de 1,5 p.p., em contraste com a região de Lisboa, com a maior variação, de 5,2 p.p., e a região Norte, com a segunda maior variação, de 3,0 p.p..

⁷De acordo com o INE, o índice de dependência de jovens estabelece a relação entre a população jovem e a população em idade activa, definida como o quociente entre o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos.

⁸De acordo com o INE, o índice de dependência de idosos estabelece a relação entre a população idosa e a população em idade activa, definida como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos.

2.3. Indicadores socioeconómicos

As diferenças regionais ao nível socioeconómico são retratadas nesta secção. Concretamente, foi realizada uma análise dos indicadores do rendimento, dos sectores de actividade económica e do nível de instrução da população das NUTS II para se aferir, de uma forma genérica, das condições socioeconómicas de cada região, para além de indicadores que retratam os estilos de vida da população portuguesa.

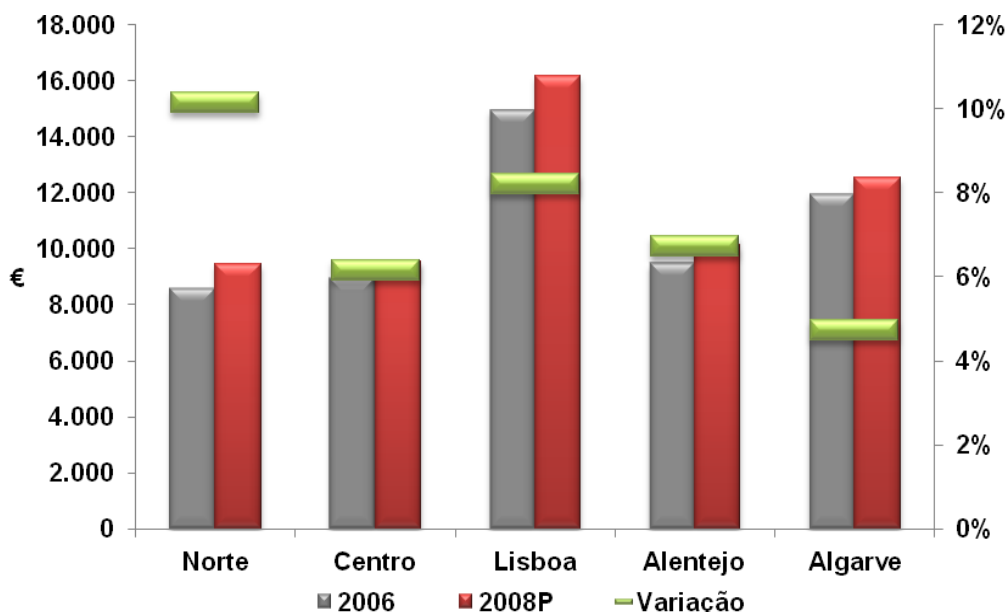
Rendimento

- **Rendimento primário bruto por habitante**

Através da leitura do Gráfico 2.11, constata-se que em todas as NUTS II houve um aumento do rendimento primário por habitante⁹, entre 2006 e 2008, sendo a região de Lisboa aquela que evidenciou um valor mais elevado. Não obstante, é de destacar que a região Norte foi aquela que apresentou a maior variação, de 10%, e a região do Algarve aquela onde o rendimento primário bruto por habitante aumentou à taxa mais baixa, de 5%.

⁹ De acordo com a definição do INE o conceito de Rendimento Primário Bruto refere-se aos *“Rendimentos de que dispõem as unidades residentes em resultado da sua participação directa no processo produtivo e os rendimentos que recebe o proprietário de um activo financeiro ou de um activo corpóreo não produzido em retribuição da colocação destes à disposição de uma outra unidade institucional”*.

Gráfico 2.11 – Rendimento primário bruto por habitante, a preços correntes, anual, por NUTS II



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do INE.

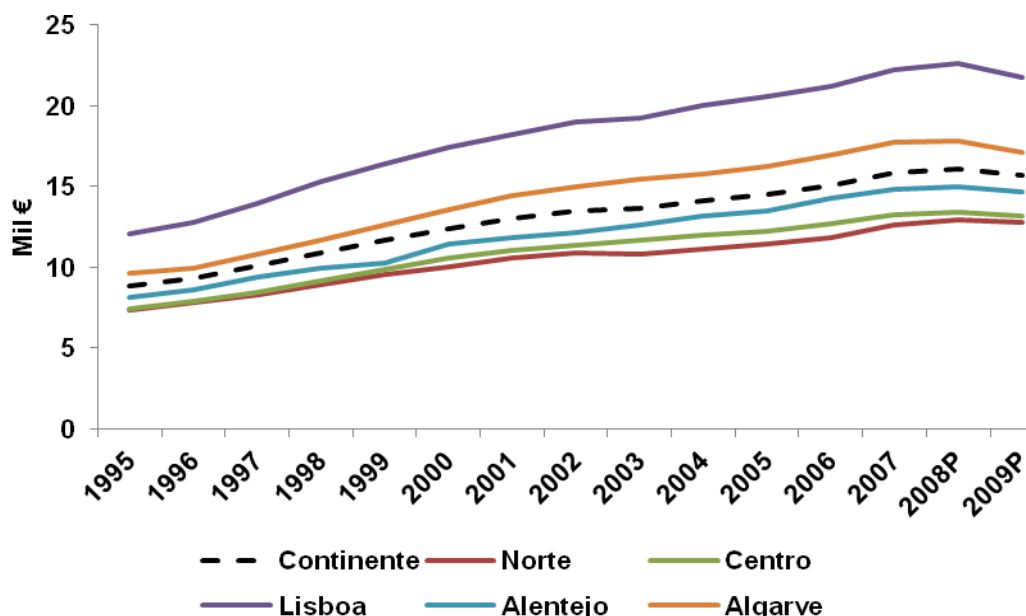
- **PIB *per capita***

Relativamente ao Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*¹⁰ das NUTS II, verificou-se uma tendência crescente, entre 1995 e 2008¹¹, em todas as regiões, e no Continente como um todo, sendo que para o ano de 2009, conforme previsão do INE para aquele ano, ter-se-á verificado uma quebra no PIB *per capita* de todas as regiões e do Continente. Lisboa e Algarve foram as regiões em que a redução do PIB *per capita* entre 2008 e 2009 terá sido mais acentuada, ambas com uma variação de -5%, enquanto o Norte se assumiu como a região com menor redução, de 1% (*vide* Gráfico 2.12 *infra*).

¹⁰ De acordo com a definição do INE, o conceito de PIB *per capita*, para cada região, é equivalente ao PIB *per capita* nacional, “[a]valiado a preços de mercado, adicionando-se os impostos regionalizados líquidos de subsídios, aos produtos e à importação, e aos valores acrescentados, por região, a preços de base. A soma dos PIB a preços de mercado por região, incluindo o PIB do território extra-regional, é igual ao PIB a preços de mercado”.

¹¹ Importa referir que o INE, a 30 de Setembro de 2011, publicou as *Contas Nacionais Trimestrais por Sector Institucional*, entre o quarto trimestre de 1999 e o segundo trimestre de 2011, mas por não estarem por região equivalente a NUTS II, optou-se por apresentar os dados entre 1995 a 2009 relativos ao PIB *per capita*.

Gráfico 2.12 – Produto Interno Bruto por habitante, a preços correntes, anual, por NUTS II



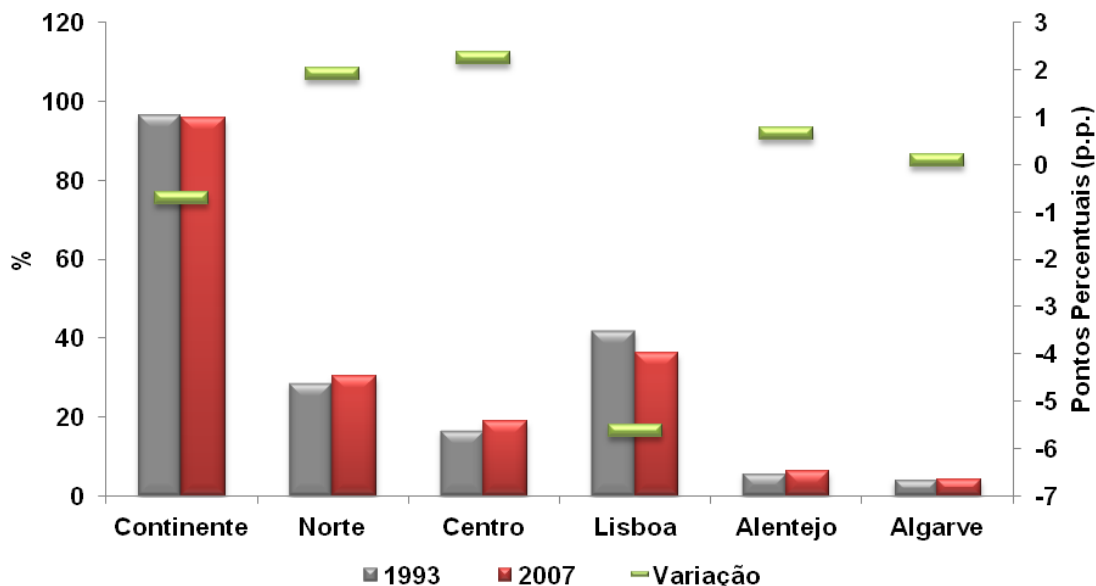
Fonte: Elaboração própria com base nos dados do INE.

Em 2009, e de acordo com as previsões do INE, as regiões que evidenciavam um PIB *per capita* mais elevado eram a de Lisboa e a do Algarve. A região do Alentejo apresentou um PIB *per capita* compreendido entre 14,5 e 16,9 mil euros e a região com o referido indicador mais baixo foi o Norte, seguido pela região Centro.

- **Proporção do poder de compra**

Analisando a proporção de poder de compra de cada unidade territorial das NUTS II em percentagem no total do País, para o ano de 2007, verificou-se, conforme se constata no Gráfico 2.13, que Lisboa foi a região que apresentou a maior percentagem, de 36%, seguida do Norte (30%), Centro (19%), Alentejo (6%) e, por último, a região do Algarve (4%). Note-se que, entre 1993 e 2007, o Continente apresentou uma variação negativa de poder de compra de 0,7 p.p., sendo que Lisboa foi a região que apresentou a maior redução, de 5,62 p.p.. Na situação inversa encontram-se as regiões do Norte, do Centro, do Alentejo e do Algarve, com variações positivas de 1,92 p.p., 2,25 p.p., 0,66 p.p. e 0,09 p.p., respectivamente.

Gráfico 2.13 – Proporção de poder de compra, por NUTS II

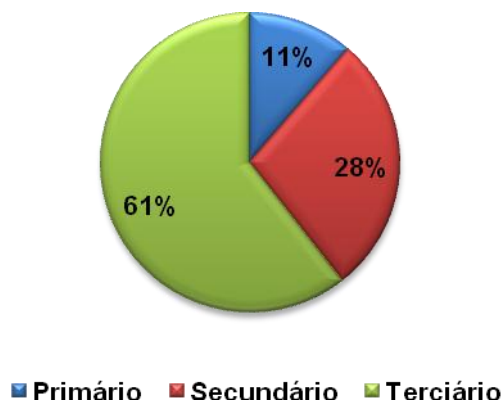


Fonte: Elaboração própria com base nos dados do INE.

Sectores de Actividade

Relativamente aos dados da população média empregada por sector de actividade e por local de residência, verificou-se que no Continente predomina o sector terciário, com 61% da população activa, seguido pelo sector secundário com 28% e, por último, o sector primário com 11% (*vide* Gráfico 2.14).

Gráfico 2.14 – Sector de actividade económica no Continente, em 2010



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do INE.

Analisando cada uma das regiões que constituem a NUTS II, constatou-se que, em 2010, a região do Centro apresentava a percentagem mais elevada de população activa no sector primário (21%). Relativamente ao sector secundário, a região do Norte evidenciou a percentagem mais elevada, de 36%, seguida das regiões do Centro (29%), Alentejo (24%), Lisboa (19%) e, por último, Algarve (18%) (*vide* Tabela 2.9). Relativamente ao sector terciário, o sector mais representativo a nível nacional, a região de Lisboa foi aquela onde este sector se assumiu como mais representativo, com 80% da população activa concentrada neste sector, enquanto na região Centro este sector apresentou a percentagem mais baixa, de 50%.

Tabela 2.9 – Sectores de actividade económica, em 2010, por NUTS II

	Primário	Secundário	Terciário
Continente	11%	28%	61%
Norte	12%	36%	52%
Centro	21%	29%	50%
Lisboa	1%	19%	80%
Alentejo	11%	24%	66%
Algarve	6%	18%	76%

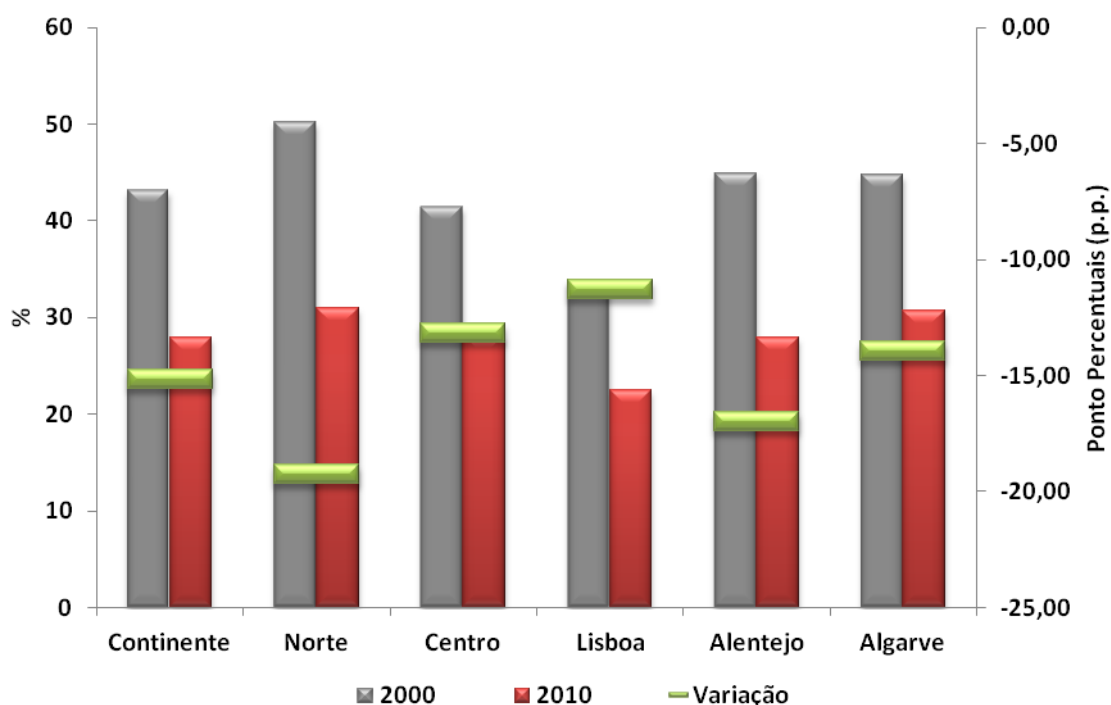
Instrução escolar

- **Taxa de abandono escolar**

No que respeita à taxa de abandono escolar, constatou-se que o Norte e o Algarve apresentaram percentagens mais altas que a do Continente para os anos de 2000 e 2010. A região do Alentejo, por sua vez, apresentou uma percentagem superior face ao Continente no ano de 2000 e, em 2010, praticamente igualou a percentagem do Continente. O Centro, em 2000, evidenciou uma taxa de abandono escolar inferior à do Continente, tendo, no entanto, em 2010, apresentado uma taxa superior (*vide* Gráfico 2.15).

Relativamente à variação entre 2000 e 2010, todas as regiões viram a sua taxa de abandono escolar diminuir, sendo que a região do Norte foi a que evidenciou a variação mais acentuada, de 19,3 p.p., seguida das regiões do Alentejo, com 17,0 p.p., do Algarve, com 14,0 p.p., do Centro, com 13,2 p.p., e de Lisboa, com 11,3 p.p.. No Continente, a variação da taxa de abandono escolar foi negativa em 15,2 p.p. para o período referido.

Gráfico 2.15 – Taxa de abandono escolar, por NUTS II



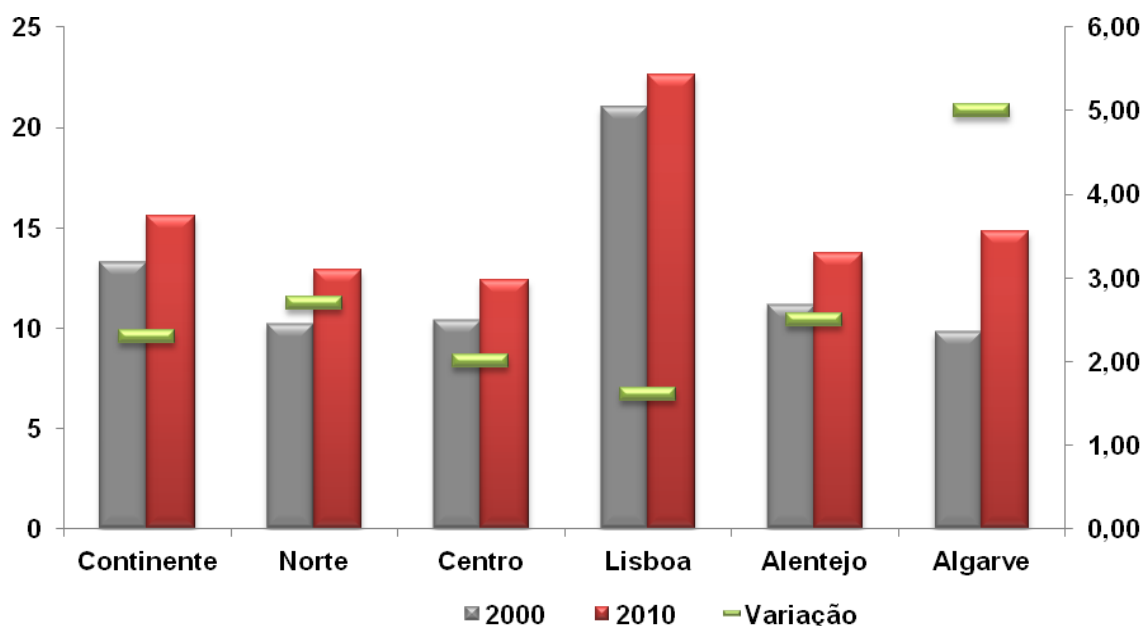
Fonte: Elaboração própria com base nos dados do INE.

- **Taxa de escolaridade do nível de ensino superior**

Para o indicador “taxa de escolaridade do nível de ensino superior”, todas as regiões, com exceção da região de Lisboa, exibiram percentagens inferiores às do Continente, tanto para 2000 como para 2010. Considerando que quanto maior for a taxa de escolaridade de ensino superior da população maior será o seu nível de instrução, e maior o seu nível de conhecimento, com efeito positivo sobre o estado de saúde da população¹², sublinha-se a variação positiva entre os referidos anos em todas as regiões, sendo que a região do Algarve foi a que apresentou variação superior relativamente às restantes regiões, de 5,0 p.p.. O Norte e o Alentejo evidenciaram variações de 2,7 e de 2,5 p.p., respectivamente, ambas superiores à do Continente, de 2,3 p.p. (*vide* Gráfico 2.16).

¹² Sobre isso, veja-se, por exemplo, Ross, C. E. e C. Wu (1995). “The Links Between Education and Health”. *American Sociological Review* 60(5): 719-745.

Gráfico 2.16 – Taxa de escolaridade do nível de ensino superior, por NUTS II



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do INE.

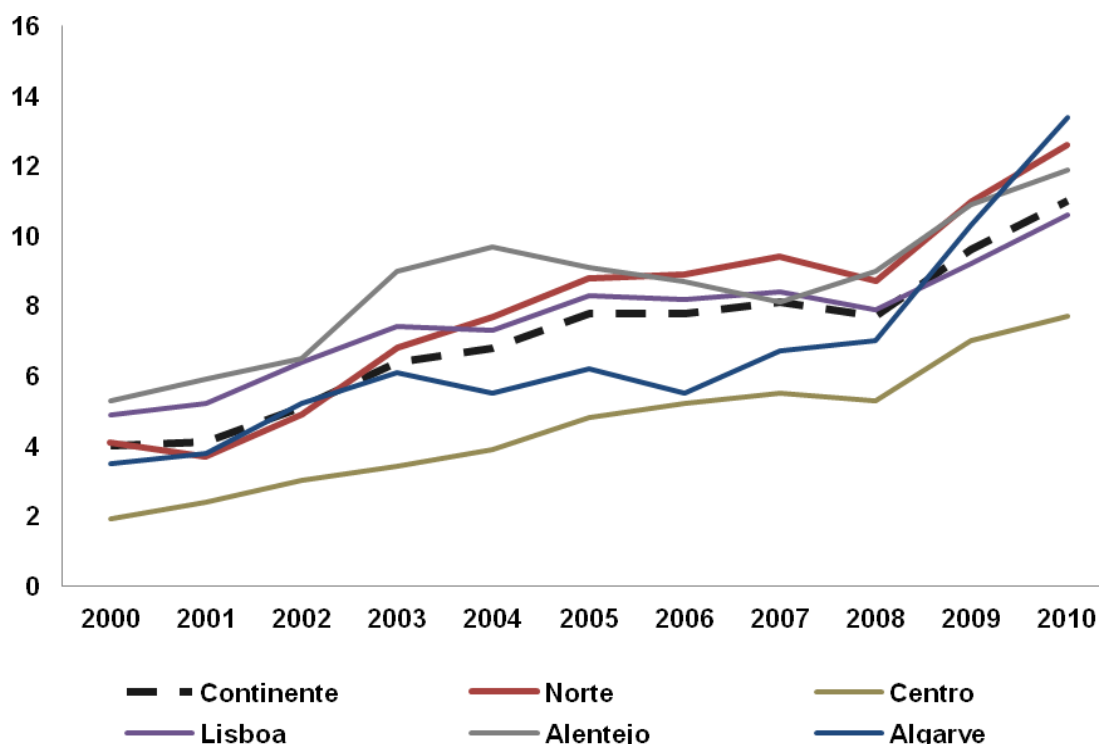
Taxa de desemprego

Relativamente à taxa de desemprego, note-se, a título de exemplo, que vários estudos epidemiológicos evidenciam que um aumento da taxa de desemprego nas populações aumenta o número de doenças ligadas ao foro neurológico, bem como à depressão, à ansiedade, entre outras¹³. Constata-se que, no período de 2000 a 2010, a taxa de desemprego atingiu o mínimo no ano de 2000, com a exceção da região Norte. Após o referido ano, a taxa de desemprego foi sempre aumentando, atingindo o máximo, para todas as regiões, no ano de 2010. O Algarve foi a região que apresentou a taxa de desemprego mais elevada, de 13,4%, seguida da região Norte, com 12,6% de desemprego, do Alentejo, com 11,9%, de Lisboa, com 10,6% e, por último, a região do Centro, com 7,7% (*vide* Gráfico 2.17)¹⁴.

¹³ *Vide*, a título exemplificativo, Moser KA, Goldblatt PO, Fox AJ, Jones DR., (1987), “Unemployment and mortality: comparison of the 1971 and 1981 longitudinal study census samples”. *British Medical Journal*, 1: 86-90; Colin D Mathers and Deborah J Schofield, (1998), “The health consequences of unemployment: the evidence”, 168: 178-182; C Bamba, T AEikemo, (2009), “Welfare state regimes, unemployment and health: a comparative study of the relationship between unemployment and self-reported health in 23 European countries”, *Journal Epidemiology Community Health*, 63:92-98.

¹⁴ Importa notar que a taxa de desemprego, devido à conjuntura económico-financeira actual, tem sofrido várias alterações mensais, tendo sido de 12,7%, de acordo com os Indicadores de Conjuntura 3/2012, de Março de 2012, do Banco de Portugal.

Gráfico 2.17 – Taxa média de desemprego, por NUTS II



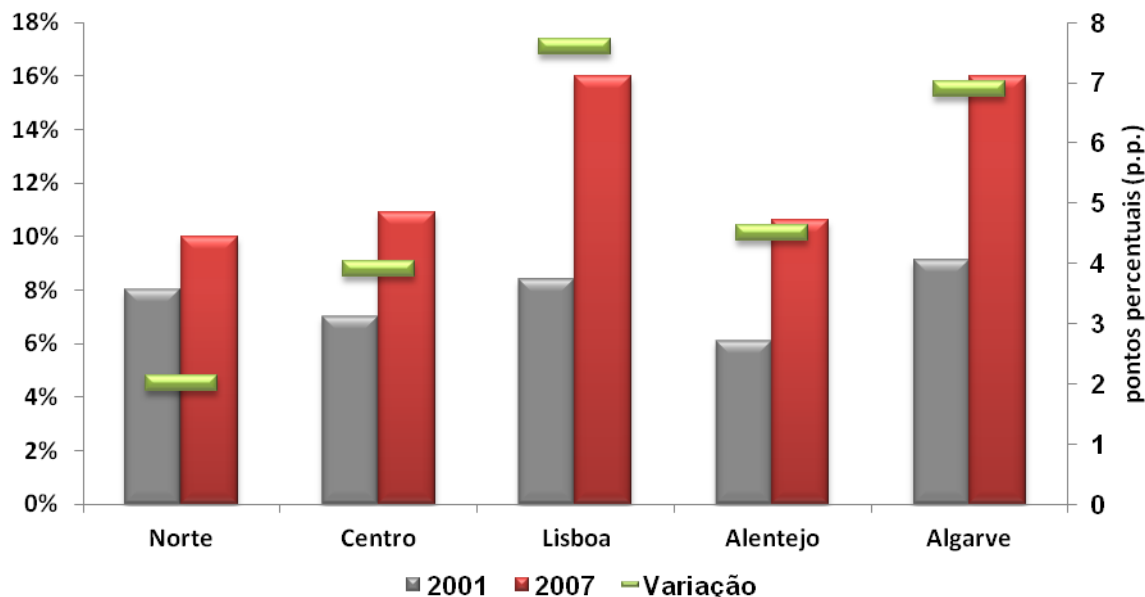
Fonte: Elaboração própria com base nos dados do INE.

Consumo de droga

No que se refere ao consumo de droga em percentagem da população total, verificou-se, de acordo com o Gráfico 2.18, um aumento em todas as unidades territoriais, sendo que, em 2007, aquelas que tinham maior incidência de consumo de droga eram as de Lisboa e do Algarve, com 16%, sendo que Lisboa foi aquela em que a variação foi mais significativa, entre 2001 e 2007, de 7,6 p.p..

Por outro lado, a região Norte foi aquela que apresentou a menor percentagem de consumo de droga, no ano de 2007 (10% da população), apresentando igualmente a menor variação entre 2001 e 2007, de 2 p.p..

Gráfico 2.18 – Prevalência de consumo de droga ao longo da vida (NUTS II, 2002), da população total (15-64 anos)

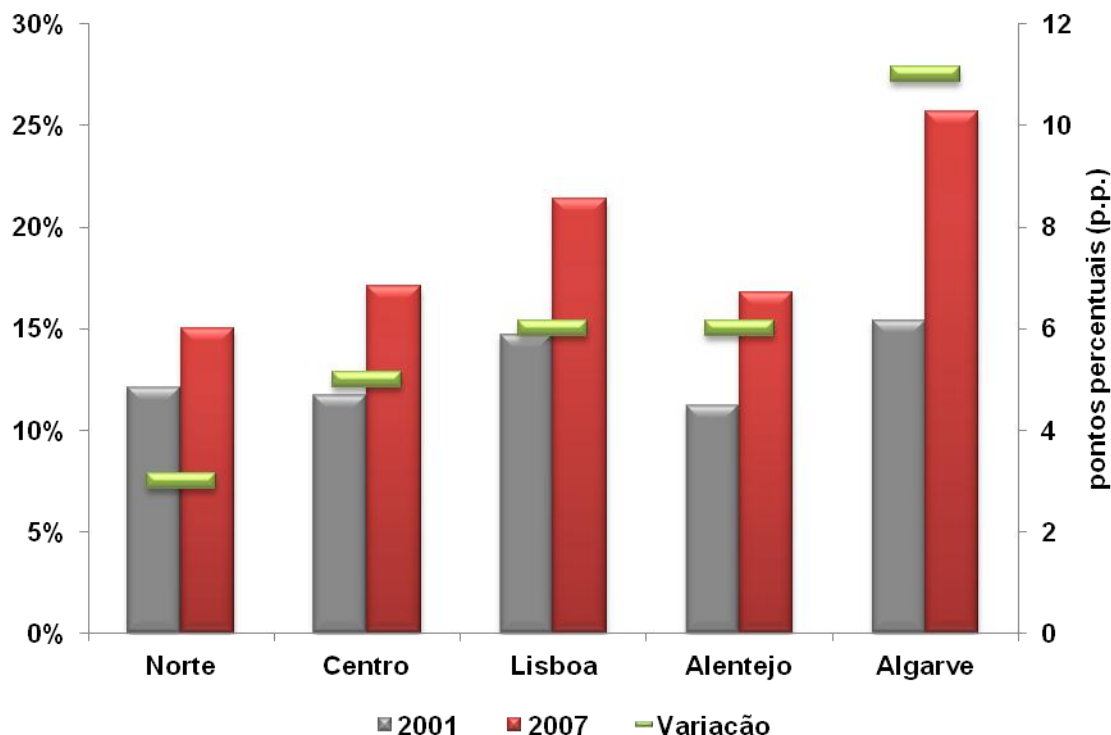


Fonte: Elaboração própria com base nos dados do “*Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Geral, Portugal, 2007*”, IDT.

Considerando o consumo de droga da população jovem adulta, de acordo com o Gráfico 2.19, verifica-se que o consumo neste grupo etário aumentou, entre 2001 e 2007, mais do que proporcionalmente face à população total em todas as NUTS II, com excepção da região de Lisboa. A região do Algarve foi aquela que registou maior incidência em 2007, de 25,7%, assim como a maior variação entre 2001 e 2007, de 10,3 p. p., seguida de Lisboa, onde a percentagem de população jovem consumidora em 2007 foi de 21,4%, com uma variação de 6,7 p.p. no período considerado.

A região Norte assumiu-se, simultaneamente, como aquela com menor percentagem de consumidores de droga entre os 15 e os 24 anos, em 2007, 15%, e a que apresentou a menor variação nesse consumo entre 2001 e 2007, de 2,9 p.p..

Gráfico 2.19 – Prevalência de consumo de droga ao longo da vida (NUTS II, 2002), da população jovem adulta (15-34 anos)



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do “*Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal, 2007*”, IDT.

2.4. Indicadores financeiros

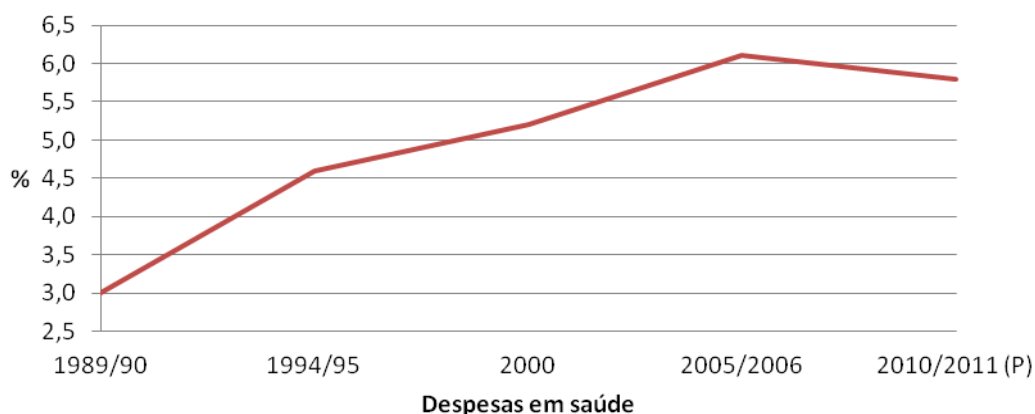
Nesta secção são apresentados indicadores financeiros representativos da capacidade financeira das famílias, designadamente sobre as despesas anuais médias das famílias totais e as despesas em saúde por NUTS II, bem como a sua evolução ao longo do tempo, considerando cinco momentos no tempo, designadamente 1989/90, 1994/95, 2000, 2005/2006 e 2010/2011, com base no Inquérito às Despesas das Famílias 2010/2011 do INE (IDEF 2010/2011)¹⁵.

Tendo em conta o IDEF 2010/2011, a despesa anual média dos agregados familiares é de 20.400 € (valor provisório), sendo que cerca de 5,8% deste total (1.186 €) é gasto em saúde, tendo esta percentagem praticamente estabilizado relativamente a 2005/2006,

¹⁵ Os valores relativos às despesas familiares em saúde foram assim categorizados de acordo com a Classificação do Consumo Individual por Objectivo (COICOP – *Classification of Individual Consumption by Purpose*).

quando foi de 6,1%. O Gráfico 2.20 apresenta a evolução desta percentagem desde 1989/90.

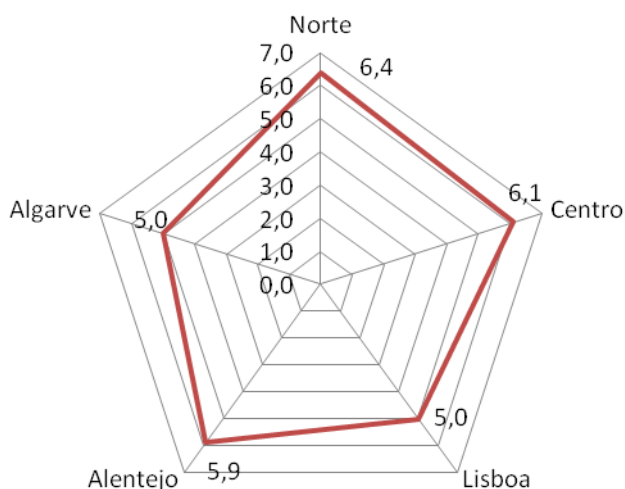
Gráfico 2.20 – Evolução da proporção da despesa anual média referente à saúde face à despesa anual média total por agregado familiar



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do INE.

Quanto às diferenças regionais, o Gráfico 2.21 apresenta as diferenças por NUTS II referentes a 2010/2011.

Gráfico 2.21 – Diferenças regionais da despesa anual média em saúde por agregado familiar face ao total (%)



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do INE.

Como se pode aferir do Gráfico 2.21, as famílias na região Norte despendem em média uma maior fatia da sua despesa anual em saúde (6,4% da despesa anual média total), em comparação com as demais regiões, sendo que esta percentagem também supera o valor referente ao Continente (de 5,8%). Outras regiões que se destacam no Gráfico 2.21 são as regiões do Algarve e de Lisboa, que gastam proporcionalmente menos em saúde (5% da despesa anual média total).

2.5. Conclusão

Neste capítulo, analisou-se um conjunto de importantes indicadores epidemiológicos, demográficos, socioeconómicos e financeiros, que reflectem as principais condicionantes da saúde das populações em Portugal continental, e que são indicativos das suas necessidades de cuidados de saúde hospitalares.

Atenta a componente geográfica subjacente à tarefa de planeamento da rede de oferta hospitalar, foram particularmente focadas as diferenças regionais ao nível dessas necessidades de cuidados de saúde hospitalares.

Em termos globais, ao nível dos indicadores epidemiológicos merecem destaque as tendências demonstradas de aumento da prevalência da diabetes e da percentagem de população com tensão arterial alta. A estrutura demográfica das populações tem evoluído no sentido do progressivo envelhecimento e aumento do índice de dependência de idosos. No que concerne aos indicadores socioeconómicos, são assinaláveis a redução da taxa de abandono escolar e o aumento dos índices de escolaridade de nível superior, mas também um crescimento da taxa de desemprego e da prevalência do consumo de droga. A percentagem da despesa anual média dos agregados familiares afecta à saúde estabilizou nos últimos anos.

Para além dos indicadores que se apresentaram *supra*, importa notar, ainda nesse âmbito, que o projecto do Plano Nacional de Saúde 2011-2016¹⁶ evidenciou que se *tem verificado uma evolução positiva ao nível da esperança média de vida e da mortalidade*,

¹⁶ “Os resultados mais significativos demonstraram uma evolução positiva ao nível de esperança média de vida e das mortalidades, por doença isquémica, por acidente rodoviário e cancro da mama. Também, ao nível dos recursos humanos (médicos, enfermeiros, dentistas) ocorreram avanços importantes, destacando-se ainda a forma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) como um factor associado a uma maior acessibilidade dos cidadãos. Existem, contudo, alguns indicadores que têm vindo a piorar, como é o caso da mortalidade por suicídio e do consumo de ansiolíticos e antidepressivos, e a demora média hospitalar que, embora aquém da meta, apresenta resultados mais positivos do que a média da EU-15.” – cfr. Plano Nacional de Saúde 2011-2016, secção *Os Cuidados de Saúde Hospitalares no Contexto do PNS 2011-2016*. Note-se que o PNS 2011-2016 não está ainda aprovado, conhecendo-se apenas a versão para discussão pública.

por doença isquêmica, por acidente rodoviário e cancro da mama, existindo contudo, alguns indicadores que têm vindo a piorar, como é o caso da mortalidade por suicídio e do consumo de ansiolíticos e antidepressivos.

Ora, se essa é uma realidade transversal às diferentes regiões, é igualmente patente alguma heterogeneidade mais fina verificada nas regiões, pelo que, necessariamente, a adoção de políticas de saúde regionais e dinâmicas, adaptadas às características da população, encontram aqui razão de ser. Por sua vez, as estratégias orientadoras para a definição de políticas de saúde com o intuito de melhorar o estado de saúde das populações e para que se atinjam elevados níveis de acesso, eficiência, qualidade e sustentabilidade deverão não somente ter em consideração as características regionais, mas igualmente as modificações dessas mesmas características ao longo do tempo. É essencial, assim, que a concretização da Carta Hospitalar seja inserida nesse contexto.

3. O planeamento hospitalar em Portugal

Neste capítulo apresenta-se a evolução normativa do planeamento hospitalar e os estudos e demais documentos produzidos com vista a suportar esse planeamento e, conseqüentemente, a definição da organização dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde hospitalares em Portugal.

Mas antes de se passar a essa descrição, esclarecem-se os principais conceitos referentes à oferta hospitalar utilizados no presente estudo.

Por hospital (ou unidade hospitalar) entende-se o estabelecimento prestador de cuidados de saúde que visa *prima facie* o tratamento de doentes na fase aguda da doença, com capacidade de internamento, de ambulatório (consultas, urgências e intervenções cirúrgicas) e de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT), com o objectivo de prestar assistência médica curativa, de reabilitação, mas que pode ainda colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica¹⁷.

A Rede Hospitalar com Financiamento Público, sobre a qual incide o presente estudo, compreende todos os hospitais públicos, gerais ou especializados, integrados ou não em Centros Hospitalares (CH) ou Unidades Locais de Saúde (ULS) e classificados em diferentes tipologias hospitalares, e ainda as IPSS com acordos celebrados com o SNS, entre as quais se encontram os estabelecimentos hospitalares detidos por aquelas Santas Casas de Misericórdia que, ao abrigo do Protocolo de Cooperação celebrado entre o Ministério da Saúde e a União das Misericórdias Portuguesas, assinaram os respectivos acordos de cooperação com as ARS, bem como o Hospital da Prelada, detido pela Santa Casa da Misericórdia do Porto, e o Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa¹⁸, que celebraram igualmente acordos de cooperação com as respectivas ARS.

A organização e planeamento da Rede Hospitalar com Financiamento Público visa servir a satisfação das necessidades de saúde de uma determinada população, e pressupõe a identificação da capacidade de cada unidade hospitalar perante aquelas necessidades e estabelecer orientações para a referenciação dos utentes para unidades hospitalares de nível mais elevado ou diferenciado.

¹⁷ A respeito deste conceito *vide* o Regulamento Geral dos Hospitais, aprovado pelo Decreto n.º 48358, de 27 de Abril de 1968 nos termos do qual os hospitais eram entendidos como “[...] serviços de interesse público, instituídos, organizados e administrados com o objectivo de prestar à população assistência médica curativa e de reabilitação e compete-lhes, também, colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica”. *Vide* igualmente o portal da codificação da ACSS, em <http://portalcodgdh.min-saude.pt>.

¹⁸ Apesar de o acordo de cooperação com o SNS se encontrar, no presente momento, temporariamente suspenso.

É nesse âmbito que surge a necessidade de elaboração de uma Carta Hospitalar que defina, para cada tipologia hospitalar que venha a ser fixada, as especialidades/valências oferecidas, bem como as respectivas áreas de abrangência/influência, dimensão populacional e as necessidades em termos de recursos humanos, técnicos e materiais.

Nesse sentido, importa realçar que não obstante as tentativas que foram sendo encetadas de elaboração de uma Carta Hospitalar ao longo do tempo, a realidade existente mostrou-se sempre diferente daquela definida em diplomas e documentos elaborados por diversos grupos de trabalho, cujas regras, conteúdos ou propostas aí definidas nunca chegaram a ser implementadas. Note-se ademais que a organização da rede hospitalar, tal como se encontra actualmente configurada e no que se refere às suas linhas orientadoras, remonta a momento anterior ao da própria criação do SNS.

No entanto, não poderá deixar de se ter em consideração todas essas tentativas, e em especial, os princípios orientadores que foram estabelecidos nomeadamente nos Despachos da Ministra da Saúde n.ºs 10/86, 23/86, 32/86 e 36/86, os quais embora tenham que ser actualizados em face dos desenvolvimentos científicos e técnicos entretanto ocorridos, não podem deixar de ser considerados na base da definição da Carta Hospitalar.

E no que se refere às tentativas de organização e planeamento da rede hospitalar, importa notar que a legislação que enquadra cada uma das ULS actualmente existentes define as respectivas áreas de abrangência por identificação dos concelhos, Centros de Saúde ou Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) nelas integrados. Veja-se, por exemplo, o Decreto-Lei n.º 318/2009, de 2 de Novembro, que criou a ULS de Castelo Branco e que identificou como fazendo parte integrante dessa ULS os ACES da Beira Interior Sul e do Pinhal Interior Sul.

De igual modo, o diploma legal que procedeu à criação dos ACES, Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, fixou o número máximo de ACES a constituir, remetendo para Portaria conjunta dos Ministros das Finanças e da Saúde a delimitação da área geográfica de cada um dos ACES. Tal definição das áreas de influência de cada um dos ACES veio efectivamente a ser concretizada em Portaria, com indicação não só dos Centros de Saúde neles integrados, mas igualmente dos concelhos e população abrangidos por cada um deles¹⁹.

¹⁹ Cfr. Portaria n.º 272/2009, de 18 de Março (relativa aos ACES da ARS Algarve), Portaria n.º 273/2009, de 18 de Março (relativa aos ACES da ARS Norte), Portaria n.º 274/2009, de 18 de Março (relativa aos ACES da ARS Centro), Portaria n.º 275/2009, de 18 de Março (relativa aos ACES da ARS Alentejo), Portaria n.º 276/2009, de 18 de Março (relativa aos ACES da ARS Lisboa e Vale do Tejo).

Também os acordos de cooperação recentemente celebrados pelas Santas Casas de Misericórdia, ao abrigo do disposto no Protocolo de Cooperação celebrado entre o Ministério da Saúde e a União das Misericórdias Portuguesas, e contrariamente aos anteriores acordos de cooperação, definem as respectivas áreas de abrangência, mediante a identificação dos concretos ACES que podem referenciar utentes do SNS para as suas unidades hospitalares, bem como as concretas especialidades contratadas²⁰.

Outrossim, de igual forma se trazem aqui à colação os Contratos de Gestão celebrados no âmbito das Parcerias Público-Privadas Hospitalares (PPPH), em que nos mesmos é sempre estabelecida aquilo que aí se define como “Área de Influência do Hospital”, tal como é definido o “Perfil Assistencial” assegurado por cada hospital em questão, pelo que também quanto às PPPH existentes se encontra clarificada a questão das suas áreas de abrangência e especialidades asseguradas.

Por último, refira-se a Rede de Referência de Urgência que se encontra actualmente implementada e que permite identificar os diferentes pontos de oferta existentes naquela Rede, integrando três níveis diferenciados de resposta às necessidades, a saber, urgência polivalente, urgência médico-cirúrgica e urgência básica. A cada um desses níveis correspondem diferentes critérios qualitativos e quantitativos, ou seja, diferentes conjuntos de valências médicas consignadas e diferentes requisitos técnicos mínimos (humanos e materiais). Do exposto resulta então que na definição dos diferentes níveis de serviços de urgência são consideradas, desde logo, as valências médicas abrangidas, a área populacional e respectiva acessibilidade por via terrestre ao serviço de urgência, e os recursos humanos e materiais.

Ora, torna-se premente que os exemplos vindos de enunciar possam ser alargados a todos os estabelecimentos da Rede Hospitalar com Financiamento Público, para assegurar que as áreas de abrangência de todas as unidades hospitalares possuam uma fonte legal clara, que represente de forma real e fidedigna a rede hospitalar existente, bem como a concreta abrangência de cada um dos estabelecimentos integrantes da mesma, com desagregação das valências consideradas para o efeito, de maneira a serem evitadas potenciais redundâncias desnecessárias.

Pode assim concluir-se que na definição da organização futura da Rede Hospitalar com Financiamento Público, e concomitante estabelecimento da Carta Hospitalar, podem ser tidos em consideração os teores dos Despachos da década de 80 do século passado,

²⁰ Vide, por exemplo, anexo II ao Acordo de Cooperação celebrado entre a Santa Casa da Misericórdia do Marco de Canaveses e a ARS Norte, em 29 de Março de 2011.

mas também os trabalhos já efectuados ao nível da definição das áreas de abrangência das ULS, dos acordos das Misericórdias, das PPPH, bem como a estrutura de organização actualmente utilizada na definição da Rede de Referência de Urgência.

3.1. Evolução normativa

Importa, neste momento, realçar a existência de uma linha de continuidade na evolução conceptual da rede hospitalar, assente numa estrutura hierárquica com previsão de dois, três ou quatro níveis (ou tipologia) de prestação de cuidados hospitalares (dos mais básicos aos mais diferenciados), e com necessidade de previsão de mecanismos de referência que permitissem o correcto encaminhamento dos utentes entre tais diferentes níveis de cuidados. Por outro lado, note-se a grande dificuldade ocorrida na implementação das anteriores tentativas de organização hospitalar, de onde resulta uma ausência de clarificação das tipologias hospitalares que se encontram hoje efectivamente aplicadas. Daí a necessidade de elaboração de uma Carta Hospitalar que transpareça e dê seguimento a princípios orientadores estruturantes da Rede Hospitalar com Financiamento Público.

A primeira definição e caracterização da organização hospitalar surge com a Lei n.º 2011, de 2 de Abril de 1946²¹, a qual se socorria unicamente de um critério geográfico (área geográfica de influência) para determinar a definição da tipologia de cada unidade hospitalar, e procedia igualmente à definição do tipo de assistência hospitalar que seria assegurada em cada um dos níveis de hospitais.

Mais tarde, o Estatuto Hospitalar, aprovado pelo Decreto n.º 48357, de 27 de Abril de 1968, estabeleceu os princípios orientadores a que deveria obedecer a organização hospitalar, tendo-lhe conferido uma diferente tipologia daquela estabelecida no diploma de 1946, no que se refere aos estabelecimentos ou serviços nela integrados. Concretamente, o artigo 5.º do Estatuto Hospitalar previa a existência de i) hospitais gerais e especializados, ii) centros médicos especializados, iii) centros de reabilitação, iv) hospitais de convalescentes e de internamento prolongado e v) postos de consulta e de socorro. Já o artigo 7.º referia que tais estabelecimentos e serviços que integrariam a organização hospitalar poderiam ser centrais, regionais ou sub-regionais conforme a área territorial de cuja assistência médica assumiam a responsabilidade.

²¹ A organização hospitalar definida pela Lei n.º 2011, de 2 de Abril de 1946, previa a divisão do território nacional em zonas (Norte, Centro e Sul), regiões (que em princípio corresponderiam às áreas dos distritos) e sub-regiões (que podiam corresponder a um ou mais concelhos), sendo que em cada zona haveria pelo menos um hospital central, em cada região um hospital regional, e em cada sub-região um hospital sub-regional.

A Lei n.º 2011, de 2 de Abril de 1946 procedia à divisão do território nacional em (três) zonas, regiões e sub-regiões:

- a) a cada sub-região correspondia pelo menos um hospital sub-regional;
- b) a cada região correspondia pelo menos um hospital regional; e
- c) a cada zona (Porto, Coimbra e Lisboa) correspondia pelo menos um hospital central.

Prevía-se, assim, uma estrutura hierárquica, definida com base num critério geográfico, abrangendo três tipologias hospitalares distintas:

- a) hospital sub-regional – responsável por assegurar assistência médica e cirúrgica na respectiva sub-região, e no limite dos seus recursos;
- b) hospital regional – responsável por assegurar a assistência médica e cirúrgica e os socorros de urgência na respectiva região, e no limite dos seus recursos; e
- c) hospital central – responsável por assegurar assistência hospitalar da respectiva zona e atender aos casos clínicos não tratados pelos hospitais regionais.

Juntamente com o Estatuto Hospitalar foi aprovado, pelo Decreto n.º 48358, de 27 de Abril de 1968, o Regulamento Geral dos Hospitais o qual veio estabelecer a organização e funcionamento dos hospitais gerais (aplicando-se aos hospitais especializados apenas nos casos nele expressamente indicados).

Estes diplomas vindos de referir estabeleciam uma classificação dos hospitais assente numa estrutura hierárquica, definida com base num critério geográfico, ainda que atendesse igualmente à dimensão do hospital (em termos de capacidade de internamento), e com três níveis diferentes de prestação de cuidados hospitalares.

Do Estatuto Hospitalar (Decreto n.º 48357, de 27 de Abril de 1968) e do Regulamento Geral dos Hospitais (Decreto n.º 48358, de 27 de Abril de 1968) resultava uma organização hospitalar baseada numa classificação dos hospitais que mantinha uma estrutura hierárquica, definida com base num critério geográfico, ainda que atendessem igualmente à dimensão do hospital (em termos de capacidade de internamento), e que previa igualmente três níveis diferentes de prestação de cuidados hospitalares:

- a) um nível mais básico, onde se integrariam os hospitais sub-regionais de pequenas dimensões (designado grupo III) e que se assemelhavam a centros de saúde com funções de prestação de cuidados de maior proximidade;
- b) um segundo nível intermédio, onde se integrariam os hospitais regionais e os sub-regionais de maiores dimensões (designados de grupo I e II) aos quais lhes competiria assegurar a prestação de cuidados preventivos, curativos e de reabilitação na região em que se encontrariam localizados; e
- c) um terceiro nível mais diferenciado, onde se integrariam os hospitais centrais com funções de prestação de assistência médica curativa e de reabilitação nas regiões e sub-regiões integradas na respectiva zona e que seriam igualmente responsáveis quer por assistir todos os doentes que não pudessem ser tratados nos demais hospitais da zona, quer por dar o apoio técnico necessário a tais serviços hospitalares.

Um segundo momento de evolução da organização hospitalar ocorreu já após a criação do SNS pela Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro, quando os princípios orientadores que deveriam ter sido seguidos na elaboração de uma Carta Hospitalar foram estabelecidos nos Despachos da Ministra da Saúde n.ºs 10/86, 23/86, 32/86 e 36/86.

Em tais diplomas foi estabelecida uma rede hospitalar assente em quatro tipologias hospitalares distintas e hierarquicamente definidas, tendo em consideração a área populacional servida, a dimensão do hospital e o nível de diferenciação das especialidades aí existentes, sendo então um tal nível de diferenciação das especialidades determinante para a inclusão de cada concreta unidade hospitalar numa das tipologias estabelecidas (hospitais de nível I, II, III e IV). Ora, para a definição das valências/especialidades abrangidas (nível I – básicas; nível II – básicas e intermédias; nível III – básicas, intermédias e diferenciadas; e nível IV – básicas, intermédias, diferenciadas e altamente diferenciadas), foram tidos em consideração quatro critérios, a saber: caracterização e definição da valência; *ratio* de camas/habitantes;

dimensionamento dos serviços; e dimensionamento dos quadros médicos (número de médicos desejáveis por serviço).

Com a publicação dos Despachos n.ºs 10/86, 23/86, 32/86 e 36/86, relativos às regras sobre a hierarquização e o dimensionamento dos hospitais públicos, foram definidos quatro níveis distintos de hospitais, tendo em consideração: a área populacional servida, a dimensão do hospital e o nível de diferenciação das valências aí existentes.

- a) hospitais de nível I – de nível inferior na hierarquização da rede hospitalar, deveriam, por regra, restringir-se à oferta das quatro valências mais básicas (medicina, cirurgia geral, obstetrícia/ginecologia e pediatria). Os hospitais de nível I deveriam ainda dispor de um serviço de atendimento permanente, servido por clínicos gerais, e dispor de bloco operatório e de radiologia.
- b) hospitais de nível II – iriam integrar, para além das valências básicas, as valências designadas de intermédias (otorrinolaringologia, oftalmologia, urologia, gastroenterologia e psiquiatria);
- c) hospitais de nível III – iriam integrar, para além das valências básicas e intermédias, as valências designadas de diferenciadas (dermatovenereologia, cardiologia, neurologia, pneumologia, infecciologia e fisioterapia);

Os hospitais de nível II e nível III deveriam ainda dispor de serviços de urgência, de anatomia patológica e de fisioterapia com internamento.

- d) hospitais de nível IV – iriam integrar, para além das valências básicas, intermédias e diferenciadas, as valências designadas como altamente diferenciadas (endocrinologia, nefrologia, cirurgia plástica e reconstrutiva, cirurgia cardiotorácica, cirurgia vascular, neurocirurgia e outras de mais alta diferenciação). Os hospitais de nível IV deveriam ainda dispor de serviços de urgência, radioterapia, neurorradiologia, neurofisiologia e outros do mesmo grau de diferenciação.

Os hospitais de nível IV corresponderiam à última linha de cuidados, devendo por isso ser capazes de atender a todas as situações clínicas.

Note-se, no entanto, que esta Carta Hospitalar nunca chegou a ser integralmente implementada, não se podendo deixar de realçar a importância que tais diplomas têm como contributos essenciais, no momento presente, para a definição de uma Carta Hospitalar. Refira-se, ademais, que o conceito de **hospital de nível I** (cuja listagem foi, como visto, objecto de publicação em Diário da República) e de **hospital central** (correspondente ao nível IV do Despacho n.º 32/86), são ainda hoje utilizados, tendo por

base a definição efectuada nos Despachos de 1986, sendo que nunca foi possível obter consenso na distribuição dos demais hospitais por aqueles então dois níveis intermédios^{22 23} (sendo, neste caso, o conceito actualmente aceite, o de **hospital distrital**, como tipologia intermédia entre o **hospital central** e o **hospital de nível I**).

O conceito desenvolvido em tais diplomas da década de oitenta do século passado, não deixou de ser seguido pelo Estatuto do SNS (de 1993), o qual veio determinar que as instituições e os serviços integrados no SNS “[...] *classificam-se segundo a natureza das suas responsabilidades e o quadro das valências efectivamente exercidas*”²⁴.

Por seu turno, importa referir alguns estudos que foram realizados no sentido da elaboração de uma Carta Hospitalar, na sequência ou no âmbito de diplomas legais que mais recentemente vieram a ser publicados.

3.2. Contributos técnicos

3.2.1. De âmbito nacional

Num relatório intitulado “*Carta dos Equipamentos de Saúde*”, publicado em 1998, procedeu-se a uma nova tentativa de esquematização da organização hospitalar, que manteve a existência de quatro níveis de cuidados hospitalares (hospitais centrais, regionais, distritais e locais), mas actualizando-se as regras enunciadas nos Despachos de 1986.

Ora, neste documento foram considerados como critérios para a definição das diferentes tipologias de hospitais, a base populacional e as valências (especialidades) e serviços disponíveis em cada tipo de hospital. Relativamente às valências hospitalares, foi

²² Cfr. Jorge Simões, Retrato Político da Saúde, 2004.

²³ Posteriormente houve igualmente uma tentativa de regulamentação da instalação de equipamento médico pesado em todos os estabelecimentos públicos e não públicos. Efectivamente, o Decreto-Lei n.º 445/88, de 5 de Dezembro veio sujeitar a instalação de tais equipamentos a uma autorização do Ministro da Saúde, sendo que a mesma se fundamentaria na aplicação de *ratios* de habitantes por equipamento, os quais se encontravam fixados em anexo ao referido diploma. Mais tarde, o Decreto-Lei n.º 95/95, de 9 de Maio procedeu à revogação do diploma de 1988, em função da evolução tecnológica entretanto verificada, e redefiniu os procedimentos a que deveria obedecer a instalação de equipamento médico pesado em todos os estabelecimentos públicos e não públicos. Assim, a autorização do Ministro da Saúde passava a ser concedida de acordo com critérios de programação e distribuição territorial fixados em Resolução do Conselho de Ministros. Nessa sequência, a Resolução do Conselho de Ministros n.º 61/95, de 28 de Junho, eliminou algumas das restrições existentes à instalação de equipamentos constantes da lista de 1988.

²⁴ Sucede que, até ao momento presente, tal classificação nunca veio a ser definida em regulamento, nos termos ali previstos, mas apenas para efeitos de facturação dos estabelecimentos hospitalares.

adoptada uma nova metodologia de classificação, que abandonou a sua anterior distribuição hierárquica de acordo com a tecnologia e a complexidade dos meios envolvidos. Era, pois, entendimento expresso em tal documento não ser possível estabelecer uma relação directa entre as valências e a hierarquia dos hospitais nos quais se integram, sendo as mesmas distribuídas não só atendendo à tipologia do hospital mas igualmente à dimensão e necessidades das populações servidas.

A “*Carta de Equipamentos de Saúde*”, definia uma nova classificação tendo em atenção a localização do hospital, a base populacional e as valências (especialidades) e serviços disponíveis em cada tipo de hospital.

- a) hospitais locais – destinados fundamentalmente a convalescentes e doentes com doença prolongada que deveriam integrar-se no hospital de agudos da sua área;
- b) hospitais distritais – localizados, por regra, na sede do distrito e que serviriam todo o distrito, ou um grupo de concelhos desse distrito (se a respectiva população de abrangência ultrapassasse os 150.000 habitantes). Estes hospitais deveriam ter todas as valências básicas e, atendendo à dimensão da população servida, poderiam eventualmente ter algumas valências intermédias. No que se refere aos serviços de urgência, alguns destes hospitais poderiam ter urgências médico-cirúrgicas;
- c) hospitais regionais – a criar nas sedes de região ou nas localidades em que se previsse a existência de urgência polivalente. Estes hospitais, com uma área de abrangência populacional a rondar os 800.000 habitantes, deveriam disponibilizar todas as valências básicas e intermédias, e quando a sua área de influência e populacional o justificasse, também valências diferenciadas; e
- d) hospitais centrais – assegurar a prestação de cuidados hospitalares quer à sua área de influência directa, quer à sua área de referência. Deveriam dispor de todas as valências (básicas, intermédias e diferenciadas) que seriam expectáveis existir num hospital de referência, o qual se assume frequentemente como última linha de cuidados.

Nesta “*Carta de Equipamentos de Saúde*” previu-se que todos os níveis de hospitais a considerar (com excepção dos hospitais locais que forneceriam cuidados de saúde de proximidade) deveriam dispor das valências básicas e de valências intermédias. Já quanto às valências mais diferenciadas, com elevado grau de exigência tecnológica e de recursos humanos (e ainda em que a acessibilidade deveria ser conjugada com a

casuística necessária para determinada actividade funcionar), a sua existência estaria limitada àqueles hospitais com uma área de influência directa e dimensão populacional que o justificassem. Daí que as mesmas deveriam existir apenas nos hospitais centrais e nos regionais que servissem populações com maior dimensão.

O que se verificou, posteriormente, foi que a aplicação da classificação dos hospitais do SNS em três tipos – **nível I, distritais e centrais** – ocorreu relativamente às regras que foram sendo definidas para a fixação das tabelas de preços a praticar pelo SNS.

Em concreto, na vigência da Portaria n.º 132/2003, de 5 de Fevereiro, e seguidamente da Portaria n.º 567/2006, de 12 de Junho, aquela classificação já só servia para efeitos de determinação da facturação dos episódios de urgência nos hospitais do SNS e, ademais, para além de uma aplicação restrita, passou a assumir cariz circunstanciado, na medida em que em diferentes momentos foram sendo aprovadas *listas de classificação dos hospitais* – enquanto **hospitais centrais, hospitais distritais ou hospitais de nível I** – para efeitos da aplicação das *supra* referidas Portarias²⁵.

Porém, também neste aspecto, esta classificação dos hospitais deixou de ser aplicável para a facturação dos episódios de urgência nos hospitais do SNS, após a publicação da Portaria n.º 132/2009, de 30 de Janeiro, que aprovou as tabelas de preços a praticar pelo SNS e respectivo Regulamento, tendo revogado os diplomas precedentes (designadamente, a Portaria n.º 567/2006, de 12 de Junho). Com a aprovação desta Portaria, os valores a facturar pelos hospitais do SNS relativamente aos episódios de urgência, passaram a ser definidos de acordo com uma classificação distinta, mais concretamente consoante a tipologia conferida ao serviço de urgência pelo Despacho n.º 5414/2008, de 28 de Fevereiro, a saber: *serviço de urgência polivalente; serviço de urgência médico-cirúrgica e serviço de urgência básica*.

Faz-se no entanto notar que, para efeitos de determinação do montante ou valor das taxas moderadoras a cobrar aos utentes do SNS, nas consultas externas, a Portaria n.º 1320/2010, de 28 de Dezembro, estabeleceu um montante diferente consoante a consulta seja realizada em hospitais centrais ou hospitais distritais²⁶, não fazendo qualquer distinção destes últimos com os hospitais de nível I. Ou seja, a própria evolução legislativa demonstra uma tendência para se considerarem apenas dois níveis ou tipologias hospitalares, uma vez que quer quanto ao pagamento ou financiamento público

²⁵ Cfr., a título exemplificativo, a Portaria n.º 281/2005, de 17 de Março, a qual pretendeu corrigir alguns desajustamentos verificados na primeira lista de classificação publicada pela Portaria n.º 1108/2004, de 7 de Setembro.

²⁶ A Portaria n.º 1320/2010, de 28 de Dezembro, foi revogada pela Portaria n.º 306-A/2011, de 20 de Dezembro, que, no entanto, não faz mais a distinção entre hospital central e distrital.

dos hospitais, quer inclusivamente quanto ao valor das taxas moderadoras a cobrar aos utentes, foram recentemente apenas considerados os referidos dois tipos²⁷.

Por outro lado, e agora também considerando a realidade da rede de urgências actualmente implementada, recorde-se que o Despacho n.º 18 459/2006 do Ministro da Saúde, de 12 de Setembro de 2006²⁸, procedeu à definição das características da rede de serviços de urgência do SNS, bem como dos seus diferentes níveis de resposta, e estabeleceu a "Rede de Serviços de Urgência" que se encontra actualmente em vigor, e que integra três níveis diferenciados de resposta às necessidades, a saber, urgência polivalente, urgência médico-cirúrgica e urgência básica. A cada um desses níveis correspondem diferentes critérios qualitativos e quantitativos, ou seja, diferentes conjuntos de valências médicas consignadas e diferentes requisitos técnicos mínimos (humanos e materiais). Do exposto resulta então que na definição dos diferentes níveis de serviços de urgência são consideradas, desde logo, as valências médicas abrangidas, a área populacional e respectiva acessibilidade por via terrestre ao serviço de urgência e os recursos humanos e materiais.

²⁷ Efectivamente, embora a Portaria n.º 1320/2010, de 28 de Dezembro, tenha sido revogada pela Portaria n.º 306-A/2011, de 20 de Dezembro, verificava-se até ao final de 2011 que, quanto a consultas hospitalares de especialidade, as taxas moderadoras a suportar pelos utentes ascendiam a € 4,60 se se tratasse de um hospital central e a € 3,10 se se tratasse de um hospital distrital (ou seja, tampouco se especificavam as consultas hospitalares de especialidade que fossem prestadas em hospitais de nível I). Por outro lado, e já quanto às taxas moderadoras cobradas em serviços de urgência, verifica-se que as mesmas ascendiam a € 9,60, se se tratasse de uma urgência polivalente, e a € 8,60, quer fosse uma urgência médico-cirúrgica quer fosse uma urgência básica (distinção que, note-se, passou a ser feita na Portaria actualmente em vigor).

²⁸ Publicado no DR II Série, n.º 176, de 12 de Setembro de 2006.

O Despacho n.º 18 459/2006 do Ministro da Saúde, de 12 de Setembro de 2006, com a redacção resultante da alteração introduzida pelo Despacho n.º 727/2007, de 15 de Janeiro de 2007, definiu a existência de três níveis diferenciados de resposta às necessidades, integrados numa estrutura hierárquica de serviços de urgência que prevê a transferência dos utentes em função das suas concretas necessidades, sendo que a cada nível correspondem diferentes conjuntos de valências médicas consignadas e diferentes requisitos técnicos mínimos (humanos e de equipamentos):

- a) serviço de urgência polivalente, como o nível mais diferenciado de resposta à situação de urgência/emergência, localizando-se em regra num hospital geral central/centro hospitalar e dispondo, para além de todos os recursos referidos para o serviço de urgência médico cirúrgica, de valências mais diferenciadas;
- b) serviço de urgência médico-cirúrgica, como o segundo nível de acolhimento das situações de urgência, que deve localizar-se estrategicamente de modo que, como valor indicativo, dentro das áreas de influência/atração respectivas, os trajectos terrestres não excedam sessenta minutos entre o local de doença ou acidente e o hospital;
- c) serviço de urgência básica, enquanto primeiro nível de acolhimento a situações de urgência constitui o nível de cariz médico (não cirúrgico, à excepção de pequena cirurgia no SU), naquelas situações em que a acessibilidade em condições normais seja superior a sessenta minutos em relação ao serviço de urgência médico-cirúrgico ou polivalente mais próximo.

Esta última classificação adoptada pelo Despacho n.º 18 459/2006 deve igualmente ser tida em consideração, atentando-se aos critérios ali usados para a determinação das diferentes tipologias, que, para além de incluir as valências médicas abrangidas, a área populacional e os recursos humanos abrangidos, consideram igualmente a área de influência/abrangência e a acessibilidade da população a cada unidade hospitalar.

Mais recentemente têm sido apresentadas outras formas de organização da rede hospitalar, com especial destaque para os documentos da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), do Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais (“A Organização Interna e a Governação dos Hospitais”), de 2010, e do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar (“Os Cidadãos no Centro do Sistema – Os Profissionais no Centro da Mudança”), de 2011. Note-se, em particular, que a ACSS nos relatórios “Contributos para a Reforma Hospitalar” e “Carteira de Cuidados” fazia referência, porém, a uma distinta e mais complexa forma de classificação da tipologia

hospitalar – em tipologia B2, B1, A2, A1 (podendo ainda haver um nível menos diferenciado constituído por hospitais de proximidade) –, e que se afasta de todas as outras classificações que foram sendo apresentadas ao longo do tempo, em especial aquela decorrente dos despachos de 1986. Os critérios que estão na base das diferentes tipologias hospitalares da ACSS são a área populacional, o nível de urgência (prevista na Rede de Referência de Urgência em vigor), o tipo e número de especialidades abrangidas e a capacidade de resposta às necessidades das populações.

Nos documentos da ACSS “Contributos para a Reforma Hospitalar” e “Carteira de Cuidados” é estabelecida a seguinte forma de classificação:

- a) hospital com tipologia B2 – população de cerca de 150.000 habitantes; serviço de urgência médico-cirúrgica; 15 a 17 especialidades; capacidade técnica para assegurar 80% de cuidados; 10 a 15% de doentes referenciados para as tipologias B1 e/ou A;
- b) hospital com tipologia B1 – população de cerca de 250.000 a 300.000 habitantes; serviço de urgência médico-cirúrgico; 20 a 24 especialidades; capacidade para 85% das necessidades globais; referência de segunda linha da tipologia B2; 5 a 10% de doentes referenciados para a tipologia A;
- c) hospital com tipologia A2 - população entre a tipologia B1 e A1; serviço de urgência polivalente; referência das tipologias B2 e B1; responde a 85 a 90% das necessidades globais; 5 a 10% de doentes referenciados para a tipologia A1;
- d) hospital com tipologia A1 – população directa de cerca de 350.000 habitantes e de referência de 650.000 habitantes; serviço de urgência polivalente; capacidade para assegurar 100% da diversidade dos cuidados necessários; última linha de referência para as demais tipologias hospitalares.

Esta última definição de tipologias hospitalares, utilizada pela ACSS (e anteriormente pela Direcção-Geral da Saúde (DGS)) também no estabelecimento de algumas Redes de Referência Hospitalar (RRH), não se revelou porém uniforme, seja porque grande parte das RRH elaboradas pela ACSS continuam por implementar, seja porque a grande maioria das RRH publicadas não recorre a tal tipologia.

3.2.2. De âmbito regional

No que se refere a estudos de âmbito regional, destaca-se o relatório “*Reordenamento da Rede Hospitalar da Área Metropolitana do Porto*”, da ARS Norte, de 2008, no qual eram propostas as seguintes tipologias hospitalares:

- a) hospitais de primeira linha – constituem a primeira opção para a população residente nos vários concelhos; e
- b) hospitais de segunda e terceira linha – recebem utentes referenciados por hospitais com um perfil assistencial menos diferenciado.

Já no documento “*Aplicação do Modelo Hierárquico Multi-Serviço ao Planeamento Hospitalar na Região de Saúde do Norte*”, do Centro de Estudos de Gestão do Instituto Superior Técnico (CEG-IST), enquadrado em tal relatório da ARS Norte, eram considerados:

- a) um nível inferior que representa os hospitais distritais que prestam serviços de maior proximidade às populações;
- b) um nível superior que representa os hospitais centrais que servem a sua área de influência directa, e servem de área de referência dos hospitais de nível inferior.

3.3. As Redes de Referência Hospitalar

A Rede Hospitalar com Financiamento Público deve ser entendida como um sistema integrado de prestação de cuidados de saúde, organizado de uma forma coerente e assente em princípios de racionalidade e eficiência. Ora, a cada estabelecimento hospitalar que integra a rede devem ser atribuídos uma área geográfica e populacional de influência e um papel específico na área assistencial, tendo em conta a sua articulação, nomeadamente no âmbito de uma rede de referência, quer com as unidades de cuidados primários, quer com os demais estabelecimentos hospitalares.

Efectivamente, a organização do SNS deve assentar numa identificação clara e inequívoca da cadeia (vertical) de atribuições, competências e responsabilidades, para que o SNS seja, não somente *de iure* mas também *de facto*, um conjunto de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde *organizado e hierarquizado*. Nesse sentido, cada instituição deve conhecer, sem dúvida ou incerteza, o que concretamente a si compete – e por tanto o que de si é esperado – para contribuir para a garantia

constitucional da prestação de cuidados de saúde nas melhores condições de acesso, qualidade e segurança²⁹.

Mas para que cada um dos estabelecimentos hospitalares possa atingir os objectivos pretendidos, as RRH, bem como a missão atribuída a cada estabelecimento hospitalar, devem permanecer estáveis e terem em conta a evolução previsível das necessidades das populações.

Nesse âmbito, recorde-se que, conforme resulta da alínea b) da Base XXIV da LBS, os cidadãos têm o direito a que lhes sejam prestados integralmente todos os cuidados de saúde, não só os hospitalares, mas também os primários, os continuados ou até os paliativos, aqui importando realçar que o permanente cumprimento das características de universalidade e generalidade do SNS implica a existência de regras (desde logo de referenciação) que garantam que um qualquer utente obterá, junto do SNS e em qualquer situação, os cuidados de saúde que efectivamente necessite.

Assim, uma forma de manifestação do princípio da generalidade no âmbito do SNS prende-se com a necessidade de se garantir uma correcta referenciação de cuidados de saúde entre os diversos estabelecimentos nele integrados.

A este respeito refira-se que as RRH se definem como *sistemas através dos quais se pretende regular as relações de complementaridade e de apoio técnico entre todas as instituições hospitalares, de modo a garantir o acesso de todos os doentes aos serviços e unidades de prestadores de cuidados de saúde, sustentado num sistema integrado de informação institucional*³⁰. Ou seja, a definição, implementação e respeito por redes de referenciação constitui *conditio sine qua non* de respeito pela característica da generalidade, devendo tais redes ser estruturadas de forma a *garantir o acesso de todos os doentes aos serviços e unidades de prestadores de cuidados de saúde*, e devendo a referida estrutura orientar-se numa lógica centrada *na população e com base em critérios*

²⁹ Nesse âmbito, os contratos programa surgem como instrumentos detidos quer pelas ARS, quer pelos prestadores de cuidados de saúde, para a operacionalização das suas concretas responsabilidades. Neles são definidos os objectivos do plano de actividades de cada um dos estabelecimentos hospitalares e a subsequente contratualização com o Estado, mediante o pagamento de contrapartidas financeiras em função da produção contratada e dos resultados obtidos, devendo cada um dos prestadores garantir o cumprimento das suas obrigações para garantirem, obviamente e *in fine*, o dever de garantir o acesso dos utentes aos cuidados de saúde. Assim, os contratos programa devem garantir os meios necessários ao cumprimento pelos hospitais contratantes, das regras determinadas por cada uma das RRH das quais os mesmos fazem parte integrante.

³⁰ Cfr. definição empregue pela Direcção-Geral da Saúde.

de distribuição e rácios, previamente definidos, de instalações, equipamentos e recursos humanos³¹.

Nesse sentido, interessa que os prestadores de cuidados de saúde que concorrem para o funcionamento de cada uma das redes, não só se articulem entre si, desde os cuidados primários até aos diferenciados, em função dos recursos de que dispõem, e consideradas as condicionantes de cada uma das regiões e da valência a que respeitam, mas também se complementem, com a finalidade de aproveitarem os recursos de que cada um é possuidor e, desta forma, contribuam para o desenvolvimento do conhecimento e a especialização dos profissionais e a consequente melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados por cada uma dessas entidades enquanto instituição individual e como membro de uma concreta rede, concentrando-se dessa forma numa lógica de maior qualidade prestada.

E neste seguimento, encontra-se ínsito à noção de RRH o direito de acesso do utente aos serviços do prestador de cuidados de saúde de que aquele necessita e que se integra numa determinada rede de referenciação. Ou seja, decorre da própria definição de RRH, que a sua estrutura e princípios orientadores visam, então, promover e garantir o acesso de todos os doentes, de todas as zonas geográficas do País, aos cuidados de saúde de que necessitam, sejam estes primários, hospitalares ou continuados.

Importa ainda notar que o funcionamento e as imposições adjacentes a cada uma das RRH consubstanciam regras que necessariamente se manifestam no direito de acesso dos utentes aos cuidados de saúde tal como consagrado na Constituição e na Lei. A *contrario*, o deficiente funcionamento de uma RRH impacta negativamente com o direito de acesso do utente aos cuidados de saúde, produzindo um efectivo não acesso (ou um acesso tardio ou inadequado) aos cuidados de saúde necessários.

Não obstante, no presente momento, importa reiterar que as RRH actualmente existentes se consubstanciam em meras linhas orientadoras, que estabelecem requisitos e critérios apresentados como desejáveis mas reconhecidos como inexistentes³². De facto, constata-se que as RRH, elaboradas no seio da DGS e/ou da ACSS, para além de por vezes não respeitarem o princípio da auto-suficiência regional, apresentam uma natureza

³¹ Ao abrigo das suas atribuições e competências, a ERS realizou um estudo sobre as RRH que, em 2009, surgiam como regras de referenciação dos utentes a observar pelas instituições integradas no SNS. Pretendeu a ERS aferir se o não cumprimento de cada uma das RRH impactava com o efectivo respeito do direito fundamental de acesso dos utentes aos serviços públicos de cuidados de saúde. A este propósito podem ser consultados o estudo e o parecer publicados no sítio electrónico da ERS, em www.ers.pt.

³² Cfr. as RRH que foram elaboradas pela DGS e ACSS, e o Parecer e Recomendação da ERS de 2009, publicados no sítio electrónico da ERS, em www.ers.pt.

meramente programática e orientadora. Dessas RRH, algumas foram publicadas e objecto de homologação Ministerial (por intermédio de Despacho)³³, outras embora publicadas não foram objecto de homologação Ministerial³⁴ e, outras ainda, embora em número reduzido foram elaboradas, aprovadas e ordenadas pelas ARS para cumprimento pelos estabelecimentos hospitalares³⁵.

Daqui resulta o reconhecimento da necessidade de cada uma das ARS, por si e em concertação de esforços, se organizar, estruturar, publicitar e ordenar para cumprimento, pelos estabelecimentos do SNS das suas áreas geográficas, as RRH ou outras redes e regras julgadas necessárias ao cumprimento do carácter da universalidade e generalidade do SNS³⁶.

Note-se que foram entretanto publicadas, no sítio electrónico da ACSS, cinco novas RRH já objecto de aprovação Ministerial³⁷ e que, na realidade, face ao seu conteúdo e processo de elaboração, permitem hoje concluir que não resultam de uma análise circunscrita à realidade regional, para se revelarem, à semelhança das demais entretanto já analisadas no ano de 2009, como regras de âmbito nacional.

Por último, e no que respeita à obrigação das unidades hospitalares integradas no SNS referenciarem os doentes, resulta do disposto na cláusula 13.^a da minuta base dos contratos programa para o triénio 2007-2009, sob a epígrafe “Referenciação de utentes”,

³³ Incluem-se aqui a RRH de Infecçiology – aprovada em 18/07/2001, a RRH de Gastrenterologia – aprovada em 16/06/2008, a RRH Materno-Infantil – aprovada em 26/04/2001, a RRH de Intervenção Cardiológica – aprovada em 08/10/1999 e em 18/07/2001, a RRH de Imunoalergologia – aprovada em 01/03/2002, a RRH de Medicina Física e de Reabilitação – aprovada em 26/03/2002, a RRH de Neurologia – aprovada em 18/07/2001, a RRH de Nefrologia – aprovada em 26/03/2002, a RRH de Oncologia e Oncologia pediátrica – aprovada em 17/01/2002, a RRH de Reumatologia – aprovada em 07/04/2000 e em 26/03/2002, e, finalmente, a RRH de Urgência e Emergência – aprovada em 14/11/2001.

³⁴ Incluem-se aqui as RRH de Anatomia Patológica, de Cuidados Intensivos, de Angiologia e Cirurgia Vasculuar, de Endocrinologia, de Genética Médica, de Oftalmologia, de Psiquiatria e Saúde Mental, de Transplantação e de Urologia.

³⁵ Vide, por exemplo, que a ARS Norte, em 19 de Dezembro de 2007, elaborou, aprovou e ordenou o cumprimento de uma Rede de Referenciação em Oftalmologia no Serviço de Urgência.

³⁶ Atenta a realidade verificada quanto às RRH conhecidas aquando da análise da ERS em 2009, afigurava-se relevante, em prol da defesa da *transparência, da eficiência e da equidade do sector, bem como a defesa do interesse público e dos interesses dos utentes*, e da *organização e [do] desempenho dos serviços de saúde do SNS* - alíneas a) e c) do artigo 37.º do Decreto-Lei n.º 127/2009 –, propor a adopção de regras claras, precisas e objectivas quanto à referenciação hospitalar. Note-se que, além das conclusões sumariamente aqui assumidas, foi igualmente recomendado pela ERS a todas as ARS *para definirem, publicitarem e ordenarem para cumprimento por parte dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde envolvidos, as RRH que se apresentem como necessárias nas suas áreas de influência*.

³⁷ A este respeito, note-se que as RRH de Dermatologia, de Pneumologia, de Otorrinolaringologia e de Medicina Nuclear foram objecto de despacho ministerial em 27 de Abril de 2011 e a RRH de Psiquiatria da Infância e da Adolescência conheceu o respectivo despacho ministerial em 15 de Junho de 2011.

que as mesmas se obrigam “[...] a realizar as prestações de saúde adequadas ao estado de saúde dos utentes, podendo referenciá-los para outras unidades de saúde”.

Na verdade, a referenciação de doentes deve ser assegurada para outras unidades hospitalares integradas no SNS quer quando a valência médica em que as prestações de saúde se qualificam não se inclua no respectivo perfil assistencial, de acordo com as redes de referenciação em vigor, quer quando se verifique a inexistência ou insuficiência de capacidade técnica. Mas da referida cláusula resulta não só a obrigatoriedade das unidades hospitalares referenciarem os utentes, mas também a obrigatoriedade de uma unidade hospitalar de referência aceitar receber os utentes transferidos de outros hospitais. Tal obrigação de aceitação verifica-se naquelas situações em que as unidades referenciadoras de utentes não disponham de nível de referenciação adequado e ou de capacidade técnica³⁸.

Contudo, deve aqui referir-se que tem tipicamente sido incumbência das ARS “garantir à população da respectiva área geográfica de intervenção o acesso à prestação de cuidados de saúde, adequando os recursos disponíveis às necessidades e cumprir e fazer cumprir políticas e programas de saúde na sua área de intervenção”³⁹.

E é para cumprimento de tal atribuição fundamental que as ARS são dotadas de um extenso elenco de atribuições como, entre outras, “assegurar o planeamento regional dos recursos humanos, financeiros e materiais”, e ainda “assegurar a adequada articulação entre os serviços prestadores de cuidados de saúde de modo a garantir o cumprimento da rede de referenciação”⁴⁰.

A este propósito, e por último, afigura-se conveniente esclarecer que sempre haverá uma distinção a fazer entre o que seja ou deva constituir um *planeamento estratégico* dos

³⁸ A obrigação de referenciação é ainda evidenciada pelo legislador como obrigação determinante no cumprimento dos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) na prestação de cuidados de saúde. A esse respeito o artigo 4.º a Lei n.º 41/2007, de 24 de Agosto, estabelece a obrigação dos estabelecimentos do SNS de “**Informar os utentes, sempre que for necessário acionar o mecanismo de referenciação entre os estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde, sobre o tempo máximo de resposta garantido para lhe serem prestados os respectivos cuidados no estabelecimento de referência, nos termos previstos na alínea anterior**” – destaque nosso. Já no Anexo n.º 2 da Portaria n.º 1529/2008, de 26 de Dezembro, foi ali determinado, enquanto direito do utentes no acesso aos cuidados de saúde, que o mesmo deve obrigatoriamente “**Ser informado pela instituição prestadora de cuidados quando esta não tenha capacidade para dar resposta dentro do TMRG aplicável à sua situação clínica e de que lhe é assegurado serviço alternativo de qualidade comparável e no prazo adequado, através da referenciação para outra entidade do SNS ou para uma entidade do sector privado convencionado [...]**” – destaque nosso.

³⁹ Cfr. n.º 1 do artigo 3.º da Lei Orgânica das ARS, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 22/2012, de 30 de Janeiro, e que ademais corresponde na essência ao n.º 1 do artigo 3.º da anterior Lei Orgânica das ARS, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 222/2007, de 29 de Maio.

⁴⁰ Cfr. als. g) e n) n.º 2 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 22/2012, de 30 de Janeiro.

recursos em saúde, designadamente tendo em consideração os factores fundamentais como equidade no acesso, qualidade dos cuidados e boa governança, e aquilo que necessariamente se deverá reconduzir a um *planeamento operacional*, de características mais aproximadas aos próprios locais da prestação dos cuidados, e que visa garantir a boa adequação do planeamento estratégico à realidade concreta e local, assim operacionalizando aquele.

3.4. As áreas de influência

A definição de uma área de influência é essencial para um planeamento hospitalar apropriado, uma vez que associa – de forma organizada e geograficamente definida – populações residentes às unidades hospitalares da Rede Hospitalar, permitindo que a capacidade assistencial e a especialização de um hospital sejam adequadas às necessidades das populações.

As áreas de influência dos hospitais, tal como existem actualmente, podem ser primárias/directas ou secundárias/indirectas. A área de influência indirecta de um hospital engloba todas as populações cobertas pelas áreas de influência primárias dos hospitais que referenciam utentes para o hospital em causa. Por seu turno, a área de influência primária de um hospital abrange a população que reside em torno do hospital, numa região pré-definida, seja por via contratual (como no caso das PPP, por exemplo), por referência legal (como no caso das ULS, por exemplo) ou mesmo por regulamento interno do hospital.

Refira-se, como exemplo de uma área de influência primária definida por regulamento interno, a área de influência do Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE: segundo o número 2 do artigo 6.º do regulamento interno do Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE, “*A área de influência a que está adstrito no SNS, é constituída prioritariamente pelos concelhos de Guimarães, Fafe, Cabeceiras de Basto, Celorico de Basto, Vizela e Felgueiras*”⁴¹. Esta definição pode ser considerada exemplar para a caracterização de uma área de influência primária típica, pois, exceptuando o caso contratual das PPP e respeitando-se as delimitações das áreas de actuação das ARS, as áreas de influência primárias indicam as populações que cada hospital deve abranger, mas sem impedimento do acesso de utentes não cobertos pelas áreas de influência, fundamentalmente para que a liberdade de escolha dos utentes seja globalmente garantida.

⁴¹ Conforme resposta do Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE, ao pedido de informação da ERS de 6 de Fevereiro de 2012 efectuado para a recolha de elementos essenciais para a concretização da Carta Hospitalar.

A esse propósito, citem-se os exemplos do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE ou do Hospital Infante D. Pedro (Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE), demonstrativos da existência de liberdade de escolha evidenciada pelo facto de tais hospitais atenderem utentes que residem fora das suas áreas de influência primárias. Com efeito, e de acordo com as respostas recebidas pela ERS ao pedido de informação enviado aos hospitais do SNS para a concretização da Carta Hospitalar no dia 6 de Fevereiro de 2012⁴²:

- Cerca de 30% dos utentes referenciados por Centros de Saúde para primeiras consultas no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, são referenciados de fora da sua área de influência primária; e
- Quase 10% dos utentes referenciados por Centros de Saúde para primeiras consultas no Hospital Infante D. Pedro são referenciados por Centros de Saúde que não são abrangidos pela área de influência primária do hospital.

Por seu turno, importa ressaltar que alguns hospitais não têm áreas de influência primárias bem delimitadas, o que pode potencialmente resultar em desorganização na referenciação dos utentes, com consequentes atrasos e má referenciação, em prejuízo do acesso dos utentes aos cuidados de saúde hospitalares. Se, por um lado, há hospitais que têm áreas de influência definidas detalhadamente e com elevado rigor, inclusive ao nível de freguesias – como no caso do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, apesar das delimitações da sua área de influência primária não ser seguida com o mesmo rigor -, por outro lado evidencia-se incerteza relativamente às populações abrangidas por alguns hospitais.

Neste sentido, torna-se necessário definir claramente as áreas de influência dos hospitais, com vista à melhor organização e adequação dos hospitais para um maior acesso dos utentes aos cuidados de saúde hospitalares e à melhor satisfação das suas necessidades, sendo que tal definição não deve ser determinante para o acesso dos utentes aos cuidados de saúde, mas apenas indicativo da referenciação ideal dos utentes, tendo em conta o tipo, a capacidade e o grau de especialização de cada hospital, bem como a distribuição geográfica dos hospitais.

3.5. O Plano Nacional de Saúde

A noção de planeamento hospitalar em Portugal remete para uma reflexão sobre o Plano Nacional de Saúde (PNS), que “*é um instrumento estratégico, que permite o alinhamento*

⁴² Foram enviados concretamente 63 ofícios e foram recebidas 62 respostas (não houve resposta da ARSLVT).

das políticas de saúde, de forma coerente e fundamentada, com o objectivo de maximização dos ganhos em saúde para a população”, de acordo com a secção I.2.3. do Capítulo I da Lei n.º 3-A/2010, de 28 de Abril, das Grandes Opções do Plano para 2010-2013.

Esta natureza de instrumento estratégico esteve na base do PNS 2004-2010, onde se afirmava que o PNS se tratava de um *“instrumento fundamental de gestão [funcionando como] uma verdadeira alavanca com orientações estratégicas destinadas a sustentar – política, técnica e financeiramente – o Sistema Nacional de Saúde”*, e está também na génese do actual PNS 2011-2016, onde se reconhece que o PNS é um *“documento de orientação estratégica, política, técnica e financeira do Sistema de Saúde nacional”*.

Neste contexto, importa realçar que o PNS nunca pretendeu posicionar-se ao nível da concretização do planeamento das redes de prestação de cuidados de saúde. No caso do PNS 2004-2010, previa-se que a sua concretização passasse pela *“implementação gradual dos diversos Programas de índole nacional”*, enquanto que o PNS 2011-2016 é explícito ao afirmar-se como documento estratégico e de orientação enquadradora de níveis de planeamento nacionais e regionais, reconhecendo designadamente a necessidade de Planos Regionais de Saúde.⁴³

Assim, o PNS visa fixar pressupostos de base e metas para o sistema de saúde em termos de performance global, que devem orientar os necessários níveis de planeamento mais específicos, nos quais se insere a concretização de uma Carta Hospitalar por região, como se apresenta no presente relatório.

3.6. Conclusão

Não obstante as tentativas que foram sendo encetadas de elaboração de uma Carta Hospitalar ao longo do tempo, a realidade existente mostrou-se sempre diferente daquela definida em diplomas e documentos elaborados por diversos grupos de trabalho, cujas regras aí definidas nunca chegaram a ser plenamente implementadas, resultando, assim, numa ausência de clarificação das tipologias hospitalares que se encontram hoje efectivamente aplicadas, tampouco resultando numa clarificação das áreas de influência

⁴³ Esta necessidade também consta das recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) emitidas na sequência da avaliação externa do Plano Nacional de Saúde 2004-2010 – OMS, Evaluation of the National Health Plan of Portugal 2004–2010, 2010 (documento disponível em http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/2010-11-09_WHO-NHP.pdf). Note-se que o PNS 2011-2016 não está ainda aprovado, conhecendo-se apenas a versão para discussão pública.

dos hospitais, que são definidas ora por via contratual, ora por referência legal e ora por regulamentos internos dos hospitais, havendo ainda casos de indefinição.

Por outro lado, constatou-se a existência de uma linha de continuidade na evolução conceptual da rede hospitalar, assente numa estrutura hierárquica com previsão de dois, três ou quatro níveis (ou tipologia) de prestação de cuidados hospitalares (dos mais básicos aos mais diferenciados), e com necessidade de previsão de mecanismos de referenciação que permitissem o correcto encaminhamento dos utentes entre tais diferentes níveis de cuidados.

Por seu turno, todos os estudos de planeamento e organização hospitalar passados, de âmbito nacional ou regional, evidenciam uma séria dificuldade de implementação dos princípios estabelecidos, sendo portanto essencial que qualquer planeamento passe quer pela sua (ainda que relativa) simplicidade, quer pela clareza e compreensão da realidade.

A definição de tipologias hospitalares deve, portanto, obedecer a parâmetros de simplicidade e transparência, sem *ratios* normativistas, e que tenham na sua base uma perspectiva quer de eficiência de funcionamento do sistema, quer de consideração do utente como o “centro do sistema”. É essencial que qualquer planeamento hospitalar passe quer pela sua (ainda que relativa) simplicidade, quer pela sua clareza e demonstração de compreensão da realidade. Só assim será exequível a sua implementação com menor grau de dificuldade, por se afigurar compreendida pelos agentes relevantes e não suscitar reacções adversas que sempre resultam de planeamentos exógenos àqueles que localmente os devem executar.

Nesse sentido, e conforme melhor se expõe na secção 6.2.1, constatou-se que apenas se justificará hoje a existência de dois tipos hospitalares, a saber, aqueles que constituem os **hospitais de primeira linha**, isto é, a primeira porta de entrada dos utentes nos cuidados hospitalares do SNS, e uma segunda linha, ou seja, os **hospitais de referência**, e que são aqueles que, para além funcionarem como hospitais de primeira linha relativamente às populações da sua área de influência primária, visam responder àquelas situações mais ou altamente diferenciadas, para onde os utentes serão referenciados quando os hospitais de primeira linha não sejam capazes de prover os cuidados que concretamente sejam necessários em função da gravidade ou complexidade das patologias.

A estes dois tipos, que constituirão a regra, poderá excepcionalmente e na base, adicionar-se o conceito de **hospitais de proximidade**, quando concretamente especiais necessidades de cuidados de saúde de proximidade sejam identificados e que os justifiquem. Dão-se aqui por exemplo as situações em que a acessibilidade geográfica ou

temporal a um hospital de primeira linha sejam menos favoráveis, em que os hospitais de proximidade visarão prover um ponto de acesso de maior proximidade para cuidados de base a populações mais desfavorecidas, em que sejam prestados alguns cuidados de saúde hospitalares (em internamento ou em ambulatório), a utentes na fase aguda da doença. Tais hospitais de proximidade não devem, porém, ser confundidos com aquelas unidades (por vezes igualmente denominadas por “hospitais”) que se integram nomeadamente na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, ou que visam proceder a tratamentos específicos (por exemplo, tratamentos termais), e que como tal visam apenas tratar doentes em fase crónica de doença e ou com necessidades combinadas de prestações de saúde e de apoio social. Ou seja, integram-se neste conceito de hospitais apenas e somente aquelas unidades que efectivamente possuem capacidade para tratamento de doentes em fase aguda.

Finalmente, considerando que o PNS reconhece a necessidade de Planos Regionais de Saúde, evidencia-se que a concretização de uma Carta Hospitalar por região, como se apresenta no presente relatório, tem carácter complementar ao PNS.

4. A procura e a utilização dos cuidados hospitalares

No presente capítulo é analisado o acesso realizado aos serviços da Rede Hospitalar com Financiamento Público. Considera-se “acesso realizado” a efectiva utilização dos cuidados de saúde. Esta utilização resulta necessariamente do encontro entre procura de cuidados e acesso à sua oferta, pelo que se pode considerar que indicadores de utilização de cuidados de saúde serão parcialmente uma *proxy* da procura realizada.

Todavia, esta *proxy* não é perfeita pelo facto de ser afectada por eventuais restrições ao acesso realizado decorrentes de insuficiências do lado da oferta. De facto, em algumas regiões a utilização poderá não revelar toda a procura mas somente aquela que é satisfeita pela rede hospitalar, em face de poder não existir oferta de determinados bens e serviços de saúde. Isto significa que nessas regiões embora exista procura, a mesma não se efectiva em utilização de bens e serviços de saúde, face à escassez ou inexistência de oferta.

Assim, são seguidamente apresentados alguns indicadores de utilização de serviços hospitalares programados (de natureza não urgente), absolutos e relativos à população residente, cobrindo concretamente os serviços de consultas externas⁴⁴, de internamento de agudos e de cirurgias programadas, por especialidades, sendo dado ênfase às discrepâncias regionais na utilização destes serviços.

4.1. Consultas hospitalares

Nesta secção apresentam-se os principais indicadores de utilização de primeiras consultas hospitalares no SNS em 2011, calculados com base em informação registada no sistema “Consulta a Tempo e Horas” (CTH), remetidos pela ACSS em Março de 2012.

Cumprе assinalar que quando foi criado, o sistema CTH assentava no estabelecimento de um sistema electrónico através do qual seria efectuada a referenciação dos pedidos de primeira consulta de especialidade hospitalar, inscritos pelos médicos de família dos centros de saúde. Em Junho de 2010, foi anunciado que ainda durante esse ano passariam também a ser referenciados via CTH os pedidos de primeira consulta de

⁴⁴ No caso das consultas externas, além de indicadores de utilização são também apresentados números de consultas pedidas (i.e., inscritas no sistema Consulta a Tempo e Horas). Trata-se de um indicador mais fiel da procura realizada destes serviços.

especialidade hospitalar originados nos hospitais⁴⁵.

Todavia, o que se verifica é que na informação remetida pela ACSS consta a indicação de um total de 799.801 primeiras consultas em 2011, número bastante inferior àquele publicado pela própria ACSS (no seu *website*) relativo às primeiras consultas nos hospitais do SNS em 2010, que ascendia a 3.230.977. Assim, a informação de primeiras consultas do CTH apenas revelará as eventuais diferenças regionais ao nível da utilização deste serviço hospitalar, não dando um imagem real do volume de consultas, total e *per capita*, em cada região.

Por esse motivo, foi também analisada informação estatística sobre todas as consultas (primeiras e de seguimento) dos hospitais do SNS em 2010, publicada pela ACSS, a qual naturalmente se presume completa e fidedigna.

Começando então pela informação proveniente do CTH, verifica-se que de todas as consultas registadas neste sistema, 50% foram realizadas em hospitais da região Norte. Naturalmente, a comparação entre o número total de consultas nas diferentes regiões tem pouco significado uma vez que se tratam de regiões com populações de dimensão muito diferente. Nesse sentido, é mais interessante a comparação com indicadores de base populacional, como o número de consultas por 1.000 habitantes. Assim, com base neste indicador verifica-se que o Norte é, de facto, a região do país onde a utilização de consultas hospitalares é mais relevante (107,4 consultas por cada 1.000 habitantes). No extremo oposto está a região do Algarve, com uma média de menos de metade das consultas por habitantes relativamente ao Norte. Com efeito, este indicador, embora de construção simples e bastante agregado, revela significativas discrepâncias na utilização deste tipo de serviços de saúde.

Tabela 4.1 – Indicadores de utilização de primeiras consultas hospitalares (registadas no CTH⁴⁶)

Região	Total de consultas	% do total nacional	Consultas por 1.000 habitantes
Norte	396.122	50%	107,4
Centro	127.481	16%	73,1
Alentejo	31.377	4%	61,4
LVT	222.451	28%	61,0
Algarve	21.810	3%	48,4
Portugal continental	799.241	100%	79,6

⁴⁵ Vide “Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde no SNS” de Junho de 2010, do Ministério da Saúde.

⁴⁶ Conforme dados de 2011 fornecidos pela ACSS em Março de 2012.

Observando como estas consultas inscritas no CTH se distribuem por especialidades, verificamos que a Oftalmologia lidera de forma marcada a produção de primeiras consultas hospitalares no SNS. Numa listagem composta por 41 especialidades, as especialidades de cirurgia geral, obstetrícia, pediatria, neurologia, medicina interna e infecciologia (designada na listagem por doenças infecciosas) ocupam, respectivamente, as 2.^a, 8.^a, 9.^a, 14.^a, 15.^a e 30.^a posições em termos do número de primeiras consultas hospitalares. Esta ordenação sofre algumas alterações numa análise estratificada por regiões, sendo assinalável, por exemplo, na região do Alentejo uma inversão das posições entre pediatria (que desce) e medicina interna (que sobe), provavelmente acompanhando a especificidade da estrutura etária da população daquela região. Todavia, no geral não parece existir uma heterogeneidade regional relevante ao nível da representatividade das diferentes especialidades na produção de consultas hospitalares no SNS.

Tabela 4.2 – Primeiras consultas hospitalares (registadas no CTH⁴⁷) realizadas por 1000 habitantes, por especialidade e região, em 2011

Especialidade	Alentejo	Algarve	Centro	LVT	Norte	Portugal continental
Oftalmologia	11,7	7,7	12,6	10,7	20,6	14,6
Cirurgia Geral	10,6	8,1	9,0	6,0	14,9	10,1
Ortopedia	5,8	3,4	9,7	6,2	15,0	9,9
Otorrinolaringologia	5,0	4,8	3,9	4,5	9,1	6,1
Ginecologia	3,2	4,0	4,5	4,2	7,2	5,3
Dermato-venereologia	2,6	3,3	6,0	4,9	5,1	5,0
Urologia	2,2	1,1	3,3	2,6	4,0	3,1
Obstetrícia	2,3	3,1	1,9	2,2	3,3	2,6
Pediatria	1,4	2,1	1,9	1,9	2,7	2,2
Psiquiatria	1,1	0,7	1,7	1,3	3,0	2,0
Gastrenterologia	0,2	2,6	2,2	2,1	1,8	1,9
Cardiologia	3,4	1,2	2,8	1,5	1,8	1,9
Angiologia e Cirurgia Vasculiar	0,2	0,0	0,4	1,4	3,0	1,7
Neurologia	1,2	0,9	1,5	1,5	1,8	1,6
Medicina Interna	2,2	2,1	1,8	0,9	1,9	1,6
Pneumologia	1,5	0,8	1,3	1,2	1,7	1,4
Estomatologia	1,5	0,9	1,8	0,5	2,1	1,4
Neurocirurgia	0,0	0,4	1,3	1,6	1,1	1,3
Endocrinologia	0,1	0,0	1,1	1,1	1,5	1,1
Cirurgia Plástica Reconstructiva	0,8	0,3	0,4	0,8	1,3	0,9
Medicina física e de reabilitação	1,4	0,1	0,6	0,6	1,0	0,8
Cirurgia Pediátrica	0,9	0,0	0,2	0,7	0,5	0,5
Imuno-alergologia	0,2	0,0	0,4	0,3	0,8	0,5

⁴⁷ Conforme dados fornecidos pela ACSS em Março de 2012.

Reumatologia	0,6	0,1	0,6	0,5	0,5	0,5
Hematologia Clínica	0,4	0,1	0,6	0,5	0,4	0,5
Nefrologia	0,4	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4
Oncologia Médica	0,1	0,0	0,0	0,1	0,3	0,2
Cirurgia Maxilo-facial	0,0	0,0	0,3	0,2	0,1	0,1
Anestesiologia	0,0	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1
Doenças Infecciosas	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
Cardiologia Pediátrica	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1
Imuno-hemoterapia	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Cirurgia Cabeça e Pescoço	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0
Psicologia	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
Genética Médica	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Neuropediatria	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cirurgia Cardio Torácica	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Risco Familiar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Urologia - Urologia Pediátrica	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Radioterapia	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Medicina Tropical	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Todas as especialidades	61,4	48,4	73,1	61,0	107,4	79,6

Na tabela 4.3 apresenta-se informação sobre o número de pedidos de primeira consulta hospitalar inscritos no CTH, o que será um indicador mais próximo da real dimensão da procura destes serviços do que a utilização. O indicador número de pedidos de consulta por cada 1.000 habitantes revela um posicionamento relativo das cinco regiões do continente idêntico ao que acontecia com as consultas efectivamente realizadas, com o Norte a destacar-se como a região onde a procura de primeiras consultas hospitalares será maior, e o Algarve a ocupar a última posição.

Existe também uma grande similaridade entre pedidos de consultas e consultas efectivamente realizadas ao nível do posicionamento das seis especialidades anteriormente referidas por grau de representatividade no total das especialidades.

Tabela 4.3 – Pedidos de primeira consulta hospitalar (inscritos no CTH) por 1000 habitantes, por especialidade e por região, em 2011

Especialidade	Alentejo	Algarve	Centro	LVT	Norte	Portugal continental
Oftalmologia	17,8	13,0	15,3	16,2	22,6	18,3
Cirurgia Geral	14,2	10,6	11,9	8,4	18,7	13,2
Ortopedia	10,0	7,2	12,0	8,4	15,5	11,6
Dermato-venereologia	3,5	5,8	8,8	7,8	6,9	7,3
Otorrinolaringologia	6,3	5,9	6,1	6,7	8,9	7,3
Ginecologia	5,5	7,3	6,2	6,6	8,2	7,1
Urologia	4,5	2,7	4,5	4,0	4,7	4,3
Obstetrícia	3,6	4,5	2,8	3,3	4,5	3,7
Psiquiatria	2,1	2,3	3,0	2,8	4,8	3,5

Gastrenterologia	1,3	3,3	3,7	3,5	2,7	3,1
Pediatria	2,0	3,0	2,9	3,0	3,4	3,1
Cardiologia	3,9	2,4	3,9	2,5	3,1	3,0
Neurologia	1,7	1,5	2,2	2,4	2,9	2,5
Medicina Interna	3,0	3,0	2,6	1,3	2,8	2,2
Estomatologia	1,8	1,4	3,0	0,8	3,1	2,1
Pneumologia	2,1	1,0	2,1	1,8	2,3	2,0
Neurocirurgia	0,1	1,8	1,8	2,5	1,6	1,9
Angiologia e Cirurgia Vascular	0,3	0,0	0,7	1,9	2,9	1,9
Endocrinologia	0,6	0,0	2,0	1,9	1,9	1,8
Cirurgia Plástica Reconstructiva	1,0	0,6	0,4	1,2	1,5	1,1
Reumatologia	1,1	0,6	0,9	0,8	0,9	0,9
Medicina física e de reabilitação	2,5	0,4	0,8	0,7	0,8	0,8
Cirurgia Pediátrica	1,2	0,0	0,4	1,0	0,9	0,8
Hematologia Clínica	0,7	0,0	1,0	0,7	0,7	0,7
Imuno-alergologia	0,6	0,0	0,6	0,6	1,0	0,7
Nefrologia	0,6	1,0	0,8	0,7	0,6	0,7
Oncologia Médica	0,2	0,0	0,0	0,3	0,4	0,3
Anestesiologia	0,1	0,2	0,3	0,2	0,3	0,2
Cirurgia Maxilo-facial	0,2	0,0	0,4	0,3	0,1	0,2
Doenças Infecciosas	0,0	0,0	0,1	0,2	0,1	0,1
Imuno-hemoterapia	0,1	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1
Cardiologia Pediátrica	0,2	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
Psicologia	0,1	0,0	0,0	0,2	0,0	0,1
Cirurgia Cabeça e Pescoço	0,0	0,0	0,1	0,2	0,0	0,1
Genética Médica	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
Cirurgia Cardio Torácica	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Neuropediatria	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
Risco Familiar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Urologia - Urologia Pediátrica	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Radioterapia	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Medicina Tropical	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Todas as especialidades	93,0	79,6	101,7	92,9	129,5	107,3

Com base na informação do CTH foi possível construir um indicador revelador, embora de forma imperfeita, da capacidade da rede hospitalar do SNS dar resposta aos pedidos de consultas nas diferentes regiões. Trata-se do rácio de primeiras consultas hospitalares realizadas sobre o número de pedidos dessas mesmas consultas. Este indicador não é perfeito porque a informação não permite ligar as consultas realizadas aos respectivos pedidos, podendo no espaço limitado de um ano ser realizadas consultas não constantes da lista de pedidos desse mesmo ano (por serem pedidos de anos anteriores), e ainda terem sido registados pedidos no final desse ano que com naturalidade apenas se concretizarão em consultas no ano seguinte.

Não obstante as cautelas decorrentes das limitações agora reconhecidas, é interessante verificar que também neste indicador se mantém a ordenação já referida das cinco regiões, i.e., sendo, por exemplo, a região Norte aquela em que há um maior número de pedidos de consultas e também de consultas efectivas por 1.000 habitantes, é igualmente a região onde o rácio consultas/pedidos é maior.

Tabela 4.4 – Rácio de primeiras consultas hospitalares realizadas no total de pedidos (inscritos no CTH), por especialidade e por região, em 2011

Especialidade	Alentejo	Algarve	Centro	LVT	Norte	Portugal continental
Medicina física e de reabilitação	57%	31%	78%	89%	126%	94%
Angiologia e Cirurgia Vascular	61%	-	59%	71%	106%	90%
Ortopedia	58%	47%	81%	74%	97%	85%
Otorrinolaringologia	80%	82%	65%	67%	102%	83%
Oftalmologia	66%	59%	82%	66%	91%	80%
Cirurgia Plástica Reconstructiva	79%	44%	81%	66%	90%	79%
Cirurgia Geral	74%	77%	75%	72%	80%	77%
Ginecologia	58%	55%	73%	64%	87%	75%
Urologia	48%	39%	75%	66%	85%	73%
Pediatria	69%	69%	67%	63%	80%	71%
Medicina Interna	73%	71%	69%	68%	71%	70%
Obstetrícia	63%	69%	66%	67%	72%	69%
Pneumologia	73%	75%	62%	67%	73%	69%
Imuno-alergologia	39%	-	73%	63%	73%	69%
Cirurgia Pediátrica	76%	-	69%	72%	61%	67%
Dermato-venereologia	74%	56%	68%	62%	73%	67%
Neurocirurgia	0%	25%	75%	65%	70%	66%
Estomatologia	84%	61%	61%	60%	67%	65%
Endocrinologia	25%	-	54%	59%	77%	65%
Neurologia	73%	62%	69%	63%	62%	64%
Hematologia Clínica	59%	440%	62%	68%	60%	64%
Cirurgia Maxilo-facial	0%	-	70%	66%	61%	64%
Cardiologia	87%	49%	72%	59%	58%	63%
Gastroenterologia	19%	78%	61%	60%	68%	63%
Doenças Infecciosas	44%	20%	72%	55%	69%	62%
Neuropediatria	-	-	58%	63%	53%	61%
Cirurgia Cabeça e Pescoço	-	-	74%	57%	-	60%
Nefrologia	58%	48%	63%	59%	57%	58%
Psiquiatria	52%	32%	58%	48%	62%	56%
Oncologia Médica	45%	25%	29%	52%	61%	56%
Reumatologia	54%	16%	63%	56%	56%	56%
Cardiologia Pediátrica	35%	0%	65%	51%	60%	55%
Anestesiologia	23%	62%	45%	38%	64%	52%
Cirurgia Cardio Torácica	-	-	-	58%	48%	51%

Risco Familiar	-	-	-	51%	-	51%
Genética Médica	43%	-	57%	69%	42%	49%
Psicologia	88%	40%	65%	39%	85%	47%
Imuno-hemoterapia	74%	0%	49%	61%	38%	42%
Radioterapia	-	-	-	31%	-	31%
Medicina Tropical	-	-	0%	17%	-	14%
Urologia - Urologia Pediátrica	-	-	-	-	12%	12%
Todas as especialidades	66%	61%	72%	66%	83%	74%

Analisando-se agora a informação sobre o total de consultas realizadas na rede hospitalar do SNS em 2010 (informação publicada pela ACSS), verifica-se que na generalidade as conclusões sobre diferenças regionais e por especialidades extraídas da informação proveniente do CTH se mantêm válidas, reforçando que a análise pelos dados do CTH, embora limitada a uma parte do universo das consultas, se revela como representativa para as análises aqui levadas a efeito. Talvez valha apenas notar a troca directa de posição entre as regiões do Alentejo (desce) e LVT (sobe) ao nível do número de consultas totais por habitante, face ao que se verifica com os dados do CTH, e um posicionamento mais destacado da especialidade medicina interna em termos do número total de consultas, passando de 15.^a especialidade com mais consultas para a 4.^a.⁴⁸

Tabela 4.5 – Consultas hospitalares realizadas, por especialidade e região, em 2010

Especialidade	Alentejo	Algarve	Centro	LVT	Norte	Portugal continental
Oftalmologia	49.056	27.697	176.395	296.951	321.903	872.002
Cirurgia Geral	42.732	22.308	148.165	267.430	325.111	805.746
Ortopedia	35.216	22.365	148.340	227.697	313.728	747.346
Medicina Interna	26.361	16.385	118.844	175.346	194.478	531.414
Imuno-hemoterapia	20.990	16.385	52.068	83.145	343.285	515.873
Pediatria	21.425	14.674	86.678	162.760	221.302	506.839
Ginecologia	11.740	13.240	115.792	154.357	176.907	472.036
Otorrinolaringologia	13.822	16.991	83.303	169.568	176.582	460.266
Psiquiatria	19.385	12.550	86.040	161.064	180.633	459.672
Cardiologia	21.441	8.815	81.709	221.811	118.629	452.405
Oncologia Médica	19.212	12.106	67.590	162.013	130.087	391.008
Obstetrícia	14.631	13.885	81.201	119.109	149.050	377.876
Urologia	13.682	6.346	79.912	120.101	123.037	343.078
Dermato-venereologia	9.569	15.823	73.322	136.406	92.958	328.078
Anestesiologia	10.057	10.273	52.924	117.097	129.674	320.025
Pneumologia	12.200	6.331	57.903	123.539	102.864	302.837
Medicina física e de reabilitação	13.387	7.438	48.251	121.284	96.290	286.650
Neurologia	5.426	3.947	60.137	101.998	112.601	284.109

⁴⁸ Note-se que a listagem de especialidades das consultas hospitalares no SNS é diferente nos dois conjuntos de informação aqui analisados.

Gastrenterologia	5.283	13.201	50.310	101.010	76.932	246.736
Estomatologia	6.544	2.523	60.726	49.332	100.466	219.591
Hematologia Clínica	3.289	11.448	48.916	69.088	69.810	202.551
Psicologia	11.957	7.937	25.923	94.451	62.119	202.387
Endocrinologia	679	0	33.713	88.367	77.981	200.740
Outras consultas por pessoal não médico	9.363	4.089	7.122	106.539	64.415	191.528
Nefrologia	3.756	7.948	19.148	66.062	61.510	158.424
Apoio Nutricional e Dietética (Não Médico)	6.722	4.936	19.495	42.506	78.647	152.306
Outras Especialidades/Médicos	10.528	1.915	23.554	44.568	49.302	129.867
Doenças Infecciosas	1.712	5.347	17.119	51.287	38.085	113.550
Cirurgia Plástica Reconstructiva	6.085	2.483	10.081	50.625	39.649	108.923
Angiologia e Cirurgia Vascular	760	0	9.939	50.386	45.445	106.530
Imuno-alergologia	4.814	1.321	15.636	42.881	41.620	106.272
Neurocirurgia	210	2.161	17.788	48.810	35.489	104.458
Radioterapia	1.278	120	21.031	37.503	33.829	93.761
Reumatologia	691	1.522	15.706	36.709	28.624	83.252
Cirurgia Pediátrica	2.966	1.288	8.841	28.917	22.117	64.129
Saúde do Pessoal	2.844	5.166	15.888	22.518	13.200	59.616
Diabetologia	5.872	5.541	21.848	12.875	1.664	47.800
Neonatologia	1.087	855	4.353	13.455	16.574	36.324
Consultas de Grupo	0	0	3.257	9.889	20.849	33.995
Cirurgia Cardio Torácica	0	0	3.973	17.997	9.947	31.917
Senologia	4.838	7.373	0	14.069	3.839	30.119
Neuropediatria	695	0	11.489	4.822	6.367	23.373
Cardiologia Pediátrica	678	416	7.004	11.480	2.802	22.380
Genética Médica	175	0	13.643	5.006	3.251	22.075
Consultas de Atendimento não Programado	0	0	0	8.929	11.863	20.792
Cirurgia Maxilo-facial	262	0	7.395	6.622	1.777	16.056
Hipertensão	553	490	1.992	8.388	2.592	14.015
Cirurgia Cabeça e Pescoço	0	0	2.438	7.834	2.631	12.903
Hepatologia	881	1.369	476	6.008	4.046	12.780
Transplantes de Medula	0	0	0	4.372	5.727	10.099
Consulta Multi-Disciplinar	0	0	452	350	4.653	5.455
Medicina Nuclear	0	0	2.357	2.724	99	5.180
Braquiterapia	0	0	0	506	2.241	2.747
Imunologia	0	0	0	2.128	0	2.128
Proctologia	0	0	0	1.530	0	1.530
Neuroftalmologia	83	0	0	1.198	0	1.281
Psicoterapia	0	0	0	50	0	50
Todas as especialidades	454.937	337.008	2.120.187	4.093.467	4.349.281	11.354.880

Tabela 4.6 – Consultas hospitalares realizadas por 1000 habitantes, por especialidade e região, em 2010

Especialidade	Alentejo	Algarve	Centro	LVT	Norte	Portugal continental
Oftalmologia	9,6	6,1	10,1	8,1	8,7	8,7
Cirurgia Geral	8,4	5,0	8,5	7,3	8,8	8,0
Ortopedia	6,9	5,0	8,5	6,2	8,5	7,4
Medicina Interna	5,2	3,6	6,8	4,8	5,3	5,3
Imuno-hemoterapia	4,1	3,6	3,0	2,3	9,3	5,1
Pediatria	4,2	3,3	5,0	4,5	6,0	5,0
Ginecologia	2,3	2,9	6,6	4,2	4,8	4,7
Otorrinolaringologia	2,7	3,8	4,8	4,7	4,8	4,6
Psiquiatria	3,8	2,8	4,9	4,4	4,9	4,6
Cardiologia	4,2	2,0	4,7	6,1	3,2	4,5
Oncologia Médica	3,8	2,7	3,9	4,4	3,5	3,9
Obstetrícia	2,9	3,1	4,7	3,3	4,0	3,8
Urologia	2,7	1,4	4,6	3,3	3,3	3,4
Dermato-venereologia	1,9	3,5	4,2	3,7	2,5	3,3
Anestesiologia	2,0	2,3	3,0	3,2	3,5	3,2
Pneumologia	2,4	1,4	3,3	3,4	2,8	3,0
Medicina física e de reabilitação	2,6	1,7	2,8	3,3	2,6	2,9
Neurologia	1,1	0,9	3,4	2,8	3,1	2,8
Gastroenterologia	1,0	2,9	2,9	2,8	2,1	2,5
Estomatologia	1,3	0,6	3,5	1,4	2,7	2,2
Hematologia Clínica	0,6	2,5	2,8	1,9	1,9	2,0
Psicologia	2,3	1,8	1,5	2,6	1,7	2,0
Endocrinologia	0,1	0,0	1,9	2,4	2,1	2,0
Outras consultas por pessoal não médico	1,8	0,9	0,4	2,9	1,7	1,9
Nefrologia	0,7	1,8	1,1	1,8	1,7	1,6
Apoio Nutricional e Dietética (Não Médico)	1,3	1,1	1,1	1,2	2,1	1,5
Outras Especialidades/Médicos	2,1	0,4	1,3	1,2	1,3	1,3
Doenças Infecciosas	0,3	1,2	1,0	1,4	1,0	1,1
Cirurgia Plástica Reconstructiva	1,2	0,6	0,6	1,4	1,1	1,1
Angiologia e Cirurgia Vascular	0,1	0,0	0,6	1,4	1,2	1,1
Imuno-alergologia	0,9	0,3	0,9	1,2	1,1	1,1
Neurocirurgia	0,0	0,5	1,0	1,3	1,0	1,0
Radioterapia	0,3	0,0	1,2	1,0	0,9	0,9
Reumatologia	0,1	0,3	0,9	1,0	0,8	0,8
Cirurgia Pediátrica	0,6	0,3	0,5	0,8	0,6	0,6
Saúde do Pessoal	0,6	1,1	0,9	0,6	0,4	0,6
Diabetologia	1,1	1,2	1,3	0,4	0,0	0,5
Neonatologia	0,2	0,2	0,2	0,4	0,4	0,4
Consultas de Grupo	0,0	0,0	0,2	0,3	0,6	0,3
Cirurgia Cardio Torácica	0,0	0,0	0,2	0,5	0,3	0,3
Senologia	0,9	1,6	0,0	0,4	0,1	0,3
Neuropediatria	0,1	0,0	0,7	0,1	0,2	0,2
Cardiologia Pediátrica	0,1	0,1	0,4	0,3	0,1	0,2

Genética Médica	0,0	0,0	0,8	0,1	0,1	0,2
Consultas de Atendimento não Programado	0,0	0,0	0,0	0,2	0,3	0,2
Cirurgia Maxilo-facial	0,1	0,0	0,4	0,2	0,0	0,2
Hipertensão	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1
Cirurgia Cabeça e Pescoço	0,0	0,0	0,1	0,2	0,1	0,1
Hepatologia	0,2	0,3	0,0	0,2	0,1	0,1
Transplantes de Medula	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,1
Consulta Multi-Disciplinar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
Medicina Nuclear	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1
Braquiterapia	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Imunologia	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
Proctologia	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Neuroftalmologia	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Psicoterapia	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Todas as especialidades	89,0	74,8	121,5	112,3	117,9	113,1

Esta informação do ano de 2010 permite o cômputo de um indicador adicional, que habitualmente é considerado como reflectindo uma importante componente do acesso aos serviços hospitalares do SNS. Trata-se da percentagem de primeiras consultas no total de consultas hospitalares. É assinalável uma grande proximidade das cinco regiões do continente ao nível deste indicador, com Alentejo e Algarve ainda assim a apresentarem a percentagem mais elevada e LVT a percentagem mais baixa.

Tabela 4.7 – Percentagem de primeiras consultas no total de consultas hospitalares, por especialidade e região, em 2010

Especialidade	Alentejo	Algarve	Centro	LVT	Norte	Portugal continental
Anestesiologia	87%	73%	62%	72%	75%	72%
Medicina Nuclear	-	-	52%	69%	93%	62%
Dermato-venereologia	36%	33%	38%	46%	44%	43%
Consultas de Grupo	-	-	42%	39%	42%	41%
Genética Médica	62%	-	32%	49%	53%	39%
Saúde do Pessoal	16%	11%	61%	28%	42%	38%
Outras Especialidades/Médicos	6%	4%	21%	10%	78%	37%
Ortopedia	42%	46%	39%	36%	36%	37%
Oftalmologia	35%	41%	39%	34%	38%	37%
Cirurgia Pediátrica	42%	65%	35%	34%	37%	36%
Neurocirurgia	52%	39%	41%	37%	32%	36%
Angiologia e Cirurgia Vascular	42%	-	34%	28%	43%	35%
Medicina física e de reabilitação	40%	33%	41%	31%	36%	35%
Neonatologia	24%	22%	45%	38%	29%	34%
Cirurgia Geral	39%	41%	35%	30%	35%	34%
Obstetrícia	42%	51%	29%	36%	31%	33%
Consultas de Atendimento não Programado	-	-	-	0%	58%	33%
Cirurgia Maxilo-facial	47%	-	28%	39%	27%	33%
Otorrinolaringologia	38%	39%	29%	34%	30%	32%

Neuroftalmologia	35%	-	-	32%	-	32%
Gastrenterologia	35%	25%	35%	29%	34%	32%
Ginecologia	39%	37%	30%	31%	32%	32%
Cardiologia Pediátrica	31%	39%	27%	33%	26%	30%
Outras consultas por pessoal não médico	36%	84%	43%	18%	44%	30%
Cirurgia Plástica Reconstructiva	19%	29%	22%	30%	30%	29%
Braquiterapia	-	-	-	12%	32%	28%
Urologia	28%	27%	25%	28%	26%	26%
Estomatologia	28%	40%	29%	25%	25%	26%
Pediatria	36%	26%	28%	25%	26%	26%
Cirurgia Cardio Torácica	-	-	30%	24%	29%	26%
Neurologia	33%	31%	28%	25%	24%	26%
Consulta Multi-Disciplinar	-	-	1%	9%	29%	25%
Apoio Nutricional e Dietética (Não Médico)	26%	25%	26%	27%	24%	25%
Cardiologia	20%	35%	29%	18%	23%	22%
Pneumologia	23%	25%	27%	21%	19%	22%
Medicina Interna	29%	31%	23%	19%	19%	21%
Endocrinologia	47%	-	20%	19%	22%	21%
Senologia	26%	18%	-	17%	31%	21%
Psicoterapia	-	-	-	20%	-	20%
Imuno-alergologia	17%	21%	21%	19%	19%	20%
Hepatologia	17%	13%	41%	22%	14%	19%
Reumatologia	43%	21%	22%	19%	16%	19%
Radioterapia	55%	91%	10%	26%	12%	18%
Psicologia	16%	18%	18%	11%	26%	17%
Cirurgia Cabeça e Pescoço	-	-	15%	18%	14%	17%
Neuropediatria	13%	-	16%	17%	18%	17%
Psiquiatria	14%	14%	17%	13%	20%	16%
Proctologia	-	-	-	16%	-	16%
Doenças Infecciosas	13%	8%	22%	15%	13%	15%
Hipertensão	20%	24%	13%	14%	16%	15%
Diabetologia	17%	15%	12%	14%	14%	14%
Imuno-hemoterapia	17%	15%	9%	25%	10%	13%
Nefrologia	12%	15%	17%	12%	11%	12%
Oncologia Médica	21%	8%	7%	8%	16%	11%
Imunologia	-	-	-	11%	-	11%
Hematologia Clínica	11%	8%	11%	9%	10%	10%
Transplantes de Medula	-	-	-	5%	4%	5%
Todas as especialidades	31%	31%	29%	27%	29%	28%

4.2. Internamentos

Para a caracterização da procura efectivamente realizada de cuidados em internamento, teve-se em consideração todos os episódios de internamento classificados por Grupos de

Diagnósticos Homogéneos (GDH)⁴⁹ realizados nas unidades hospitalares do SNS. Para a referida análise, foi utilizada a base de dados dos registos de alta dos hospitais do SNS fornecida pela ACSS.

Após identificação do número de episódios por GDH, por cada unidade hospitalar, foram os mesmos agregados nas respectivas Grandes Categorias de Diagnósticos (GCD) e por regiões de saúde.

Em regra o período de análise considerado foi o ano de 2010. No entanto, constatou-se que para algumas unidades hospitalares, designadamente aquelas integradas em centros hospitalares ou ULS, os dados desagregados por unidade não se encontravam disponíveis. Nestes casos, analisou-se para cada uma dessas unidades o ano mais recente em que tais dados ainda se encontravam disponíveis⁵⁰.

Na tabela 4.8 apresenta-se a distribuição dos episódios de internamento constantes das bases da ACSS por regiões, e ainda o rácio de episódios por 1.000 habitantes. Este rácio é o que determina a ordenação das regiões, verificando-se o rácio mais elevado no Algarve e o mais baixo no Alentejo. A marcada diferença entre a posição relativa das cinco regiões ao nível dos serviços de internamento e aquela que se verificou no caso das consultas hospitalares (*vide* sobretudo os caso de Algarve e Norte) indicia que a utilização de serviços hospitalares do SNS pelas populações difere regionalmente ao nível do *mix* de tipos de serviços. Poderá estar, eventualmente, aqui em causa algum efeito de substituição entre serviços de internamento e de ambulatório (naturalmente aplicável às situações de doença que não exigem cirurgia, para as quais o internamento e a consulta externa poderão realisticamente ser substitutos).

⁴⁹ A classificação por GDH foi construída com o intuito de permitir definir operacionalmente os produtos de um hospital, que mais não são do que o conjunto de bens e serviços que cada doente recebe em função das suas necessidades e da patologia que o levou ao internamento e como parte do processo de tratamento definido. Com a evolução do registo de todos os actos praticados dentro do processo produtivo, a base de dados foi acrescentada tendo em consideração, não só o internamento, como o ambulatório – cfr. Portal de codificação e do GDH disponível em:

[http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Grupos_de_Diagn%C3%B3sticos_Homog%C3%A9neos_\(GDH\)](http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Grupos_de_Diagn%C3%B3sticos_Homog%C3%A9neos_(GDH)).

⁵⁰ Na maioria dos casos o ano em causa correspondia ao ano anterior à criação do centro hospitalar ou ULS.

Tabela 4.8 – Indicadores de utilização de internamentos hospitalares em 2010

Região	Total de internamentos	% do total nacional	Internamentos por 1000 habitantes
Algarve	88.636	5%	196,8
LVT	711.926	40%	195,3
Centro	303.120	17%	173,7
Norte	598.755	34%	162,3
Alentejo	74.499	4%	145,8
Portugal continental	1.776.936	100%	177,0

Atentando agora à informação sobre as consultas agregadas por GCD, comparou-se o peso relativo dos grupos de diagnósticos no total de internamentos com as características epidemiológicas de cada região, apresentadas no capítulo 2.

Tabela 4.9 – Total de internamentos agrupados por GCD na região Norte

GCD	Designação	Total	%
GCD 17	Doenças e Perturbações Mieloproliferativas e Mal-diferenciadas	140.128	23,40%
GCD 11	Doenças e Perturbações do Rim e do Aparelho Urinário	54.676	9,13%
GCD 14	Gravidez, Parto e Puerpério	37.653	6,29%
GCD 5	Doenças e Perturbações do Aparelho Circulatório	36.685	6,13%
GCD 6	Doenças e Perturbações do Aparelho Digestivo	36.355	6,07%
GCD 2	Doenças e Perturbações do Olho	36.119	6,03%
GCD 8	Doenças e Perturbações do Sistema Músculo-esquelético e Tecido Conjuntivo	35.714	5,96%
GCD 4	Doenças e Perturbações do Aparelho Respiratório	33.873	5,66%
GCD 15	Recém-nascidos e Lactentes com Afeções do Período Perinatal	32.864	5,49%
GCD 1	Doenças e Perturbações do Sistema Nervoso	27.832	4,65%
GCD 9	Doenças e Perturbações da Pele, Tecido Celular Subcutâneo e Mama	22.900	3,82%
GCD 3	Doenças e Perturbações do Ouvido, Nariz, Boca e Garganta	21.694	3,62%
GCD 13	Doenças e Perturbações do Aparelho Genital Feminino	20.723	3,46%
GCD 7	Doenças e Perturbações do Sistema Hepatobiliar e Pâncreas	17.082	2,85%
GCD 10	Doenças e Perturbações Endócrinas Nutricionais e Metabólicas	8.308	1,39%
GCD 12	Doenças e Perturbações do Aparelho Genital Masculino	7.683	1,28%
GCD 19	Doenças e Perturbações Mentais	6.610	1,10%
GCD 23	Factores com Influência no Estado de Saúde e Outros Contactos com os Serviços de Saúde	6.404	1,07%
GCD 18	Doenças Infecciosas e Parasitárias (Sistémicas ou de Localização Não Específica)	4.277	0,71%
GCD 21	Traumatismos, Intoxicações e Efeitos Tóxicos de Drogas	3.070	0,51%
GCD 16	Doenças e Perturbações do Sangue/Órgãos Hematopoiéticos e Doenças Imunológicas	2.601	0,43%
-	Grupos com Procedimentos no Bloco Operatório Não Relacionados com o Diagnóstico Principal	1.315	0,22%
GCD 20	Uso de Álcool/Droga e Perturbações Mentais Orgânicas Induzidas por Álcool ou Droga	1.161	0,19%
GCD 0	(Pré-Grandes Categorias Diagnósticas)	1.010	0,17%
GCD 24	Infeções pelo Vírus da Imunodeficiência Humana	1.001	0,17%
GCD 25	Traumatismos Múltiplos Significativos	521	0,09%
GCD 22	Queimaduras	495	0,08%
-	Grupos de Erro	1	0,00%
Total		598.755	

A região de saúde do Norte, tal como visto na secção anterior, apresentou a taxa mais elevada de incidência de doença relativa ao tumor maligno/cancro, de acordo com o INS 05/06, relativamente às restantes regiões de saúde e ao Continente. De acordo com análise do total de GDH agrupado por GCD, na referida região de saúde, e com base na

tabela *supra*, constatou-se que a GCD 17 – Doenças e Perturbações Mieloproliferativas e Mal-diferenciadas encontra-se no primeiro lugar de todas as GCD em termos de número de actos realizados. Importa notar que a GCD 17 engloba, por exemplo, a realização de tratamentos como a radioterapia e quimioterapia, tratamentos esses que normalmente se realizam num contexto de tumor maligno/cancro.

Note-se ainda que a região Norte viu a sua população com tensão arterial alta aumentar, entre o INS 98/99 e INS 05/06, em 4,9 p.p., pelo que também pode justificar que a GCD 5 – Doenças e Perturbações do Aparelho Circulatório se apresente como uma das GCD com mais actos realizados.

Ademais, para a doença reumática e osteoporose, embora a região Norte não tenha apresentado as percentagens mais elevadas de todas as regiões de saúde, exibiu percentagens elevadas. Ora, o tratamento destes tipos de doenças insere-se na GCD 8 – Doenças e Perturbações do Sistema Músculo-esquelético e Tecido Conjuntivo, pelo que poderá justificar que esta mesma GCD se encontre no início da tabela das GCD com mais actos realizados.

A elevada incidência de asma na população da região de saúde do Norte, sendo esta superior ao valor do Continente, poderá justificar o facto de a GCD 4 – Doenças e Perturbações do Aparelho Respiratório ser a oitava GCD com mais actos realizados.

Tabela 4.10 – Total de internamentos agrupados por GCD na região Centro

GCD	Designação	Total	%
GCD 17	Doenças e Perturbações Mieloproliferativas e Mal-diferenciadas	87.229	28,78%
GCD 11	Doenças e Perturbações do Rim e do Aparelho Urinário	23.303	7,69%
GCD 5	Doenças e Perturbações do Aparelho Circulatório	20.410	6,73%
GCD 4	Doenças e Perturbações do Aparelho Respiratório	19.854	6,55%
GCD 6	Doenças e Perturbações do Aparelho Digestivo	17.251	5,69%
GCD 2	Doenças e Perturbações do Olho	16.899	5,58%
GCD 14	Gravidez, Parto e Puerpério	15.940	5,26%
GCD 8	Doenças e Perturbações do Sistema Músculo-esquelético e Tecido Conjuntivo	15.507	5,12%
GCD 1	Doenças e Perturbações do Sistema Nervoso	14.389	4,75%
GCD 15	Recém-nascidos e Lactentes com Afecções do Período Perinatal	13.780	4,55%
GCD 9	Doenças e Perturbações da Pele, Tecido Celular Subcutâneo e Mama	11.119	3,67%
GCD 13	Doenças e Perturbações do Aparelho Genital Feminino	10.483	3,46%
GCD 7	Doenças e Perturbações do Sistema Hepatobiliar e Pâncreas	8.606	2,84%
GCD 3	Doenças e Perturbações do Ouvido, Nariz, Boca e Garganta	7.441	2,45%
GCD 10	Doenças e Perturbações Endócrinas Nutricionais e Metabólicas	4.115	1,36%
GCD 23	Factores com Influência no Estado de Saúde e Outros Contactos com os Serviços de Saúde	3.422	1,13%
GCD 12	Doenças e Perturbações do Aparelho Genital Masculino	3.096	1,02%
GCD 19	Doenças e Perturbações Mentais	2.757	0,91%
GCD 18	Doenças Infecciosas e Parasitárias (Sistémicas ou de Localização Não Específica)	1.871	0,62%
GCD 21	Traumatismos, Intoxicações e Efeitos Tóxicos de Drogas	1.686	0,56%
GCD 16	Doenças e Perturbações do Sangue/Órgãos Hematopoiéticos e Doenças Imunológicas	1.439	0,47%
GCD 20	Uso de Álcool/Droga e Perturbações Mentais Orgânicas Induzidas por Álcool ou Droga	813	0,27%
GCD 0	(Pré-Grandes Categorias Diagnósticas)	454	0,15%
GCD 24	Infeções pelo Vírus da Imunodeficiência Humana	431	0,14%
GCD 22	Queimaduras	335	0,11%
GCD 25	Traumatismos Múltiplos Significativos	268	0,09%
-	Grupos com Procedimentos no Bloco Operatório Não Relacionados com o Diagnóstico Principal	222	0,07%
Total		303.120	

Relativamente à ARS Centro, constatou-se que os GDH inseridos na GCD 17 – Doenças e Perturbações Mieloproliferativas e Mal-diferenciadas, foram os mais realizados. Tal resultado poderá ser justificado pela incidência de tumor maligno/cancro da população residente na referida região de saúde, que embora não tenha evidenciado a percentagem mais elevada relativamente às restantes ARS, apresenta uma incidência de 1,6% na população residente.

Importa notar que na secção anterior foi evidenciado que a ARS Centro exibiu uma percentagem elevada de população residente com tensão arterial alta, o que pode justificar o elevado número de GDH realizados dentro da GCD 5 – Doenças e Perturbações do Aparelho Circulatório, o que faz com que a referida GCD se encontre em terceiro lugar das GCD com mais actos realizados.

A doença crónica de osteoporose apresentou, na ARS Centro, a percentagem mais elevada relativamente às restantes regiões de saúde e à do Continente, exibindo também uma elevada percentagem de população com doença reumática. As referidas percentagens poderão justificar a presença da GCD 8 – Doenças e Perturbações do

Sistema Músculo-esquelético e Tecido Conjuntivo, na oitava posição das GCD com mais actos realizados.

Tabela 4.11 – Total de internamentos agrupados por GCD na região LVT

GCD	Designação	Total	%
GCD 17	Doenças e Perturbações Mieloproliferativas e Mal-diferenciadas	208.586	29,30%
GCD 5	Doenças e Perturbações do Aparelho Circulatório	59.296	8,33%
GCD 11	Doenças e Perturbações do Rim e do Aparelho Urinário	53.392	7,50%
GCD 4	Doenças e Perturbações do Aparelho Respiratório	43.883	6,16%
GCD 14	Gravidez, Parto e Puerpério	41.064	5,77%
GCD 6	Doenças e Perturbações do Aparelho Digestivo	38.517	5,41%
GCD 1	Doenças e Perturbações do Sistema Nervoso	36.592	5,14%
GCD 15	Recém-nascidos e Lactentes com Afecções do Período Perinatal	35.100	4,93%
GCD 8	Doenças e Perturbações do Sistema Músculo-esquelético e Tecido Conjuntivo	32.846	4,61%
GCD 2	Doenças e Perturbações do Olho	29.783	4,18%
GCD 9	Doenças e Perturbações da Pele, Tecido Celular Subcutâneo e Mama	25.289	3,55%
GCD 3	Doenças e Perturbações do Ouvido, Nariz, Boca e Garganta	20.412	2,87%
GCD 13	Doenças e Perturbações do Aparelho Genital Feminino	20.118	2,83%
GCD 7	Doenças e Perturbações do Sistema Hepatobiliar e Pâncreas	18.289	2,57%
GCD 10	Doenças e Perturbações Endócrinas Nutricionais e Metabólicas	8.977	1,26%
GCD 12	Doenças e Perturbações do Aparelho Genital Masculino	8.270	1,16%
GCD 19	Doenças e Perturbações Mentais	6.583	0,92%
GCD 23	Factores com Influência no Estado de Saúde e Outros Contactos com os Serviços de Saúde	5.264	0,74%
GCD 16	Doenças e Perturbações do Sangue/Órgãos Hematopoiéticos e Doenças Imunológicas	5.021	0,71%
GCD 18	Doenças Infecciosas e Parasitárias (Sistémicas ou de Localização Não Específica)	3.976	0,56%
GCD 21	Traumatismos, Intoxicações e Efeitos Tóxicos de Drogas	3.338	0,47%
GCD 24	Infeções pelo Vírus da Imunodeficiência Humana	2.687	0,38%
GCD 0	(Pré-Grandes Categorias Diagnósticas)	1.365	0,19%
-	Grupos com Procedimentos no Bloco Operatório Não Relacionados com o Diagnóstico Principal	1.261	0,18%
GCD 20	Uso de Álcool/Droga e Perturbações Mentais Orgânicas Induzidas por Álcool ou Droga	809	0,11%
GCD 22	Queimaduras	617	0,09%
GCD 25	Traumatismos Múltiplos Significativos	569	0,08%
-	Grupos de Erro	22	0,00%
Total		711.926	

A ARS de Lisboa e Vale do Tejo apresentou uma incidência de tumor maligno/cancro em 1,9% da população residente, o que poderá justificar a presença da GCD 17 – Doenças e Perturbações Mieloproliferativas e Mal-diferenciadas em primeiro lugar de todas as GCD com mais actos realizados.

Esta ARS exibiu também a segunda percentagem mais elevada da população residente com tensão arterial alta relativamente às restantes regiões de saúde, o que poderá justificar a presença do segundo lugar da GCD 5 – Doenças e Perturbações do Aparelho Circulatório do total das GCD com mais actos realizados. Tendo ademais apresentado a percentagem mais elevada da população residente com a doença reumática e uma das mais elevadas entre as regiões de saúde relativamente à doença de osteoporose. As referidas percentagens poderão justificar a presença da GCD 8 – Doenças e Perturbações do Sistema Músculo-esquelético e Tecido Conjuntivo, na nona posição das GCD com mais actos realizados.

Importa notar que a incidência de asma na população da região de Lisboa e Vale do Tejo era a mais elevada entre as cinco regiões de saúde, o que poderá estar directamente relacionado com o facto da GCD 4 – Doenças e Perturbações do Aparelho Respiratório apresentar um elevado número de GDH realizados, fazendo com que a referida GCD se encontre na quarta posição das com mais actos realizados.

Tabela 4.12 – Total de internamentos agrupados por GCD na região Alentejo

GCD	Designação	Total	%
GCD 17	Doenças e Perturbações Mieloproliferativas e Mal-diferenciadas	27.108	36,39%
GCD 11	Doenças e Perturbações do Rim e do Aparelho Urinário	11.223	15,06%
GCD 2	Doenças e Perturbações do Olho	5.797	7,78%
GCD 5	Doenças e Perturbações do Aparelho Circulatório	3.643	4,89%
GCD 6	Doenças e Perturbações do Aparelho Digestivo	3.634	4,88%
GCD 8	Doenças e Perturbações do Sistema Músculo-esquelético e Tecido Conjuntivo	3.362	4,51%
GCD 14	Gravidez, Parto e Puerpério	3.160	4,24%
GCD 4	Doenças e Perturbações do Aparelho Respiratório	2.987	4,01%
GCD 15	Recém-nascidos e Lactentes com Afecções do Período Perinatal	2.884	3,87%
GCD 1	Doenças e Perturbações do Sistema Nervoso	1.980	2,66%
GCD 7	Doenças e Perturbações do Sistema Hepatobiliar e Pâncreas	1.826	2,45%
GCD 13	Doenças e Perturbações do Aparelho Genital Feminino	1.471	1,97%
GCD 9	Doenças e Perturbações da Pele, Tecido Celular Subcutâneo e Mama	1.192	1,60%
GCD 3	Doenças e Perturbações do Ouvido, Nariz, Boca e Garganta	900	1,21%
GCD 10	Doenças e Perturbações Endócrinas Nutricionais e Metabólicas	705	0,95%
GCD 12	Doenças e Perturbações do Aparelho Genital Masculino	611	0,82%
GCD 23	Factores com Influência no Estado de Saúde e Outros Contactos com os Serviços de Saúde	561	0,75%
GCD 19	Doenças e Perturbações Mentais	372	0,50%
GCD 18	Doenças Infecciosas e Parasitárias (Sistémicas ou de Localização Não Específica)	339	0,46%
GCD 21	Traumatismos, Intoxicações e Efeitos Tóxicos de Drogas	266	0,36%
GCD 16	Doenças e Perturbações do Sangue/Órgãos Hematopoiéticos e Doenças Imunológicas	244	0,33%
GCD 20	Uso de Álcool/Droga e Perturbações Mentais Orgânicas Induzidas por Álcool ou Droga	53	0,07%
-	Grupos com Procedimentos no Bloco Operatório Não Relacionados com o Diagnóstico Principal	52	0,07%
GCD 22	Queimaduras	39	0,05%
GCD 24	Infeções pelo Vírus da Imunodeficiência Humana	32	0,04%
GCD 25	Traumatismos Múltiplos Significativos	28	0,04%
GCD 0	(Pré-Grandes Categorias Diagnósticas)	27	0,04%
-	Grupos de Erro	3	0,00%
Total		74.499	

No que concerne à região do Alentejo, a incidência de tumor maligno/cancro da sua população residente exibiu uma percentagem de 1,8%, embora não seja uma percentagem elevada quando comparada com as restantes regiões de saúde, poderá justificar que a GCD 17 – Doenças e Perturbações Mieloproliferativas e Mal-diferenciadas seja a GCD com mais actos realizados.

A ARS Alentejo apresentou a percentagem mais elevada da população residente com tensão arterial alta relativamente às restantes ARS, o que pode justificar a presença do quarto lugar da GCD 5 – Doenças e Perturbações do Aparelho Circulatório no total das GCD com mais actos realizados.

Tabela 4.13 – Total de internamentos agrupados por GCD na região Algarve

GCD	Designação	Total	%
GCD 17	Doenças e Perturbações Mieloproliferativas e Mal-diferenciadas	27.635	31,18%
GCD 14	Gravidez, Parto e Puerpério	7.888	8,90%
GCD 15	Recém-nascidos e Lactentes com Afecções do Período Perinatal	6.635	7,49%
GCD 2	Doenças e Perturbações do Olho	5.507	6,21%
GCD 4	Doenças e Perturbações do Aparelho Respiratório	5.154	5,81%
GCD 6	Doenças e Perturbações do Aparelho Digestivo	4.984	5,62%
GCD 5	Doenças e Perturbações do Aparelho Circulatório	4.831	5,45%
GCD 8	Doenças e Perturbações do Sistema Músculo-esquelético e Tecido Conjuntivo	3.910	4,41%
GCD 1	Doenças e Perturbações do Sistema Nervoso	3.838	4,33%
GCD 9	Doenças e Perturbações da Pele, Tecido Celular Subcutâneo e Mama	3.328	3,75%
GCD 11	Doenças e Perturbações do Rim e do Aparelho Urinário	2.575	2,91%
GCD 7	Doenças e Perturbações do Sistema Hepatobiliar e Pâncreas	2.426	2,74%
GCD 3	Doenças e Perturbações do Ouvido, Nariz, Boca e Garganta	2.059	2,32%
GCD 13	Doenças e Perturbações do Aparelho Genital Feminino	1.894	2,14%
GCD 19	Doenças e Perturbações Mentais	1.193	1,35%
GCD 12	Doenças e Perturbações do Aparelho Genital Masculino	1.003	1,13%
GCD 10	Doenças e Perturbações Endócrinas Nutricionais e Metabólicas	869	0,98%
GCD 18	Doenças Infecciosas e Parasitárias (Sistémicas ou de Localização Não Específica)	732	0,83%
GCD 23	Factores com Influência no Estado de Saúde e Outros Contactos com os Serviços de Saúde	633	0,71%
GCD 21	Traumatismos, Intoxicações e Efeitos Tóxicos de Drogas	438	0,49%
GCD 16	Doenças e Perturbações do Sangue/Órgãos Hematopoiéticos e Doenças Imunológicas	410	0,46%
GCD 24	Infeções pelo Vírus da Imunodeficiência Humana	251	0,28%
GCD 20	Uso de Álcool/Droga e Perturbações Mentais Orgânicas Induzidas por Álcool ou Droga	155	0,17%
GCD 0	(Pré-Grandes Categorias Diagnósticas)	117	0,13%
GCD 25	Traumatismos Múltiplos Significativos	71	0,08%
-	Grupos com Procedimentos no Bloco Operatório Não Relacionados com o Diagnóstico Principal	56	0,06%
GCD 22	Queimaduras	44	0,05%
Total		88.636	

No que concerne à região do Algarve a incidência de tumor maligno/cancro da sua população residente exibiu uma percentagem de 1,5%. Embora seja a percentagem mais baixa quando comparada com as restantes regiões de saúde, poderá ainda assim justificar que a GCD 17 – Doenças e Perturbações Mieloproliferativas e Mal-diferenciadas seja a GCD com mais actos realizados na referida região.

Considerando a percentagem de 5,5% de incidência na população residente com asma, poderá justificar-se a presença da GCD 4 – Doenças e Perturbações do Aparelho Respiratório com um elevado número de GDH realizados, fazendo com que a referida GCD se encontre na quinta posição das GCD com mais actos realizados.

Importa também notar, como se verificou na secção anterior, que a região do Algarve apresentou, entre 2000 a 2009, um aumento no índice sintético de fecundidade, de 1,6 para 1,7 filhos nascidos por mulher em idade fértil, para além de ser aquela em que se verificou um maior crescimento da população feminina da faixa etária entre os 25 e os 64 anos, o que pode estar directamente relacionado com o facto de as GCD 14 – Gravidez, Parto e Puerpério e GCD 15 – Recém-nascidos e Lactentes com Afecções do

Período Perinatal apresentarem um elevado número de GDH realizados e fazerem com que as referidas GCD ocupem o segundo e o terceiro lugar, respectivamente de todas as GCD com mais actos realizados na referida região de saúde.

4.3. Cirurgias no âmbito do SIGIC

O terceiro e último tipo de serviço hospitalar analisado são as intervenções cirúrgicas programadas. Os dados utilizados provêm do Sistema de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), e foram cedidos à ERS pela ACSS. O SIGIC regista episódios de cirurgia realizados em unidades hospitalares do SNS e também em unidades privadas (com e sem fins lucrativos) com contrato com o SNS para a prestação de serviços cirúrgicos no âmbito deste sistema. Todavia, os indicadores seguidamente apresentados limitam-se à produção cirúrgica levada a efeito nas unidades do SNS. Outra ressalva que deve ser feita prende-se com o facto de no SIGIC não existirem limitações regionais no acesso pelos utentes às unidades contempladas o sistema, pelo que os utentes são muitas vezes intervencionados em unidades de regiões de saúde diferentes da sua residência. Por este motivo, não se pode associar os indicadores de produção cirúrgica em cada região à procura pelas populações dessas regiões, apenas permitindo estes indicadores aferir da procura dirigida a estas unidades (ou seja, a procura dirigida à rede de cada região, independentemente da sua proveniência).

Tabela 4.14 – Cirurgias realizadas no âmbito do SIGIC em hospitais do SNS em 2011

Região	Total de cirurgias	% do total nacional	Cirurgias por 1000 habitantes
Norte	185.674	41%	50,3
Centro	86.629	19%	49,6
LVT	144.621	32%	39,7
Alentejo	19.971	4%	39,1
Algarve	13.087	3%	29,1
Portugal continental	449.982	100%	44,8

Na tabela 4.14 apresenta-se a distribuição das cirurgias por regiões, e ainda o rácio de cirurgias por 1.000 habitantes. Este rácio é mais elevado na região Norte e mais baixo na região do Algarve, muito à semelhança do que acontece no caso das consultas hospitalares. É ainda assinalável o facto de a rede hospitalar do SNS do Norte, Centro e LVT concentrarem praticamente toda a produção cirúrgica em unidades públicas no âmbito do SIGIC (concretamente, 93%).

Tabela 4.15 – Cirurgias realizadas por 1000 habitantes, por especialidade e região, em 2011

Especialidade	Alentejo	Algarve	Centro	LVT	Norte	Portugal continental
Cirurgia Geral	9,91	7,29	11,28	9,13	11,58	10,36
Oftalmologia	11,40	4,81	11,57	5,82	10,09	8,63
Ortopedia	5,83	5,58	7,77	5,23	7,27	6,47
Ginecologia	2,53	2,58	6,39	3,55	4,74	4,39
Otorrinolaringologia	1,69	1,83	2,23	2,79	4,06	3,06
Urologia	2,49	1,69	2,49	2,85	2,79	2,70
Cirurgia Plástica	1,31	0,62	1,02	2,68	1,97	1,97
Dermatologia	1,04	2,20	1,68	1,04	1,02	1,20
Cirurgia Vascular	0,00	0,00	0,60	1,13	1,61	1,10
Neurocirurgia	0,00	0,30	0,69	1,11	0,78	0,82
Estomatologia	0,04	0,22	0,31	1,18	0,84	0,80
Cirurgia Cardiorácica	0,00	0,00	1,10	0,79	0,60	0,70
Cirurgia Pediátrica	0,00	0,00	0,47	0,63	0,74	0,58
Obstetrícia	0,48	0,00	0,49	0,35	0,76	0,51
Pediatria	0,60	0,88	0,00	0,22	0,45	0,31
Cirurgia Cabeça e Pescoço	0,00	0,00	0,46	0,39	0,16	0,28
Cirurgia Maxilo Facial	0,00	0,00	0,59	0,16	0,33	0,28
Tratamento Cirúrgico da Obesidade	0,21	0,00	0,12	0,16	0,23	0,17
Cardiologia Geral	1,43	0,02	0,25	0,08	0,01	0,15
Nefrologia	0,13	0,00	0,06	0,15	0,01	0,07
Outro	0,00	0,00	0,04	0,04	0,12	0,07
Senologia	0,00	0,75	0,00	0,00	0,06	0,06
Cirurgia Torácica	0,00	0,00	0,00	0,14	0,00	0,05
Gastroenterologia	0,00	0,10	0,00	0,07	0,00	0,03
Imagiologia	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,02
Hematologia	0,00	0,00	0,00	0,00	0,03	0,01
Pneumologia	0,00	0,04	0,00	0,02	0,00	0,01
Anatomia Patológica	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,01
Administrativo	0,00	0,15	0,00	0,00	0,00	0,01
Anestesiologia	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00
Medicina	0,00	0,00	0,02	0,00	0,00	0,00
Bloco	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Todas as especialidades	39,09	29,05	49,65	39,67	50,32	44,81

Em termos da distribuição dos episódios de cirurgia por especialidades, não surpreende que assumam posição destacada a cirurgia geral, sendo seguida de oftalmologia e ortopedia.

4.4. Conclusão

Neste capítulo apresentaram-se indicadores de utilização de serviços hospitalares programados (consultas externas, internamento de agudos e cirurgias programadas), enfatizando-se as diferenças regionais na utilização e a importância relativa das várias especialidades.

A região Norte apresenta-se como aquela em que a utilização de consultas hospitalares e a realização de cirurgias, relativamente à população residente, são mais elevadas. Nestes mesmos tipos de serviços, o Algarve ocupa a posição de região com menor utilização. Curiosamente, no caso dos serviços de internamento hospitalar, estas duas regiões continuam a situar-se nas posições extremas, mas agora em sentido inverso, com o Algarve com o maior índice de utilização e o Norte com o mais baixo índice.

A especialidade de oftalmologia é aquela que determina um maior número de consultas hospitalares, e é também a segunda mais importante especialidade ao nível da produção cirúrgica, neste caso apenas superada pela cirurgia geral.

A Grande Categoria de Diagnósticos correspondente às doenças e perturbações mieloproliferativas e mal-diferenciadas, e que engloba tratamentos que normalmente se realizam num contexto de tumor maligno/cancro, é marcadamente aquela que reúne o maior número de episódios de internamento, em todas as regiões.

5. A oferta hospitalar

Neste capítulo é descrita a oferta de serviços da Rede Hospitalar com Financiamento Público identificada até Janeiro de 2012, compreendendo todos os hospitais públicos, gerais ou especializados, integrados ou não em Centros Hospitalares ou ULS, e ainda as IPSS com acordos celebrados com o SNS.

A informação sobre os hospitais do SNS foi recolhida pela ERS junto dos mesmos durante Fevereiro e Março de 2012. Foram também incluídas as informações referentes aos prestadores de cuidados de saúde hospitalares de IPSS que foram recolhidas com base em respostas a pedidos efectuados às ARS no final de 2011 e no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS⁵¹.

De acordo com toda a informação coligida pela ERS, integram actualmente a Rede Hospitalar com Financiamento Público 95 hospitais públicos, sendo 77 hospitais gerais e 18 especializados, e 18 unidades pertencentes a IPSS, perfazendo um total de 113 hospitais. Esta contagem refere-se a unidades hospitalares, i.e. pontos de oferta, não se considerando aqui se as unidades estão ou não integradas em centros hospitalares ou ULS (*vide* tabela 5.1).

Tabela 5.1 – Hospitais da Rede Hospitalar com Financiamento Público

ARS	Hospitais públicos						IPSS	Total Públicos e IPSS	%
	Gerais				Especializados	Total Públicos			
	Proximidade	Primeira linha	Referência	Total					
Norte	11	11	6	28	4	32	10	42	37%
Centro	6	7	3	16	6	22	2	24	21%
LVT	3	12	10	25	7	32	6	38	34%
Alentejo	1	3	1	5	0	5	0	5	4%
Algarve	1	1	1	3	1	4	0	4	4%
Total	22	34	21	77	18	95	18	113	100%

Refira-se que se inclui na tabela 5.1 o Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa⁵², que se classifica como IPSS por ser detido pela Cruz Vermelha Portuguesa, que é uma entidade privada sem fins lucrativos com um enquadramento legal específico, estabelecido pelo Decreto-Lei n.º 281/2007, de 7 de Agosto, que aprovou os seus

⁵¹ Vide Portaria n.º 52/2011, de 27 de Janeiro. Os dados do SRER são sempre actualizados, como decorre do n.º 2 do artigo 45.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio, sobre a obrigação das entidades responsáveis pelos estabelecimentos de proceder à actualização dos dados do registo no prazo de dois meses a contar de qualquer alteração.

⁵² Apesar de o acordo de cooperação com o SNS se encontrar, no presente momento, suspenso.

Estatutos⁵³. Relativamente ao Centro de Medicina de Reabilitação do Alcoitão detido pela Santa Casa de Misericórdia de Lisboa, o mesmo também foi considerado como IPSS para efeitos da classificação adoptada, uma vez que, embora seja, conforme disposto nos respectivos Estatutos, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 235/2008, de 3 de Dezembro, “*uma pessoa colectiva de direito privado e utilidade pública administrativa*”, tem por escopo “*a realização da melhoria do bem-estar das pessoas, prioritariamente dos mais desprotegidos, abrangendo as prestações de acção social, saúde, educação e ensino, cultura e promoção da qualidade de vida, de acordo com a tradição cristã e obras de misericórdia do seu compromisso originário e da sua secular actuação em prol da comunidade, bem como a promoção, apoio e realização de actividades que visem a inovação, a qualidade e a segurança na prestação de serviços e, ainda, o desenvolvimento de iniciativas no âmbito da economia social*”.

Como se pode verificar, a maior parte dos hospitais concentra-se na região da ARS Norte – 37% –, sendo a região de Lisboa e Vale do Tejo a segunda região em termos de número de hospitais (34%). Seguem-se, em ordem decrescente, as regiões Centro, com 21% dos hospitais, e Alentejo e Algarve, cada uma com 4% dos hospitais.

Note-se que, em razão da falta de consenso e incerteza na classificação dos hospitais constatada na sequência dos pedidos de informação efectuados pela ERS, uma vez que os hospitais apresentaram nas suas respostas classificações díspares entre si, as tipologias hospitalares indicadas na tabela 5.1 para os hospitais públicos referem-se a uma proposta de tipologias da ERS para classificação dos hospitais públicos que se utilizam ao longo do presente estudo (*vide* secções 3.6 e 6.2.1, com a fundamentação para tal classificação), que englobam dois tipos de classificação semelhantes às definições indicadas no Portal da Codificação Clínica e dos GDH⁵⁴, designadamente, (i) uma classificação em “de referência” (“central”), “de primeira linha” (“distrital”), “de proximidade” (“de nível 1”), segundo a hierarquização de valências/nível de diferenciação e a capacidade de intervenção técnica ou área geográfica de influência ou intervenção/diferenciação, e (ii) uma classificação em “geral” ou “especializado”, referente à especialização dos hospitais.

⁵³ Nos termos de um tal diploma legal, a CVP “[...] é uma instituição humanitária não governamental, de carácter voluntário e de interesse público, que desenvolve a sua actividade devidamente apoiada pelo Estado [...]”, tendo a natureza de “[...] pessoa colectiva de direito privado e de utilidade pública administrativa, sem fins lucrativos, com plena capacidade jurídica para a prossecução dos seus fins” – cfr. artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 281/2007, de 7 de Agosto.

⁵⁴ O Portal da Codificação Clínica e dos GDH resulta de uma parceria entre a ACSS e a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e refere definições do INE, da DGS e de diplomas legais para as tipologias hospitalares (*vide* http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Hospital:_defini%C3%A7%C3%A3o_e_classifica%C3%A7%C3%A3o).

Para a atribuição da primeira classificação aos hospitais públicos – em “de referência”/“central”, “de primeira linha”/“distrital” e “de proximidade”/“de nível 1” –, adoptou-se como critério a classificação para efeitos de facturação dos episódios de urgência da Portaria n.º 567/2006, de 12 de Junho, tal como indicado no Portal da Codificação Clínica e dos GDH, tendo-se recorrido, para a identificação da tipologia dos hospitais que em 2006 já se encontravam integrados em centros hospitalares e ULS, às classificações constantes da Portaria n.º 1108/2004, de 7 de Setembro, da Portaria n.º 281/2005, de 17 de Março, da Portaria n.º 117/2008, de 6 de Fevereiro, e às referências de classificação hospitalar do Relatório de Monitorização da Implementação das Experiências Piloto da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)⁵⁵.

Importa referir, no entanto, o critério adicional que se considerou para esta classificação, referente à classificação das urgências gerais do Relatório da Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência "Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência", de 10 de Fevereiro de 2012. Concretamente, considerou-se que hospitais com Serviços de Urgência Médico-Cirúrgica não deverão ser de proximidade, mas sim de primeira linha ou de referência.

No que concerne à segunda classificação hospitalar, relativa à especialização, teve-se em conta as definições indicadas no Portal da Codificação Clínica e dos GDH, segundo as quais o hospital especializado é definido como sendo aquele em que predomina um número de camas adstrito a determinada valência ou que presta cuidados de saúde apenas ou especialmente a determinados utentes e o hospital geral é definido simplesmente como o hospital que integra diversas valências.

As tabelas 5.2 a 5.6 e as figuras 5.1 a 5.5 apresentam os hospitais públicos da Rede Hospitalar com Financiamento Público por ARS com a respectiva integração ou não em centros hospitalares ou ULS, as tipologias hospitalares, os números de contratos de trabalho de médicos e números de médicos em termos equivalentes a tempo completo (ETC)⁵⁶, os números de camas de internamento de agudos e uma indicação das populações cobertas pelas áreas de influência primárias dos hospitais, ou seja, as populações cobertas directamente pelos hospitais, que podem ser referenciadas pelas

⁵⁵ http://www.portugal.gov.pt/pt/Documentos/Governo/MS/Rel_RCCISASocial.pdf.

⁵⁶ Note-se que em alguns casos não foram fornecidos todos os tipos de contrato em termos de ETC, pelo que foram calculadas estimativas com base na relação que se verificou entre os números dos contratos e os respectivos números em termos de ETC das respostas dos hospitais que forneceram as informações completas.

unidades de cuidados de saúde primários de cada concelho aos respectivos hospitais⁵⁷. Também são indicados, por ARS, as IPSS financiadas publicamente⁵⁸.

Note-se que nas tabelas é destacada a seguinte simbologia: “x”, indicando que, conforme se constatou nas respostas aos pedidos de informação, o hospital em causa não tem camas de internamento de agudos, pelo que não deve ser considerado um hospital de acordo com a definição adoptada; e “1”, indicando que o hospital em causa não forneceu informação desagregada por unidade hospitalar em tempo útil.

⁵⁷ Note-se que as áreas de influência primárias dos hospitais foram informadas pelos hospitais entre Fevereiro e Março de 2012 e que os números das populações cobertas referem-se a dados do INE da população residente dos Censos de 2011 associados aos concelhos e freguesias das áreas de influência primárias (devendo-se notar que, nos casos em que a população coberta indicada é igual a zero, os respectivos hospitais informaram que não há referência directa das unidades de cuidados de saúde primários).

⁵⁸ Não são apresentados os recursos da oferta das IPSS, pois quanto a estas a intervenção política de redistribuição da oferta hospitalar encontra-se impossibilitada para a promoção da mobilidade de recursos, uma vez que não existe quanto às IPSS a possibilidade de transferência dos recursos para outros hospitais da Rede Hospitalar com Financiamento Público.

Tabela 5.2 – ARS Norte – Hospitais públicos

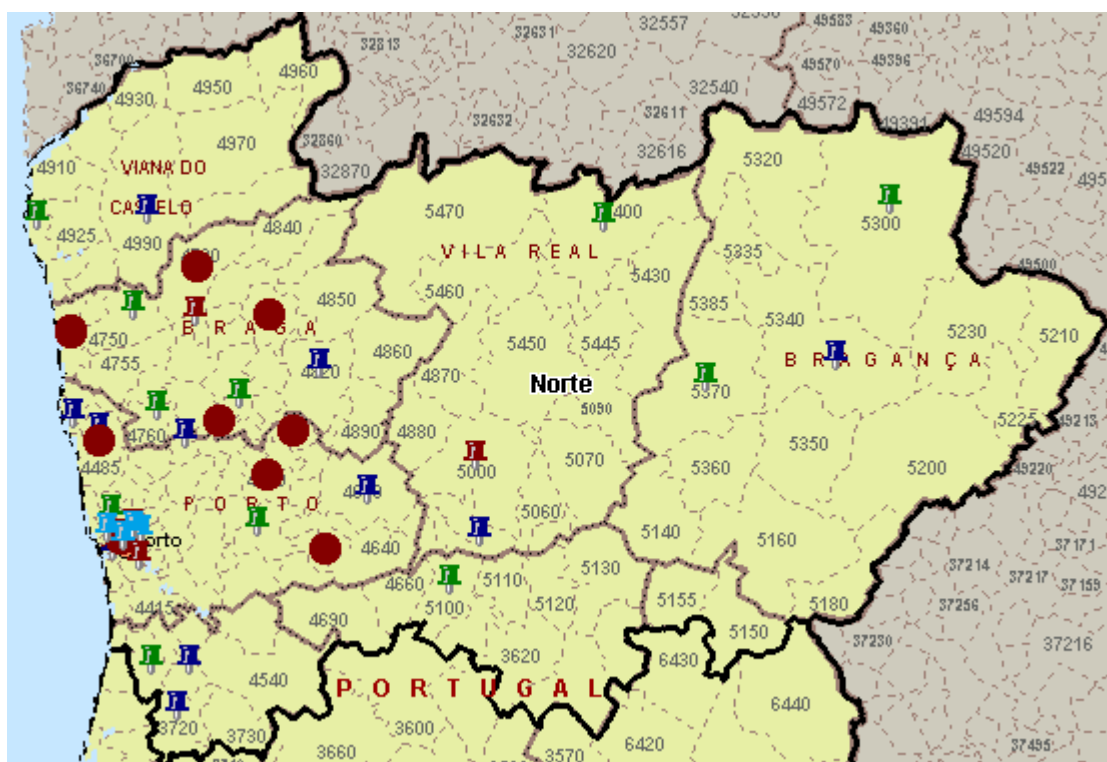
Centro Hospitalar/ULS	Hospital	Tipologias		Médicos		Lotação	População
				Contratos	ETC		
Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim-Vila do Conde, EPE	Hospital Distrital da Póvoa de Varzim	Proximidade	Geral	190	90,3	94	142.941
	Hospital Distrital de Vila do Conde			56	25,6	45	
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE	Hospital de São Sebastião - Santa Maria da Feira	Primeira linha	Geral	351	281,1	305	330.236
	Hospital Distrital São João da Madeira	Proximidade	Geral	21	23,1	7	274.859
	Hospital São Miguel - Oliveira de Azeméis			11	12,8	39	
Centro Hospitalar de São João, EPE	Hospital de São João - Porto	Referência	Geral	790	805,2	1119	330.379
	Hospital Nossa Senhora da Conceição - Valongo			14	14,8	57	
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	Hospital de Vila Real	Referência	Geral	269	299,2	388	126.297
	Hospital de Chaves	Primeira linha		82	90,3	171	74.412
	Hospital de Lamego			36	39,0	70	105.886
	Hospital Dom Luiz I - Peso da Régua (Centro Hospitalar de Vila Real/Peso da Régua)	Proximidade		4	3,5	18	306.595
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	Hospital de Eduardo Santos Silva (Unidade I) - Vila Nova de Gaia	Referência	Geral	590	580,0	411	335.587
	Hospital Distrital de Vila Nova de Gaia (Unidade II)			135	118,9	133	
	Hospital Nossa Senhora da Ajuda (Unidade III) - Espinho			x			
Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE	Hospital da Senhora da Oliveira - Guimarães	Primeira linha	Geral	394	379,5	477	327.366
	Hospital de São José - Fafe	Proximidade		43	30,6	39	
Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	Hospital São João de Deus - Vila Nova de Famalicão	Primeira linha	Geral	208	113,1	183	133.832
	Hospital Conde de São Bento - Santo Tirso	Proximidade		62	61,5	98	110.529
Centro Hospitalar do Porto, EPE	Hospital Geral de Santo António - Porto	Referência	Geral	768	808,5	518	304.396
	Maternidade Júlio Dinis - Porto			Especializado	108	113,2	148
	Hospital Joaquim Urbano - Porto		19		21,4	42	1.623.926
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE	Hospital Padre Américo - Vale de Sousa - Penafiel	Primeira linha	Geral	218	240,9	380	519.722
	Hospital São Gonçalo - Amarante	Proximidade		59	67,5	129	
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	Hospital Pedro Hispano - Matosinhos	Primeira linha	Geral	423	350,1	352	318.419
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE	Hospital de Santa Luzia - Viana do Castelo	Primeira linha	Geral	293	294,0	361	244.836
	Hospital Conde de Bertiandos - Ponte de Lima (Centro Hospitalar do Alto Minho)	Proximidade		40	36,0	64	
Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE	Hospital Distrital de Bragança	Primeira linha	Geral	62	62,5	249	143.564
	Hospital Distrital de Mirandela			36	38,8	108	
	Hospital Distrital de Macedo de Cavaleiros	Proximidade		13	12,3	93	
Hospitais não integrados em CH/ULS	Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE	Referência	Especializado	256	261,4	319	0
	Hospital de Braga	Referência	Geral	290	312,0	587	290.387
	Hospital Santa Maria Maior, EPE - Barcelos	Primeira linha	Geral	132	87,2	124	154.645
	Hospital de Magalhães Lemos, EPE	Referência	Especializado	57	62,5	118	1.142.035

A estes hospitais acrescentam-se as IPSS com financiamento público:

- Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Lanhoso;
- Santa Casa da Misericórdia de Esposende;
- Santa Casa da Misericórdia de Fão;
- Santa Casa da Misericórdia de Felgueiras;

- Santa Casa da Misericórdia de Lousada;
- Santa Casa da Misericórdia de Marco de Canaveses,
- Santa Casa da Misericórdia de Riba de Ave;
- Santa Casa da Misericórdia de Vila do Conde;
- Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde; e
- Santa Casa da Misericórdia do Porto - Hospital da Prelada.

Figura 5.1 – ARS Norte



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SRER e dos hospitais.






-  Referência
-  Primeira linha
-  Proximidade
-  Especializado
-  IPSS

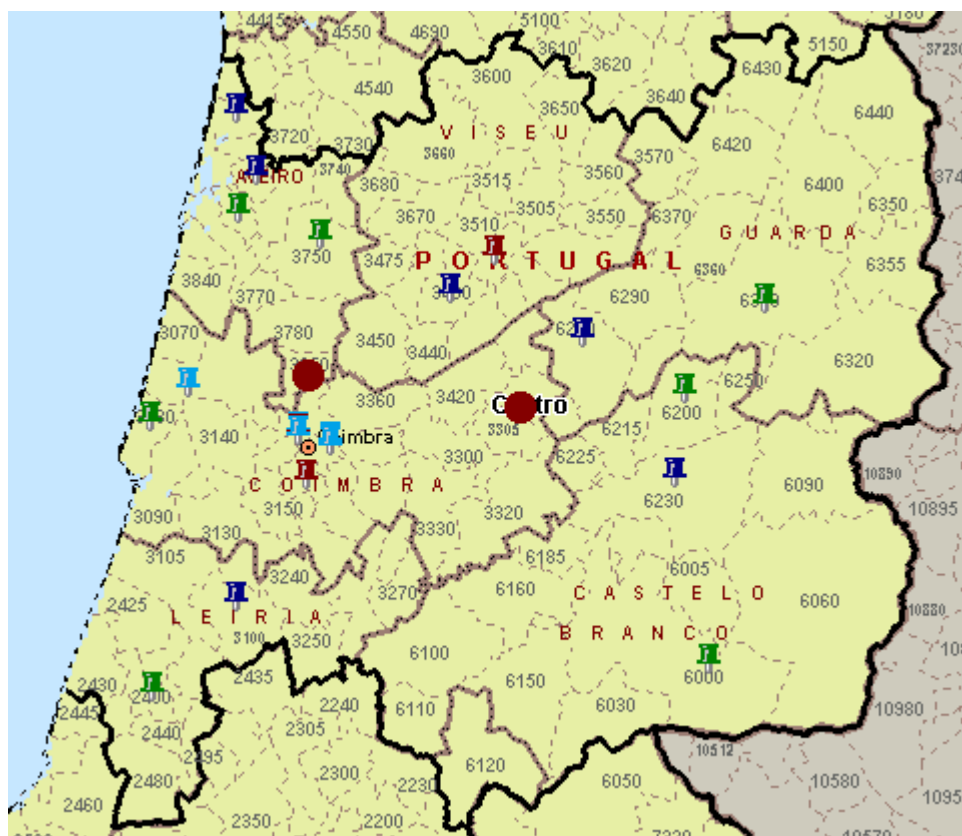
Tabela 5.3 – ARS Centro

Centro Hospitalar/ULS	Hospital	Tipologias		Médicos		Lotação	População	
				Contratos	ETC			
Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	Hospital da Covilhã	Primeira linha	Geral	143	143,23	277	93.549	
	Hospital do Fundão	Proximidade		21	6,43	27		
Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, EPE	Hospital de Santo André - Leiria	Primeira linha	Geral	257	240,7	448	251.639	
	Hospital Distrital de Pombal	Proximidade		9	8,5	51	55.217	
Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE	Hospital Infante D. Pedro, EPE - Aveiro	Primeira linha	Geral	409	360,9	348	370.344	
	Hospital Distrital de Águeda	Proximidade		19	19,0	110	60.085	
	Hospital Visconde Salreu - Estarreja			10	10,6	43	118.211	
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	Hospitais da Universidade de Coimbra	Referência	Geral	673	687,0	1348	319.016	
	Maternidade Dr. Daniel de Matos (Hospitais da Universidade de Coimbra) ¹		Especializado					
	Hospital Geral da Colónia Portuguesa do Brasil (Hospital dos Covões) - Coimbra		Geral	197	211,3	341	140.399	
	Maternidade Bissaya Barreto - Coimbra		Especializado	59	65,1	96	389.006	
	Hospital Pediátrico de Coimbra			114	129,2	100	143.396	
	Hospital Sobral Cid - Coimbra (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra)			33	36,2	57	196.726	
	Centro de Recuperação de Amês (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra) - Soure				x			
	Hospital de Lorvão - Penacova (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra)							
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE ¹	Hospital São Teotónio - Viseu	Referência	Geral	247	274,7	624	286.444	
	Hospital de Cândido Figueiredo - Tondela	Proximidade				24	50.378	
Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	Hospital de Sousa Martins - Guarda	Primeira linha	Geral	143	145,0	328	148.140	
	Hospital Nossa Senhora da Assunção - Seia	Proximidade		21	19,0	34		
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE	Hospital Amato Lusitano - Castelo Branco	Primeira linha	Geral	179	200,7	317	108.393	
Hospitais não integrados em CH/ULS	Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE	Referência	Especializado	157	169,1	191	1.744.397	
	Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	Primeira linha	Geral	148	132,4	144	211.798	
	Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar	Proximidade	Geral	23	22,8	28	65.962	
	Centro Medicina de Reabilitação da Região Centro Rovisco Pais - Cantanhede	Referência	Especializado	25	19,5	80	2.349.916	
	Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede			x				
	Hospital José Luciano de Castro - Anadia			x				

A estes hospitais acrescentam-se as IPSS com financiamento público:

- Santa Casa da Misericórdia da Mealhada; e
- Hospital da Fundação Aurélio Amaro Diniz - Oliveira do Hospital.

Figura 5.2 – ARS Centro



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SRER e dos hospitais.






-  Referência
-  Primeira linha
-  Proximidade
-  Especializado
-  IPSS

Tabela 5.4 – ARS Lisboa e Vale do Tejo⁵⁹

Centro Hospitalar/ULS	Hospital	Tipologias		Médicos		Lotação	População
				Contratos	ETC		
Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE	Hospital de Nossa Senhora do Rosário - Barreiro	Primeira linha	Geral	225	239,7	351	213.584
	Hospital do Montijo	Proximidade		13	14,6	23	68.791
Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	Hospital de São José - Lisboa*	Referência	Geral	500	543,6	401	443.384
	Hospital de Santa Marta - Lisboa			155	167,3	202	
	Hospital de Santo António dos Capuchos - Lisboa			247	270,2	295	
	Hospital Curry Cabral, EPE - Lisboa			368	403,3	374	
	Maternidade Dr. Alfredo da Costa - Lisboa		Especializado	398	121,3	150	229.233
	Hospital de D. Estefânia - Lisboa			321	349,4	186	1.259.549
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	Hospital de São Francisco Xavier - Oeiras	Referência	Geral	380	348,3	346	439.880
	Hospital de Egas Moniz - Lisboa			360	371,7	365	
	Hospital Santa Cruz - Oeiras			121	122,6	141	
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	Hospital de São Bernardo - Setúbal	Primeira linha	Geral	213	216,8	324	255.849
	Hospital Ortopédico de Sant'Iago do Outão - Setúbal	Referência	Especializado	29	25,9	79	3.990.501
Centro Hospitalar de Torres Vedras	Hospital Distrital Torres Vedras	Primeira linha	Geral	198	134,8	194	172.742
	Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior - Torres Vedras		Especializado	16	16,8	33	
Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE	Hospital Distrital de Abrantes	Primeira linha	Geral	120	103,0	207	257.769
	Hospital Distrital de Torres Novas			125	81,2	127	
	Hospital Distrital de Tomar			88	77,0	154	
Centro Hospitalar do Oeste Norte	Hospital Distrital Caldas da Rainha (Centro Hospitalar das Caldas da Rainha)	Primeira linha	Geral	145	132,7	133	200.546
	Hospital Bernardino Lopes de Oliveira - Alcobaça	Proximidade		23	23,4	48	
	Hospital de São Pedro Gonçalves Telmo - Peniche			17	17,3	20	
	Hospital Termal Rainha D. Leonor - Caldas da Rainha			x			
Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	Hospital de Santa Maria - Lisboa	Referência	Geral	1257	1307,0	1027	154.182
	Hospital Pulido Valente - Lisboa			200	214,0	316	
Hospitais não integrados em CH/ULS	Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE	Referência	Especializado	308	322,0	271	4.613.077
	Hospital Garcia de Orta, EPE - Almada	Referência	Geral	331	342,1	566	381.799
	Hospital Beatriz Ângelo - Loures*	Primeira linha	Geral	178	184,0	148	287.119
	Hospital de Santarém, EPE	Primeira linha	Geral	262	283,2	383	191.151
	Hospital de Vila Franca de Xira	Primeira linha	Geral	106	109,0	211	244.377
	Hospital Dr. José de Almeida - Cascais	Primeira linha	Geral	291	207,0	277	325.536
	Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE - Amadora	Primeira linha	Geral	989	565,1	785	552.972
	Hospital de Júlio de Matos - Lisboa (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa)	Referência	Especializado	106	101,0	160	1.347.058
	Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto - Lisboa	Referência	Especializado	39	37,9	9	0

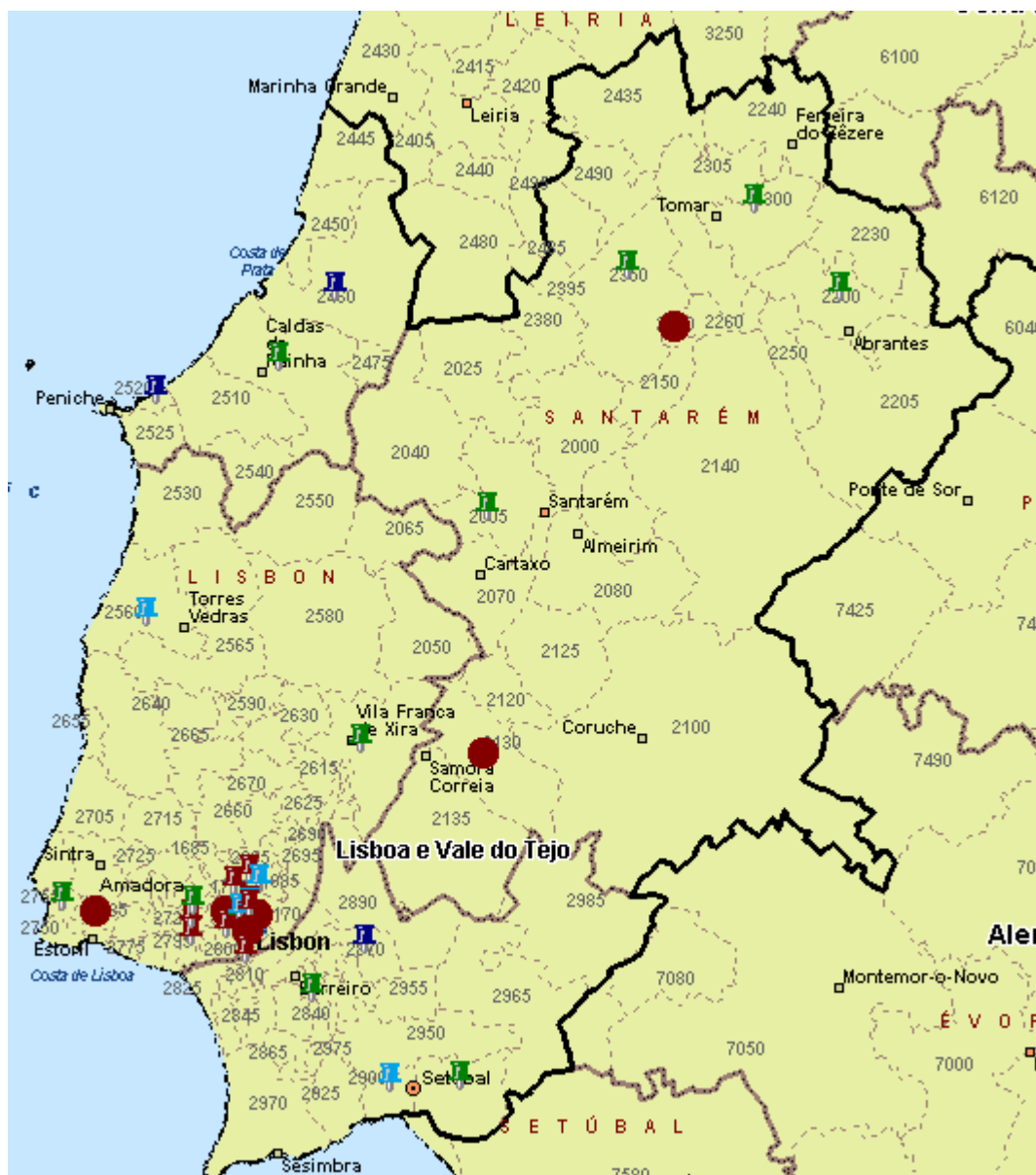
A estes hospitais acrescentam-se as IPSS com financiamento público:

- Instituto Português de Reumatologia – Lisboa;
- Associação Portuguesa dos Diabéticos de Portugal – Lisboa;

⁵⁹ Relativamente aos asteriscos indicados na tabela, refira-se primeiramente que o Hospital de Loures apresenta números de Fevereiro deste ano, ainda reduzidos, em função de ter iniciado actividade em Janeiro (o número de médicos indicado representa 64% do total previsto para o final do ano). No que se refere ao Hospital de São José, também integra o Hospital de São Lázaro, na qualidade de um Serviço de Ortopedia.

- Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa;
- Santa Casa da Misericórdia de Benavente;
- Santa Casa da Misericórdia do Entroncamento; e
- Centro de Medicina de Reabilitação do Alcoitão (Santa Casa da Misericórdia de Lisboa).

Figura 5.3 – ARS Lisboa e Vale do Tejo



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SRER e dos hospitais.






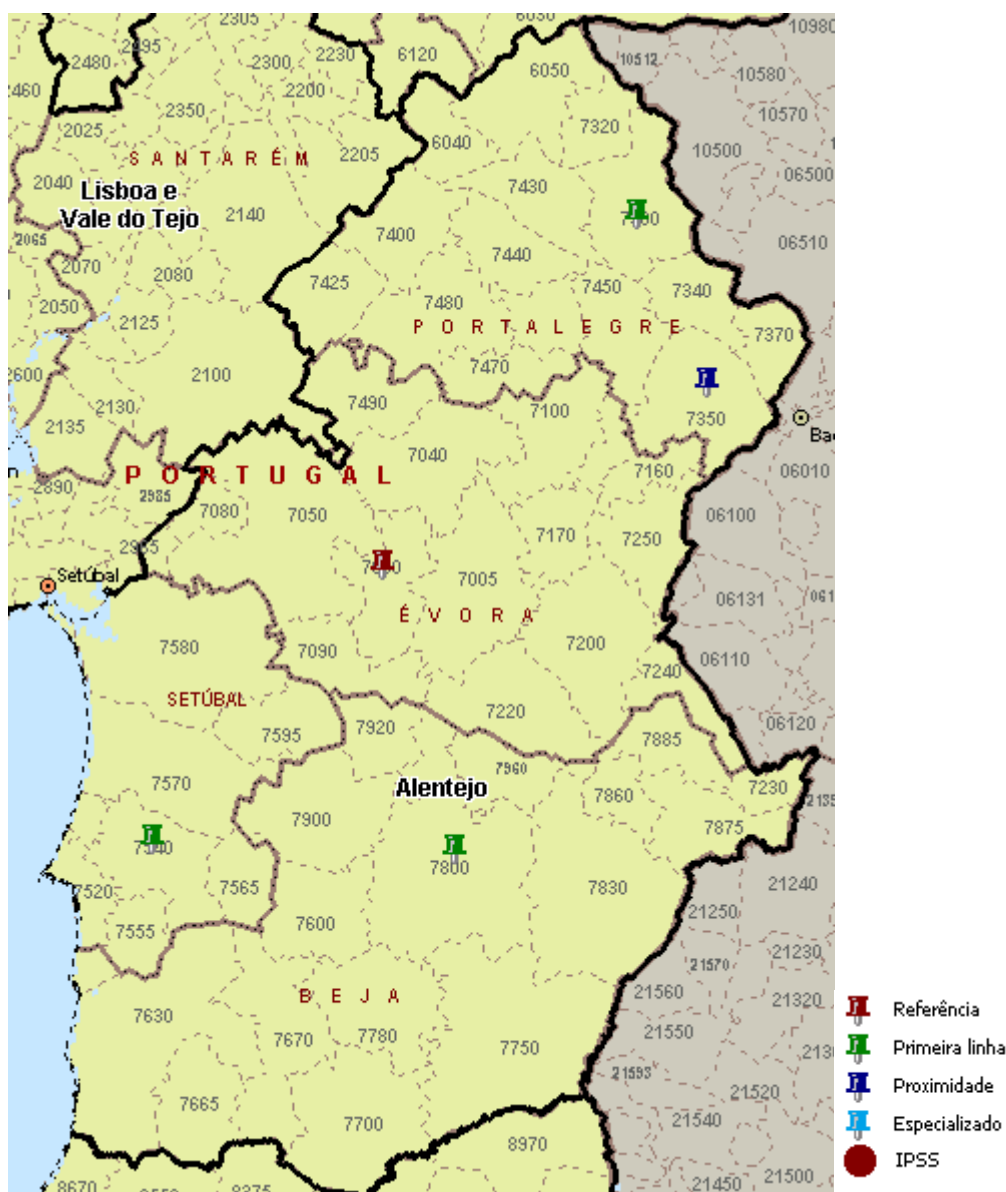
-  Referência
-  Primeira linha
-  Proximidade
-  Especializado
-  IPSS

Tabela 5.5 – ARS Alentejo

Centro Hospitalar/ULS	Hospital	Tipologias		Médicos		Lotação	População
				Contratos	ETC		
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE	Hospital José Joaquim Fernandes - Beja	Primeira linha	Geral	216	180,4	230	126.692
	Hospital de São Paulo - Serpa			x			
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE	Hospital Dr. José Maria Grande - Portalegre	Primeira linha	Geral	135	33,9	181	118.448
	Hospital Santa Luzia de Elvas	Proximidade		24	14,6		
Hospitais não integrados em CH/ULS	Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE	Referência	Geral	318	281,0	336	166.706
	Hospital do Litoral Alentejano, EPE - Santiago do Cacém	Primeira linha	Geral	144	89,1	118	97.895

Figura 5.4 – ARS Alentejo



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SRER e dos hospitais.

Tabela 5.6 – ARS Algarve

Centro Hospitalar/ULS	Hospital	Tipologias		Médicos		Lotação	População
				Contratos	ETC		
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE	Hospital do Barlavento Algarvio - Portimão	Primeira linha	Geral	183	193,1	272	163.950
	Hospital Distrital de Lagos	Proximidade		4	4,9		
Hospitais não integrados em CH/ULS	Hospital de Faro, EPE	Referência	Geral	186	146,2	482	287.055
	Centro de Medicina de Reabilitação do Sul - São Brás de Alportel	Referência	Especializado	16	9,8	54	603.733

Figura 5.5 – ARS Algarve



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do SRER e dos hospitais.



Finalmente, a tabela 5.7 apresenta a oferta em termos de consultas externas médicas prestadas em 2011 (consultas totais, incluindo primeiras consultas e consultas de seguimento), por ordem decrescente, apresentando-se aqui apenas 94 dos 95 hospitais públicos, em função do Hospital Beatriz Ângelo - Loures ter iniciado actividade apenas em Janeiro de 2012.

Tabela 5.7 – Consultas externas médicas prestadas em 2011

Hospital	Total de consultas prestadas em 2011
Hospital de São João - Porto	667.376
Hospital de Santa Maria - Lisboa	599.132
Hospitais da Universidade de Coimbra	519.784
Hospital Geral de Santo António - Porto	419.544

Hospital de Eduardo Santos Silva (Unidade I) - Vila Nova de Gaia	335.780
Hospital de Braga	294.448
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE - Amadora	269.902
Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE	264.868
Hospital Garcia de Orta, EPE - Almada	258.498
Hospital da Senhora da Oliveira - Guimarães	241.204
Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE	218.257
Hospital de São Sebastião - Santa Maria da Feira	214.649
Hospital Padre Américo - Vale de Sousa - Penafiel	213.489
Hospital São Teotónio - Viseu	211.670
Hospital Pedro Hispano - Matosinhos	210.162
Hospital de Faro, EPE	206.356
Hospital de Egas Moniz - Lisboa	206.056
Hospital de São Bernardo - Setúbal	193.975
Hospital de Santo André - Leiria	190.347
Hospital Curry Cabral, EPE - Lisboa	186.458
Hospital de Santo António dos Capuchos - Lisboa	181.425
Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE	179.866
Hospital Infante D. Pedro, EPE - Aveiro	177.362
Hospital de Santa Luzia - Viana do Castelo	176.558
Hospital de Vila Real	165.807
Hospital de Santarém, EPE	155.373
Hospital de São Francisco Xavier - Oeiras	153.842
Hospital de São José - Lisboa	152.228
Hospital de Nossa Senhora do Rosário - Barreiro	152.156
Hospital da Covilhã	145.481
Hospital Geral da Colónia Portuguesa do Brasil (Hospital dos Covões) - Coimbra	144.468
Hospital de D. Estefânia - Lisboa	141.439
Hospital Pulido Valente - Lisboa	141.246
Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE	130.743
Hospital Dr. José de Almeida - Cascais	120.950
Hospital do Barlavento Algarvio - Portimão	115.845
Hospital São João de Deus - Vila Nova de Famalicão	104.982
Hospital de Santa Marta - Lisboa	98.304
Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	93.646
Hospital Santa Cruz - Oeiras	92.693
Hospital Amato Lusitano - Castelo Branco	88.873
Hospital José Joaquim Fernandes - Beja	87.001

Maternidade Júlio Dinis - Porto	86.182
Hospital Distrital de Vila Nova de Gaia (Unidade II)	85.768
Hospital de Sousa Martins - Guarda	83.760
Hospital Distrital de S. João da Madeira	80.899
Hospital Pediátrico de Coimbra	79.907
Hospital Santa Maria Maior, EPE - Barcelos	74.300
Maternidade Dr. Alfredo da Costa - Lisboa	73.253
Hospital Distrital de Tomar	70.002
Hospital de Vila Franca de Xira	69.199
Hospital Distrital Caldas da Rainha (Centro Hospitalar das Caldas da Rainha)	67.640
Hospital Conde de São Bento - Santo Tirso	66.890
Hospital do Litoral Alentejano, EPE - Santiago do Cacém	61.493
Hospital de Júlio de Matos - Lisboa (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa)	60.845
Hospital Dr. José Maria Grande - Portalegre	58.843
Hospital Distrital Torres Vedras	57.426
Maternidade Bissaya Barreto - Coimbra	52.978
Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto - Lisboa	52.711
Hospital Distrital de Abrantes	51.082
Hospital Distrital de Torres Novas	50.814
Hospital Distrital de Bragança	49.269
Hospital de Chaves	46.304
Hospital São Gonçalo - Amarante	44.242
Hospital de Magalhães Lemos, EPE	43.280
Hospital Distrital da Póvoa de Varzim	42.202
Hospital Distrital de Mirandela	39.993
Hospital Santa Luzia de Elvas	39.761
Hospital Dom Luiz I - Peso da Régua (Centro Hospitalar de Vila Real/Peso da Régua)	37.143
Hospital Conde de Bertiandos - Ponte de Lima (Centro Hospitalar do Alto Minho)	31.731
Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar	30.653
Hospital Distrital de Vila do Conde	29.729
Hospital Ortopédico de Sant'Iago do Outão - Setúbal	29.360
Hospital Joaquim Urbano - Porto	29.356
Hospital Nossa Senhora da Conceição - Valongo	25.802
Hospital Sobral Cid - Coimbra (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra)	24.578
Hospital Distrital de Águeda	23.288
Hospital Nossa Senhora da Assunção - Seia	22.623
Hospital de Lamego	22.230
Hospital do Fundão	20.049

Hospital de São José - Fafe	19.267
Hospital Distrital de Pombal	18.769
Maternidade Dr. Daniel de Matos (Hospitais da Universidade de Coimbra)	18.628
Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior - Torres Vedras	15.896
Hospital Distrital de Macedo de Cavaleiros	15.888
Hospital do Montijo	14.116
Hospital São Miguel - Oliveira de Azeméis	13.144
Hospital Bernardino Lopes de Oliveira - Alcobaça	12.924
Hospital de Cândido Figueiredo - Tondela	12.298
Hospital Visconde Salreu - Estarreja	11.778
Hospital de São Pedro Gonçalves Telmo - Peniche	10.915
Hospital Distrital de Lagos	4.643
Centro Medicina de Reabilitação da Região Centro Rovisco Pais - Cantanhede	2.990
Centro de Medicina de Reabilitação do Sul - São Brás de Alportel	2.791

5.1. As especialidades de Medicina Interna, Cirurgia Geral, Neurologia, Obstetrícia, Pediatria e Infecçiology

Nesta secção é apresentada a capacidade de oferta hospitalar dos hospitais públicos para as seis especialidades definidas para a concretização da Carta Hospitalar, informando-se concretamente os números de médicos das especialidades de medicina interna, cirurgia geral, neurologia, obstetrícia, pediatria e infecçiology que trabalham em cada hospital⁶⁰.

A tabela 5.8 apresenta, para as especialidades de medicina interna, cirurgia geral, neurologia, pediatria e infecçiology, os hospitais públicos da Rede Hospitalar com Financiamento Público e os números de médicos em termos ETC correspondentes, fornecidos pelos próprios hospitais em Fevereiro e Março de 2012. Os números aqui apresentados foram transmitidos pelos hospitais na sequência dos pedidos de informação da ERS remetidos aos mesmos em 6 de Fevereiro de 2012. Importa notar, contudo, que eventuais disparidades entre os números (tanto na tabela 5.8 como na tabela 5.9) e a realidade serão pontuais e referir-se-ão essencialmente à forma de apresentação dos números pelos hospitais na resposta à solicitação da ERS, uma vez

⁶⁰ Não são apresentados os números de camas em função da prática, por alguns hospitais, de camas de internamento comuns a duas ou mais especialidades (camas neutras), o que dificulta a comparabilidade.

que alguns hospitais não terão indicado todos os tipos de contratos de médicos por especialidade (que incluem internos e prestadores de serviços), tal como foi planeado para a representação da capacidade de oferta, ou à agregação ou não de subespecialidades nas especialidades em causa⁶¹.

Tabela 5.8 – Médicos especialistas (ETC) em medicina interna, cirurgia geral, neurologia, pediatria e infecciologia nos hospitais públicos, em 2011⁶²

CH/ULS	Hospital	Medicina Interna	Cirurgia Geral	Neurologia	Pediatria	Infecciologia
Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim-Vila do Conde, EPE	Hospital Distrital da Póvoa de Varzim	6,5	12,2	0,0	12,0	0,0
	Hospital Distrital de Vila do Conde	11,9	2,0	0,1	0,7	0,0
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE	Hospital de São Sebastião - Santa Maria da Feira	31,7	25,3	16,2	30,7	0,0
	Hospital Distrital de S. João da Madeira	1,1	4,4	0,0	0,0	0,0
	Hospital São Miguel - Oliveira de Azeméis	8,4	0,0	0,0	2,4	0,0
Centro Hospitalar de São João, EPE	Hospital de São João - Porto	93,0	43,4	16,7	61,7	17,8
	Hospital Nossa Senhora da Conceição - Valongo	2,4	4,2	0,0	0,0	0,0
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	Hospital de Chaves	15,0	8,2	1,2	5,5	0,0
	Hospital de Lamego	3,3	4,8	0,0	2,3	0,0
	Hospital de Vila Real	37,2	29,5	10,9	23,7	0,0
	Hospital Dom Luiz I - Peso da Régua (Centro Hospitalar de Vila Real/Peso da Régua)	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	Hospital de Eduardo Santos Silva (Unidade I) - Vila Nova de Gaia	74,8	38,0	15,7	19,8	2,1
	Hospital Distrital de Vila Nova de Gaia (Unidade II)	0,0	0,0	0,0	37,3	0,0
Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE	Hospital da Senhora da Oliveira - Guimarães	36,7	29,8	4,4	46,1	0,0
	Hospital de São José - Fafe	9,0	4,7	0,0	0,0	0,0
Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	Hospital Conde de São Bento - Santo Tirso	18,1	5,3	0,0	3,0	0,0
	Hospital São João de Deus - Vila Nova de Famalicão	14,3	20,1	0,4	24,1	0,0
Centro Hospitalar do Porto, EPE	Hospital Geral de Santo António - Porto	93,0	44,1	29,9	4,6	2,3
	Hospital Joaquim Urbano - Porto	0,0	0,0	0,0	0,0	16,0
	Maternidade Júlio Dinis - Porto	0,0	0,0	0,0	21,4	0,0

⁶¹ Note-se, ainda, que em alguns casos referentes aos Centros Hospitalares e ULS, por não ter sido possível obter informação referente à desagregação de tipos de contratos específicos por unidade hospitalar, foi feita uma desagregação aproximada, mas com base nas informações fornecidas a respeito da deslocação dos médicos entre as unidades hospitalares.

⁶² Relativamente aos asteriscos apresentados na tabela, note-se que no Centro Hospitalar do Oeste Norte não estão incluídos os médicos prestadores de serviço. No que se refere à Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE, na resposta obtida pela ERS para os seus dois hospitais houve indicação da existência de cirurgia geral, quanto a consultas e internamento (Portalegre), mas não houve informação sobre o número de médicos da especialidade de cirurgia geral. Quanto ao Hospital de Bragança, tem consultas de neurologia, mas na resposta recebida pela ERS não houve indicação do número de médicos da especialidade de neurologia. Finalmente, note-se que o número de médicos de infecciologia informado pelo Hospital de Braga não se reporta a ETC.

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE	Hospital Padre Américo - Vale de Sousa - Penafiel	37,4	30,7	1,1	43,1	0,0
	Hospital São Gonçalo - Amarante	8,5	0,0	0,0	0,0	0,0
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	Hospital Pedro Hispano - Matosinhos	57,3	26,5	3,3	34,3	5,6
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE	Hospital Conde de Bertiandos - Ponte de Lima (Centro Hospitalar do Alto Minho)	17,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Hospital de Santa Luzia - Viana do Castelo	48,0	31,0	10,0	29,0	0,0
Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE	Hospital Distrital de Bragança*	15,3	7,0	0,0	5,0	0,0
	Hospital Distrital de Macedo de Cavaleiros	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0
	Hospital Distrital de Mirandela	7,0	6,7	3,6	3,4	0,0
-	Hospital de Braga*	38,0	19,0	9,0	30,0	3,0
	Hospital de Magalhães Lemos, EPE	1,2	0,0	1,2	0,0	0,0
	Hospital Santa Maria Maior, EPE - Barcelos	22,3	12,5	0,0	12,5	0,0
	Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE	22,5	32,4	2,2	8,8	0,0
Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	Hospital da Covilhã	24,4	14,1	4,0	8,6	1,1
	Hospital do Fundão	3,5	0,1	0,0	0,0	1,2
Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, EPE	Hospital de Santo André - Leiria	52,4	29,7	2,9	32,5	0,0
	Hospital Distrital de Pombal	2,3	3,5	0,0	1,1	0,0
Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE	Hospital Distrital de Águeda	4,0	4,0	0,0	0,0	0,0
	Hospital Infante D. Pedro, EPE - Aveiro	50,4	26,8	4,4	38,6	6,9
	Hospital Visconde Salreu - Estarreja	1,2	3,6	0,0	0,0	0,0
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	Hospitais da Universidade de Coimbra	44,0	35,0	22,0	12,0	18,0
	Maternidade Dr. Daniel de Matos (Hospitais da Universidade de Coimbra)					
	Hospital Geral da Colónia Portuguesa do Brasil (Hospital dos Covões) - Coimbra	19,5	19,9	10,7	0,0	6,8
	Hospital Pediátrico de Coimbra	0,0	0,0	0,0	60,8	0,0
	Hospital Sobral Cid - Coimbra (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Maternidade Bissaya Barreto - Coimbra	0,0	0,0	0,0	11,3	0,0
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE	Hospital de Cândido Figueiredo - Tondela	1,0	3,6	0,0	0,0	0,0
	Hospital São Teotónio - Viseu	37,8	22,5	3,3	21,3	1,2
Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	Hospital de Sousa Martins - Guarda	34,0	13,0	2,0	8,0	0,0
	Hospital Nossa Senhora da Assunção - Seia	5,0	1,0	0,0	0,0	0,0
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE	Hospital Amato Lusitano - Castelo Branco	24,5	18,4	2,0	6,6	0,0
-	Centro Medicina de Reabilitação da Região Centro Rovisco Pais - Cantanhede	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0
	Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	24,4	14,5	1,8	5,7	0,0
	Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0
	Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE	5,9	15,8	2,4	0,0	0,0

Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE	Hospital de Nossa Senhora do Rosário - Barreiro	37,6	23,1	4,4	27,2	2,3
	Hospital do Montijo	5,6	5,8	0,0	0,0	0,0
Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	Hospital Curry Cabral, EPE - Lisboa	87,4	29,3	0,0	0,0	6,9
	Hospital de D. Estefânia - Lisboa	0,0	0,0	0,0	119,5	0,0
	Hospital de Santa Marta - Lisboa	24,7	0,0	0,0	0,0	0,0
	Hospital de Santo António dos Capuchos - Lisboa	57,4	41,7	17,3	0,0	0,0
	Hospital de São José - Lisboa	101,5	31,8	6,8	0,0	0,0
	Maternidade Dr. Alfredo da Costa - Lisboa	1,0	0,0	0,0	22,0	0,0
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	Hospital de Egas Moniz - Lisboa	58,7	21,2	14,0	0,0	14,7
	Hospital de São Francisco Xavier - Oeiras	68,6	28,4	0,2	45,8	0,3
	Hospital Santa Cruz - Oeiras	2,6	16,5	0,0	1,1	0,0
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	Hospital de São Bernardo - Setúbal	27,8	25,0	6,0	14,5	6,4
	Hospital Ortopédico de Sant'Iago do Outão - Setúbal	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Centro Hospitalar de Torres Vedras	Hospital Distrital Torres Vedras	25,2	18,6	0,0	14,1	0,0
	Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior - Torres Vedras	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE	Hospital Distrital de Abrantes	14,8	11,9	0,0	11,5	0,0
	Hospital Distrital de Tomar	12,8	7,0	0,0	2,3	0,0
	Hospital Distrital de Torres Novas	12,1	8,9	1,1	15,2	0,3
Centro Hospitalar do Oeste Norte*	Hospital Bernardino Lopes de Oliveira - Alcobaça	1,2	2,2	0,0	1,0	0,0
	Hospital de São Pedro Gonçalves Telmo - Peniche	2,1	1,2	0,0	0,0	0,0
	Hospital Distrital Caldas da Rainha (Centro Hospitalar das Caldas da Rainha)	15,1	8,4	1,0	17,8	0,0
Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	Hospital de Santa Maria - Lisboa	85,0	48,0	18,0	68,0	20,0
	Hospital Pulido Valente - Lisboa	22,0	15,0	0,0	0,0	1,0
-	Hospital Beatriz Ângelo - Loures	31,0	12,0	6,0	17,0	2,0
	Hospital de Júlio de Matos - Lisboa (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa)	2,0	0,0	2,0	0,0	0,0
	Hospital de Santarém, EPE	44,6	22,6	3,2	23,1	0,0
	Hospital de Vila Franca de Xira	18,9	14,4	1,0	13,9	0,0
	Hospital Dr. José de Almeida - Cascais	22,0	23,0	4,0	30,0	0,0
	Hospital Garcia de Orta, EPE - Almada	26,3	18,8	8,5	33,9	4,7
	Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE - Amadora	74,4	32,4	15,9	48,5	5,3
	Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto - Lisboa	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE	6,0	26,0	8,0	11,0	0,0
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE	Hospital José Joaquim Fernandes - Beja	37,5	21,5	1,2	20,2	0,0
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE	Hospital Dr. José Maria Grande - Portalegre*	4,4	0,0	0,0	3,2	0,0
	Hospital Santa Luzia de Elvas	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
-	Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE	37,8	23,9	2,6	32,8	0,0

	Hospital do Litoral Alentejano, EPE - Santiago do Cacém	26,5	16,2	0,0	2,7	0,0
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE	Hospital do Barlavento Algarvio - Portimão	33,1	22,7	2,3	13,4	0,0
	Hospital Distrital de Lagos	3,1	0,0	0,0	0,0	0,0
-	Centro de Medicina de Reabilitação do Sul - São Brás de Alportel	2,1	0,0	0,1	0,0	0,0
	Hospital de Faro, EPE	8,4	4,8	2,2	8,7	1,0

A tabela 5.9 permite a identificação dos hospitais públicos com obstetrícia, ou seja, com blocos de partos, juntamente com o número de partos realizados em 2011 e o número de médicos especialistas em ginecologia e obstetrícia.

Tabela 5.9 – Partos e ginecologistas/obstetras nos hospitais públicos, em 2011⁶³

CH/ULS	Hospital	Partos (2011)	Médicos (ETC)
Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim-Vila do Conde, EPE	Hospital Distrital da Póvoa de Varzim	1116	11,5
	Hospital Distrital de Vila do Conde	0	0,9
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE	Hospital de São Sebastião - Santa Maria da Feira	2115	21,0
	Hospital Distrital de S. João da Madeira	0	2,2
	Hospital São Miguel - Oliveira de Azeméis	0	0,0
Centro Hospitalar de São João, EPE	Hospital de São João - Porto	2830	35,8
	Hospital Nossa Senhora da Conceição - Valongo	0	0,0
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	Hospital de Chaves	0	4,5
	Hospital de Lamego	0	1,2
	Hospital de Vila Real	1755	13,0
	Hospital Dom Luiz I - Peso da Régua (Centro Hospitalar de Vila Real/Peso da Régua)	0	0,0
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	Hospital de Eduardo Santos Silva (Unidade I) - Vila Nova de Gaia	0	0,0
	Hospital Distrital de Vila Nova de Gaia (Unidade II)	1939	47,5
Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE	Hospital da Senhora da Oliveira - Guimarães	2477	35,1
	Hospital de São José - Fafe	0	0,0
Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	Hospital Conde de São Bento - Santo Tirso	0	2,2
	Hospital São João de Deus - Vila Nova de Famalicão	1644	12,8
Centro Hospitalar do Porto, EPE	Hospital Geral de Santo António - Porto	0	1,1
	Hospital Joaquim Urbano - Porto	0	0,0
	Maternidade Júlio Dinis - Porto	3427	80,0
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE	Hospital Padre Américo - Vale de Sousa - Penafiel	2863	30,2
	Hospital São Gonçalo - Amarante	0	0,0

⁶³ Relativamente aos asteriscos apresentados na tabela, note-se primeiramente que, em função de ser um hospital que somente entrou em funcionamento em Janeiro de 2012, o número de partos indicado para o Hospital de Loures refere-se a uma previsão para 2012, sendo que se prevê que possa crescer até 3000/ano. No que se refere ao Centro Hospitalar do Oeste Norte, refira-se que não estão incluídos os médicos prestadores de serviço.

Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	Hospital Pedro Hispano - Matosinhos	1693	21,9
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE	Hospital Conde de Bertiandos - Ponte de Lima (Centro Hospitalar do Alto Minho)	0	0,0
	Hospital de Santa Luzia - Viana do Castelo	1695	21,0
Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE	Hospital Distrital de Bragança	597	3,9
	Hospital Distrital de Macedo de Cavaleiros	0	0,0
	Hospital Distrital de Mirandela	0	1,1
-	Hospital de Braga	2964	22,0
	Hospital de Magalhães Lemos, EPE	0	0,0
	Hospital Santa Maria Maior, EPE - Barcelos	0	2,1
	Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE	0	10,0
Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	Hospital da Covilhã	594	18,5
	Hospital do Fundão	0	0,2
Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, EPE	Hospital de Santo André - Leiria	2117	23,0
	Hospital Distrital de Pombal	0	0,0
Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE	Hospital Distrital de Águeda	0	0,0
	Hospital Infante D. Pedro, EPE - Aveiro	1805	19,6
	Hospital Visconde Salreu - Estarreja	0	0,0
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	Hospitais da Universidade de Coimbra	2858	59,0
	Maternidade Dr. Daniel de Matos (Hospitais da Universidade de Coimbra)		
	Hospital Geral da Colónia Portuguesa do Brasil (Hospital dos Covões) - Coimbra	0	0,0
	Hospital Pediátrico de Coimbra	0	0,0
	Hospital Sobral Cid - Coimbra (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra)	0	0,0
	Maternidade Bissaya Barreto - Coimbra	2848	44,3
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE	Hospital de Cândido Figueiredo - Tondela	0	0,0
	Hospital São Teotónio - Viseu	2324	19,0
Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	Hospital de Sousa Martins - Guarda	670	12,0
	Hospital Nossa Senhora da Assunção - Seia	0	0,0
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE	Hospital Amato Lusitano - Castelo Branco	465	3,4
-	Centro Medicina de Reabilitação da Região Centro Rovisco Pais - Cantanhede	0	0,0
	Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	0	4,4
	Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar	0	0,0
	Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE	0	8,8
Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE	Hospital de Nossa Senhora do Rosário - Barreiro	1809	22,2
	Hospital do Montijo	0	0,0
Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	Hospital Curry Cabral, EPE - Lisboa	0	0,0

	Hospital de D. Estefânia - Lisboa	821 ⁶⁴	27,2
	Hospital de Santa Marta - Lisboa	0	0,0
	Hospital de Santo António dos Capuchos - Lisboa	0	0,0
	Hospital de São José - Lisboa	0	0,0
	Maternidade Dr. Alfredo da Costa - Lisboa	5581	73,0
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	Hospital de Egas Moniz - Lisboa	0	0,0
	Hospital de São Francisco Xavier - Oeiras	2621	29,4
	Hospital Santa Cruz - Oeiras	0	0,0
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	Hospital de São Bernardo - Setúbal	1802	15,7
	Hospital Ortopédico de Sant'ago do Outão - Setúbal	0	0,0
Centro Hospitalar de Torres Vedras	Hospital Distrital Torres Vedras	1000	18,2
	Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior - Torres Vedras	0	0,0
Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE	Hospital Distrital de Abrantes	985	13,2
	Hospital Distrital de Tomar	0	0,0
	Hospital Distrital de Torres Novas	0	0,0
Centro Hospitalar do Oeste Norte*	Hospital Bernardino Lopes de Oliveira - Alcobaça	0	0,0
	Hospital de São Pedro Gonçalves Telmo - Peniche	0	0,0
	Hospital Distrital Caldas da Rainha (Centro Hospitalar das Caldas da Rainha)	1380	6,6
Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	Hospital de Santa Maria - Lisboa	2702	35,0
	Hospital Pulido Valente - Lisboa	0	0,0
	Hospital Beatriz Ângelo - Loures*	1500	13,0
	Hospital de Júlio de Matos - Lisboa (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa)	0	0,0
	Hospital de Santarém, EPE	1363	24,7
	Hospital de Vila Franca de Xira	1122	9,1
	Hospital Dr. José de Almeida - Cascais	2428	26,0
	Hospital Garcia de Orta, EPE - Almada	2852	20,3
	Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE - Amadora	3213	38,0
	Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto - Lisboa	0	0,0
	Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE	0	7,0
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE	Hospital José Joaquim Fernandes - Beja	1168	11,3
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE	Hospital Dr. José Maria Grande - Portalegre	433	6,9
	Hospital Santa Luzia de Elvas	0	0,3
	Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE	1379	12,9

⁶⁴ Relativamente ao Hospital de D. Estefânia, note-se que foi determinada pelo Ministério da Saúde, em 2011, a cessação da actividade do bloco de partos, apesar de tal unidade haver referido à ERS a realização de partos nesse ano.

	Hospital do Litoral Alentejano, EPE - Santiago do Cacém	0	0,7
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE	Hospital do Barlavento Algarvio - Portimão	1597	7,3
	Hospital Distrital de Lagos	0	0,0
-	Centro de Medicina de Reabilitação do Sul - São Brás de Alportel	0	0,0
	Hospital de Faro, EPE	2732	7,6

Finalmente, são identificados os prestadores de cuidados de saúde hospitalares de IPSS financiadas publicamente prestando cuidados de saúde nas valências de medicina interna e cirurgia geral, não se identificando IPSS para as restantes quatro valências.

Medicina Interna:

- Santa Casa da Misericórdia do Porto - Hospital da Prelada.

Cirurgia Geral:

- Hospital da Fundação Aurélio Amaro Diniz - Oliveira do Hospital;
- Santa Casa da Misericórdia da Mealhada;
- Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Lanhoso;
- Santa Casa da Misericórdia de Benavente;
- Santa Casa da Misericórdia de Esposende;
- Santa Casa da Misericórdia de Fão;
- Santa Casa da Misericórdia de Felgueiras;
- Santa Casa da Misericórdia de Lousada;
- Santa Casa da Misericórdia de Marco de Canaveses;
- Santa Casa da Misericórdia de Riba de Ave;
- Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde; e
- Santa Casa da Misericórdia do Porto - Hospital da Prelada.

5.2. Conclusão

Neste capítulo é apresentada a oferta hospitalar da Rede Hospitalar com Financiamento Público. De acordo com toda a informação coligida pela ERS, em Janeiro de 2012 integravam a Rede Hospitalar com Financiamento Público 95 hospitais públicos, sendo 77 hospitais gerais e 18 especializados, e 18 hospitais pertencentes a IPSS, perfazendo um total de 113 hospitais.

Destaca-se, em particular a oferta pública, que é caracterizada em termos de números de contratos de médicos, de médicos equivalentes a tempo completo e de camas de internamento de agudos, sendo também quantificada a população coberta dos hospitais, de acordo com as suas actuais áreas de influência primárias. Os números apresentados baseiam-se nas informações recolhidas pela ERS junto dos hospitais do SNS durante Fevereiro e Março de 2012.

Apresentam-se também, relativamente à oferta hospitalar pública, os números de médicos equivalentes a tempo completo para as seis especialidades solicitadas pelo Ministério da Saúde e os números totais de consultas externas médicas dos hospitais do SNS.

6. Metodologia para a elaboração da Carta Hospitalar

Neste capítulo apresenta-se o racional teórico e analítico em que assenta a proposta de Carta Hospitalar e que será apresentada no capítulo 7. O quadro metodológico é constituído por um conjunto de pressupostos que balizam a concretização da Rede Hospitalar com Financiamento Público (secção 6.1) e por todas as definições gerais e fundamentais para a constituição da rede e respectivo modo de funcionamento (secção 6.2). Finalmente, tendo por base de trabalho o conjunto de orientações gerais e o modelo de oferta hospitalar preconizado nas duas anteriores secções, na secção 6.3 apresenta-se um terceiro nível de pressupostos técnicos para a rede proposta neste documento, estes concretamente relacionados com as especialidades visadas em tal proposta⁶⁵.

6.1. Pressupostos gerais

Em planeamento em saúde nem sempre é possível emitir opiniões em termos de propostas futuras de planeamento estratégico dos serviços de saúde (como é o caso de uma Carta Hospitalar) ou para corrigir eventuais iniquidades em saúde, só com recurso a informação "objectiva", como mortalidade, morbidade, demografia, recursos humanos, materiais, financeiros e produção dos serviços.

No que respeita à qualidade dos cuidados, a boas práticas, a efectividade dos cuidados e impacte em saúde ou à adequação dos cuidados às necessidades em saúde da população (que é sempre multifactorial e os factores determinantes são inúmeros), é frequente ter que se recorrer a técnicas de obtenção de consensos, como por exemplo Painel Delphi, Grupo Nominal (ou método de Delbecq). A técnica a que se recorreu neste estudo consistiu no convite a médicos experientes nas especialidades em análise e bem conhecedores das realidades de cada uma das regiões de saúde.

Toda a informação recolhida e tratada pela ERS foi facultada a todos os peritos médicos, que foi, naturalmente, incorporada na reflexão individual de cada perito. Foi igualmente elaborado um questionário para resposta por cada um dos peritos, subseqüentemente circulada entre o conjunto dos peritos de cada especialidade. Em momento ulterior, foi elaborada reunião com os peritos de cada especialidade para recolha de opinião(ões) complementar(es) e consensualização dos pressupostos. Em resultado da reunião, foram elaborados os pressupostos por especialidade, subseqüentemente enviados para comentários e validação dos peritos, sendo que a cada modificação, alteração ou

⁶⁵ Como referido anteriormente, as especialidades em análise foram identificadas à ERS pelo Ministério da Saúde.

aditamento se repetiu o processo de submissão a comentários e validação pelos peritos, até conclusão da configuração final dos pressupostos por especialidade.

Tais pressupostos, que necessariamente incluem aspectos qualitativos da prestação de cuidados de saúde, foram complementados por análises da ERS e relativas ao acesso dos utentes a cuidados de saúde hospitalares, que sinalizaram a existência de indícios de potencial redundância ou de defeito de oferta face à procura potencial. Essas análises foram feitas para a população total, para a população feminina e para a população com idade até 14 anos⁶⁶, estratificando-se a base populacional por forma a obter resultados que interessam mais para as especialidades de obstetrícia e pediatria. Todos os pressupostos/critérios e resultados das análises do acesso contribuíram, conjuntamente, para que se pudesse concretizar uma Carta Hospitalar.

6.1.1. Acesso e equidade

A proposta de Carta Hospitalar elaborada pela ERS pressupõe a defesa do acesso das populações à Rede Hospitalar com Financiamento Público, em condições equitativas e ajustadas às suas necessidades de cuidados de saúde. Nesse sentido, é objectivo central da Carta que a rede proposta permita o bom funcionamento da oferta hospitalar, com racionalização de recursos e promoção da qualidade na prestação de cuidados de saúde hospitalares, sem comprometer os níveis de acesso onde ele está actualmente garantido. Será possível, desta forma, proporcionar um incremento global do acesso a cuidados de saúde com qualidade, sem promover desigualdades nesse acesso.

A oferta de serviços deverá adequar-se, tanto quanto possível, às necessidades concretas de cada região, assegurando um grau de acessibilidade uniforme para todas as populações.

O conceito de equidade aqui subjacente (distribuição da oferta de acordo com as necessidades), além de constituir em si próprio um objectivo legalmente consagrado, é também condição instrumental para o cumprimento de uma eficiente utilização dos recursos disponíveis, e conseqüentemente, para se atingir a maximização do acesso global aos cuidados de saúde.

⁶⁶ Foi considerada a faixa etária até 14 anos, em função dos dados provisórios dos Censos 2011, que são apresentados por grupo etário nas faixas 0-14, 15-24, 25-64 e 65 e mais anos, apesar da idade pediátrica compreender actualmente a população com idade até 17 anos e 364 dias, conforme estabelecido pelo Despacho da Ministra da Saúde n.º 9871/2010, de 11 de Junho, sobre a definição da idade pediátrica em Portugal.

Por contraponto, no “Estudo para a Carta Hospitalar”, de Dezembro de 2011, elaborado pela ERS para o Ministério da Saúde, constatou-se um cenário de desequilibrada distribuição de oferta de serviços hospitalares face às necessidades das populações, de tal forma que em algumas regiões se evidenciavam potenciais excessos relativos de oferta, e noutros, escassez relativa.

Aquele excesso, por definição, representa um desperdício de recursos da sociedade, uma vez que se considera existir um excesso de oferta exactamente quando esta excede as necessidades de cuidados de saúde, ainda que considerando razoável e admissível alguma sobrecapacidade mobilizável para fazer face a picos ocasionais de procura de serviços de saúde. Mas mais importante, tal excesso pode representar uma limitação à supressão da escassez de recursos sentida em outras regiões mais desfavorecidas. Podem, pois, existir recursos suficientes para suprir todas as necessidades de cuidados de saúde, mas, estando distribuídos de forma desequilibrada, resultam num acesso global inferior ao máximo possível.

Naturalmente, como corolário, o reordenamento racional dos recursos neste cenário pode permitir ganhos de acesso nas regiões desfavorecidas, sem prejuízo da sua manutenção nas regiões de maior concentração relativa de recursos, e, conseqüentemente, fomentar um incremento global do nível de acesso aos cuidados de saúde.

A ERS, no referido “Estudo para a Carta Hospitalar”, verificou existirem indícios de potencial redundância de oferta face à procura potencial que recaíam sobre um conjunto de concelhos que foram classificados como possuindo elevada acessibilidade, concentrados em torno de Lisboa, Porto e Coimbra⁶⁷.

As populações desses concelhos estariam a dispor do maior grau de acesso a cuidados de saúde hospitalares – um acesso que pode ser considerado elevado em razão de um potencial excesso de concentração de recursos humanos e hospitais em regiões próximas, em detrimento da relativa escassez de recursos humanos e hospitais em outras regiões – os concelhos que foram classificados com baixa acessibilidade –, que, assim, teriam populações residentes com um acesso dificultado aos cuidados de saúde hospitalares da Rede Hospitalar com Financiamento Público.

No que concerne a esses concelhos com baixa acessibilidade, constatou-se que se localizavam principalmente em regiões fronteiriças e do interior e nas regiões do Alentejo e do Algarve. Tal constatação, juntamente com a identificação das regiões com oferta potencialmente redundante, indicou que havia desigualdades na acessibilidade espacial dos utentes do SNS a cuidados de saúde hospitalares que precisam de ser corrigidas.

⁶⁷ A metodologia de análise utilizada é apresentada no Anexo I.

Com a actualização de dados realizada em Fevereiro e Março de 2012 foram refeitas as análises e complementados os resultados obtidos em Dezembro (*vide* Anexo I com a metodologia de análise adoptada).

A nova análise confirmou o padrão de concentração de oferta relativamente excessiva (particularmente em Lisboa, Porto e Coimbra), e foi feita em três partes: para a população total, para mulheres e para crianças, com vista a separar os resultados mais relevantes para obstetrícia e pediatria, tendo em conta as diferentes distribuições geográficas dos grupos populacionais.

Por seu turno, os resultados da nova análise foram utilizados para confirmar que as mudanças propostas na Carta Hospitalar (capítulo 7) não impactam negativamente no acesso das populações com acessibilidade baixa (os resultados que consideram a população total foi utilizada para as especialidades de medicina interna, cirurgia geral, neurologia e infecciologia, a população feminina foi utilizada para obstetrícia e a população com idade até 14 anos de idade foi utilizada para pediatria⁶⁸).

Por último, e considerando que a análise foi efectuada tendo por base a unidade “concelho”, esclarece-se que apesar de a análise de acesso considerar, para além do aspecto geoespacial propriamente dito e acrescido da vertente temporal do acesso, os *ratio* de oferta vs. procura potencial, a mesma não mede de forma linear a adequação da capacidade instalada face àquela que fosse a capacidade adequada para a procura efectiva⁶⁹. Nesse sentido, e especificamente considerando as “malhas urbanas” (Lisboa, Porto e Coimbra), em que o acesso se encontra “concentrado” quer em termos de oferta, quer em termos de procura, a perspectiva geoespacial e temporal do acesso encontra-se garantida, irrelevantemente das localizações das unidades hospitalares nas referidas “malhas” e distribuição dos serviços pelas mesmas, remanescendo portanto e apenas uma aferição da referida adequação da capacidade instalada. Tal aferição consubstancia, porém, um aspecto já de planeamento *operacional*, uma vez que quanto ao planeamento *estratégico* tais concelhos encontram-se já com cobertura de acesso plenamente garantida, com particular acuidade no que respeita à cidade e concelho de Lisboa, que concentra nove dos dez hospitais de referência/centrais existentes na região de LVT.

⁶⁸ Foi considerada a faixa etária até 14 anos, em função dos dados provisórios dos Censos 2011, que são apresentados por grupo etário nas faixas 0-14, 15-24, 25-64 e 65 e mais anos, apesar da idade pediátrica compreender actualmente a população com idade até 17 anos e 364 dias, conforme estabelecido pelo Despacho da Ministra da Saúde n.º 9871/2010, de 11 de Junho, sobre a definição da idade pediátrica em Portugal.

⁶⁹ Como parecerá claro, tal equação depende em directa medida daquelas que sejam as áreas de influência definidas para cada unidade hospitalar.

6.1.2. Determinantes em saúde

Numa rede hospitalar que se quer eficiente na sua organização e eficaz na protecção e promoção da saúde das populações, os hospitais têm que ser pensados, estruturados, organizados e geridos em coerência com o actual paradigma da saúde da população. De facto, há um conjunto de tendências demográficas, epidemiológicas e sociais em Portugal (de resto, já estudadas em detalhe no capítulo 2 deste documento) com previsível impacto nas necessidades concretas de cuidados de saúde das populações, que interessa ter em consideração no momento do planeamento estratégico da oferta hospitalar. Desse conjunto de tendências destacam-se o envelhecimento da população, a elevada prevalência de doenças crónicas e de multipatologias, a queda dos índices de fertilidade e os crescentes índices de instrução das populações, possivelmente acompanhados do aumento da literacia em saúde.⁷⁰

Como sugere diversa literatura científica nesta área, todas estas tendências constituem, na óptica do sistema de saúde, determinantes da saúde dos indivíduos e da sua procura de cuidados de saúde. Assim, o seu acompanhamento é fundamental para que se conheça o perfil médio do utente dos serviços de saúde, em cada região, algo que deve estar presente na fase de planeamento da oferta de serviços. Só assim será possível garantir que a organização hospitalar é concebida numa lógica que tenha como centralidade o doente e as suas necessidades em saúde.

6.1.3. Cuidados de saúde transfronteiriços

A implementação da Directiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de Março de 2011, relativa ao Exercício dos Direitos dos Doentes em Matéria de Cuidados de Saúde Transfronteiriços, que deverá ser transposta para o ordenamento jurídico dos Estados-Membros até 25 de Outubro de 2013⁷¹, deverá ser levada em consideração no esforço de reformulação da rede hospitalar pública.

⁷⁰ Por outro lado, também o rápido progresso tecnológico e técnico-científico na medicina representa uma tensão sobre o tipo e quantidade de cuidados de saúde que são procurados, agindo não tanto do lado das necessidades efectivas dos indivíduos, mas antes do lado da componente da procura que deriva directamente do leque de exames e tratamentos alternativos disponíveis (i.e., não se trata de um determinante da saúde mas é um determinante da procura de serviços de saúde).

⁷¹ Sobre a Directiva, veja-se a “Análise do Impacto da Directiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de Março de 2011, relativa ao Exercício dos Direitos dos Doentes em Matéria de Cuidados de Saúde Transfronteiriços sobre o Sistema de Saúde Português” realizada pela ERS, em www.ers.pt.

Com efeito, estima-se que a população residente em regiões próximas da fronteira e com reduzida acessibilidade aos cuidados hospitalares deverá, em resultado da efectiva aplicação desta Directiva, passar a recorrer (mais) a cuidados de saúde hospitalares em Espanha, o que porventura poderá resultar em melhoria no acesso desses utentes e consequente redução das desigualdades no acesso dos utentes aos cuidados de saúde hospitalares.

Cumpra assinalar, no entanto, que a consideração da rede hospitalar espanhola junta à fronteira com Portugal como uma alternativa legítima e normal ao acesso à rede nacional depende dos termos concretos de aplicação da Directiva nos dois países; tal consideração só é admissível se daí resultar que o recurso pelos residentes nacionais à rede hospitalar vizinha se faz em condições similares em termos de facilidade de acesso, i.e., sem dificuldades adicionais de qualquer ordem relativamente ao que acontece no acesso à rede nacional.

Além da referida análise sobre o impacto previsível da Directiva Europeia dos cuidados de saúde transfronteiriços, a ERS solicitou às ARS informação sobre eventuais protocolos ou projectos de cooperação com outros países para a prestação de cuidados de saúde que possam actualmente existir. Das respostas obtidas⁷², constata-se que apenas no caso da ARS Alentejo estão presentemente em vigor protocolos desse âmbito, visando concretamente a cooperação entre unidades de saúde dessa região e o *Servicio Extremeño de Salud* em Espanha, nas áreas da assistência médica na gravidez e parto, assistência médica a doentes em estado crítico – emergência, radioterapia e cirurgia pediátrica. A ARS Norte não tem actualmente em vigor quaisquer protocolos de cooperação para agilizar a prestação de cuidados de saúde em Portugal a utentes espanhóis e em Espanha a utentes portugueses, sendo assinaláveis apenas alguns programas e projectos limitados no tempo e no âmbito, que, entretanto, já não estão operacionais. Nos casos de ARS Centro e ARS Algarve, também não existem protocolos celebrados, limitando-se as unidades de saúde a dar cumprimento ao normal circuito de cuidados de saúde ao abrigo do Cartão Europeu de Seguro de Doença.

6.1.4. Tecnologias da Informação e Comunicação

A continuação do desenvolvimento das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC)⁷³ aplicadas à saúde deverá ser orientado para proporcionar ganhos de eficiência no

⁷² Apenas não foi recebida resposta da ARSLVT.

⁷³ A esse propósito devem-se também seguir as recomendações de maior grau de aplicação das TIC que se encontram estabelecidas no Plano Nacional de Saúde 2011-2016 (na versão ainda em

funcionamento das redes de serviços de saúde e garantir um acesso mais facilitado e agilizado pelos utentes a estes serviços de saúde. Neste âmbito, são particularmente relevantes as aplicações das TIC à telemedicina e aos procedimentos administrativos de relacionamento entre as unidades de saúde e destas com os utentes.

No caso particular da sua aplicação à telemedicina, as TIC deverão facilitar o acesso dos utentes residentes em localidades muito distantes dos hospitais da Rede Hospitalar com Financiamento Público a consultas de especialidade hospitalares e a meios complementares de diagnóstico, igualmente contribuindo para a promoção de maior equidade no acesso aos cuidados de saúde em internamento. Tal acesso mais facilitado, embora limitado a um grupo de actos clínicos restrito, poderá ser promovido pela disponibilização da tecnologia necessária num grande número de unidades de cuidados de saúde primários situados nas regiões em que os rácios de oferta/procura potencial são mais baixos, contribuindo assim para a redução das desigualdades no acesso.

Com o intuito de conhecer a realidade efectiva de implementação de práticas de telemedicina na rede pública de serviços de saúde das diferentes regiões do país, a ERS solicitou às ARS um levantamento exaustivo destas práticas nas unidades de saúde do seu âmbito territorial, tendo sido recebidas, à data de elaboração deste relatório, respostas de quatro ARS.

Em linhas gerais, das informações recebidas pôde concluir-se que existe uma considerável disseminação de infra-estruturas tecnológicas dedicadas à telemedicina, envolvendo centros de saúde e hospitais (uma vezes “ligando” centros de saúde a hospitais, e outras, um hospital a outro), e dedicada especialmente a consultas (teleconsultas) e exames das especialidades de cardiologia, cirurgia, dermatologia, fisioterapia, neurologia, ortopedia, alergologia, gastroenterologia, pediatria e psiquiatria.

Constata-se, todavia, heterogeneidade regional na efectiva prática da telemedicina, sendo esta em muitos casos prejudicada por inércia organizativa das unidades de saúde, não sendo utilizadas as tecnologias que se encontram instaladas para o efeito, ou por dificuldades técnicas (avarias e disfuncionalidades) que persistem ao longo dos anos. Parece, assim, existir um potencial relevante de crescimento da prática da telemedicina, com base num investimento infra-estrutural existente que actualmente está subaproveitado.

Numa outra óptica, deve continuar a desenvolver-se a aplicação de TIC aos procedimentos administrativos no relacionamento entre os utentes e os serviços de

discussão).

saúde, designadamente nos procedimentos de marcação/cancelamento de consultas, mas também de interligação entre as unidades de saúde, como os sistemas de registos de saúde electrónicos, a transmissão electrónica de receitas e o encaminhamento electrónico de processos clínicos.

6.1.5. Mobilidade de recursos humanos

Sem prejuízo das considerações acerca da Directiva 2011/24/UE e das TIC em unidades de cuidados de saúde primários, note-se que a principal conclusão que se retira da constatação da existência de desigualdades no acesso dos utentes aos cuidados de saúde prestados pelos hospitais da Rede Hospitalar com Financiamento Público (*vide* secção 6.1.1) será a de que uma redistribuição de recursos e de pontos de oferta também poderia contribuir para uma maior equidade no acesso.

Nesse sentido, um aspecto que deve ser considerado destacadamente para a promoção dessa redistribuição da oferta refere-se à mobilidade dos profissionais de saúde⁷⁴. A ausência de planeamento estratégico ao nível dos recursos humanos na saúde terá contribuído para fomentar situações de oferta que se foram transformando em potencialmente excessivas, por redução das populações anteriormente abrangidas por determinadas unidades hospitalares, e outras em que a oferta anteriormente planeada (em função das necessidades e populações) se revelou inadequada por defeito.

A respeito do tema da mobilidade de recursos humanos, recorde-se que no estudo da ERS sobre a “Análise da Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde” se

⁷⁴ No estudo da ERS relativo à “Análise da Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde”, publicado no sítio electrónico da ERS em www.ers.pt, teve-se oportunidade de sublinhar que a mobilidade dos profissionais de saúde pode apresentar-se em diferentes perspectivas. Uma primeira perspectiva é a mobilidade geográfica. Essa é essencial a um permanente acompanhamento do SNS às alterações sócio-demográficas que, não raras vezes, levam a um desfasamento entre a capacidade de oferta e a procura de cuidados de saúde. Daqui decorre que podem existir situações de oferta que paulatinamente se transformam em excessivas, por redução das populações anteriormente abrangidas por determinada(s) unidade(s) hospitalar(es), e outras em que a oferta anteriormente planeada (em função das necessidades e populações) se revela inadequada por defeito. As soluções normalmente encontradas para esta inadequação por defeito passam pela contratação de mais profissionais de saúde, sem se privilegiar a opção da readequação da oferta com a mobilidade de profissionais.

Mas a mobilidade possui também uma outra componente fundamental, e que é a mobilidade entre níveis de cuidados de saúde. Não se advoga uma alteração do posicionamento dos profissionais entre os diferentes níveis, mas sim uma maior mobilidade, através de cooperação e colaboração funcional, que permita que profissionais de cuidados diferenciados possam deslocar-se a unidades hospitalares de nível menos diferenciado, ou a unidades primárias, quando tanto permita uma mais eficiente prestação de cuidados de saúde e, concomitantemente, satisfaça a(s) necessidade(s) desses tipos de cuidados e nesses níveis menos diferenciados que, de outro modo, são solucionadas através de contratação, mesmo que parcial, de profissionais de saúde.

evidencia que na génese normativa dos CH e das ULS se encontrava o objectivo de garantia de mobilidade dos profissionais e utentes entre as diferentes unidades integradas em cada CH ou entre os cuidados primários e hospitalares nas ULS entre aqueles que motivaram as suas criações.

Na prática, comparando os dois modelos de gestão agora referidos, tornar-se-á mais fácil a mobilidade dentro de uma ULS, na medida em que o profissional de saúde mantém o mesmo vínculo contratual na mobilidade entre cuidados de saúde primários e hospitalares. Para além disso, o profissional de saúde ao deslocar-se entre os cuidados de saúde hospitalares e os primários pode mesmo realizar práticas médicas no âmbito de cuidados de saúde primários que evitem afluência dos utentes para os secundários e desta forma poder-se-á verificar aproveitamento de recursos. No entanto, uma vez que as ULS não abrangem todo o território nacional, a mobilidade de profissionais de saúde só se poderá concretizar dentro das ULS, pelo que poderá ser uma solução parcial. Mas daí não decorre uma impossibilidade – seja jurídica ou fáctica – de se encontrarem outras alternativas que se apresentem igualmente de execução rápida e simples, como o estabelecimento de protocolos funcionais entre unidades (seja hospitalares, seja entre estas e cuidados primários), que favoreçam a mobilidade de profissionais.

6.1.6. As limitações financeiras

As dificuldades de natureza financeira experimentadas pelo sistema de saúde português, e sobretudo, pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), colocam em causa a sustentabilidade deste último. As reformas exigidas para assegurar essa sustentabilidade foram estudadas pela Comissão para a Sustentabilidade (estudo realizado a pedido do Ministro da Saúde e publicado em Junho de 2007) e, mais recentemente, pela ERS (“Análise da Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde”, publicado em Setembro de 2011).

Destas, e de outras análises conhecidas, pode concluir-se que um dos principais factores de preocupação reside no peso da despesa pública realizada no âmbito dos hospitais. Com efeito, segundo dados publicados pela ACSS, a dívida do SNS a fornecedores ascendia, em Setembro de 2011, a cerca de 2,9 mil milhões de euros, sendo 78,7% destes da responsabilidade dos hospitais (SPA e EPE). Em relação ao quarto trimestre de 2010, a dívida dos hospitais do SNS a fornecedores sofreu um aumento de 32,6%⁷⁵. É ainda assinalável que, segundo dados da Associação Portuguesa da Indústria

⁷⁵ “Serviço Nacional de Saúde, Execução Económico Financeira do SNS, Setembro 2011”, ACSS.

Farmacêutica (APIFARMA), a dívida dos hospitais do SNS às empresas farmacêuticas terá ascendido, em Janeiro de 2012, aos 1,303 mil milhões de euros, com o prazo médio de pagamento a superar um ano (478 dias)⁷⁶.

Por outro lado, no contexto da concessão da assistência financeira externa pedida por Portugal em Maio de 2011, há um conjunto de metas e medidas de âmbito financeiro dedicadas ao sector hospitalar, das quais se realça o controlo apertado da assunção de responsabilidades financeiras por parte dos hospitais, uma redução nos custos operacionais dos hospitais de 200 milhões de euros até final de 2012, assente na redução de quadros de gestão, e na concentração e racionalização da oferta, a criação de mecanismos de transparência, reporte frequente e avaliação da performance financeira dos hospitais do SNS, a redução de encargos com subcontratos, através da internalização pelos hospitais de MCDT e limites ao recurso a serviços privados convencionados, e uma redução dos encargos com recursos humanos assente na diminuição dos custos com horas extraordinárias em 20% até ao final de 2012, e outros 20% em 2013.⁷⁷

Dada a centralidade, actualidade e importância desta questão, não pode a ERS deixar de incluir como pressuposto fundamental e geral do seu modelo de oferta hospitalar a necessidade de respeitar estas limitações financeiras e os compromissos assumidos externamente pelo Estado português.

Consequentemente, a Carta Hospitalar a propor deve ser exequível à luz destas restrições, estando tal preocupação também subjacente à proposta concretizada no capítulo 7.

6.1.7. A auto-suficiência regional

Um dos pressupostos em que deve assentar a Carta Hospitalar aqui preconizada, e atenta a divisão do território continental em regiões de saúde, consubstancia-se na necessidade de respeito pelo princípio geral de auto-suficiência regional e subsequente consentaneidade das RRH (que como veremos devem, por regra, ter natureza regional), exceptuando da aplicação de tal princípio aquelas realidades (como por exemplo unidades de transplantação, e eventualmente centros de reabilitação, alguns hospitais

⁷⁶ In <http://www.apifarma.pt/salaimprensa/noticias/Paginas/DividasdosHospitaisdoSNSultrapassamos1,3milhoesdeeuros.aspx>.

⁷⁷ Estas metas constam do “Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades Específicas de Política Económica” acordado entre Portugal e a Comissão Europeia, o Banco Central Europeu e o Fundo Monetário Internacional em 17 de Maio de 2011, revisto em 9 de Dezembro de 2011.

especializados ou certas unidades especializadas em tratamentos altamente diferenciados) que justificam um enquadramento nacional.

O SNS é um *conjunto organizado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde organizado em regiões de saúde*, razão pela qual se estatui na alínea e) da Base XXIV da LBS, que o SNS se caracteriza por *ter organização regionalizada e gestão descentralizada e participada*. Tanto constitui, aliás, concretização do princípio, estabelecido no n.º 4 do artigo 64.º da CRP, de que o *serviço nacional de saúde tem gestão descentralizada e participada*.

Desde a conformação inicial e fundamental do SNS que claramente se assumiu que a sua organização deveria, sem prejuízo da *superintendência ou tutela do Ministro da Saúde*, assentar na estruturação que melhor serviria a identificação dos cuidados de saúde necessários e a garantia do acesso aos utentes onde quer que vivam. E é assim que as ARS desempenham um papel fundamental na estruturação e organização da resposta do SNS nas áreas sob sua influência e, *in extremis*, na definição dos pontos de oferta da rede hospitalar e das próprias RRH.

Assim, competirá a cada uma das ARS, em primeiro lugar, prosseguir as atribuições do Ministério da Saúde, em cada região de saúde e, *in fine*, (também) garantir, no âmbito da área geográfica sobre a qual exerce a sua jurisdição, a determinação, planeamento e posterior cumprimento das respectivas instalações e equipamentos de saúde, bem como da sua adequada articulação, designadamente através da implementação e garantia de cumprimento da rede de referência, e ainda a sua política de alocação de recursos humanos.

Efectivamente, as ARS são aquelas entidades que melhor conhecem, pela proximidade, a realidade e as necessidades específicas de determinada população geograficamente localizada, no que concretamente respeita aos cuidados de saúde. Nessa medida, importa assumir que qualquer rede que determine regras concretas e claras de referência e/ou transferência de utentes e que *per se* necessariamente concretizem o direito e o concomitante dever de referência dos prestadores de cuidados de saúde nela integrados, devem ser elaboradas pelas entidades competentes a nível regional, pois que, só assim, poderão aquelas garantir o efectivo exercício do direito à protecção à saúde dos utentes e a verificação de cada uma das características essenciais do SNS, designadamente aquelas da universalidade e generalidade.

Do exposto resulta então que a organização do SNS assenta naquele princípio da auto-suficiência regional, e que constitui, ademais, decorrência directa da opção

constitucionalmente consagrada no que se refere à imposição de uma *organização regionalizada e descentralizada do serviço nacional de saúde*.

Não obstante a necessidade de ser assegurado o respeito pelo princípio geral da auto-suficiência regional, devem ser identificadas aquelas áreas mais específicas em que se justifica uma determinação e planeamento de âmbito nacional das necessidades ao nível de instalações e equipamentos de saúde, bem como de coordenação e articulação dessas instalações e equipamentos em redes de referência de âmbito igualmente nacional. Integrar-se-ão em tais áreas, atendendo à especificidade própria dos cuidados de saúde a que se destinam (e que na maioria das vezes envolvem equipamentos e recursos altamente qualificados), e que, portanto, necessitam de um planeamento e organização abrangendo todo o território continental, as unidades de transplantação⁷⁸ e, eventualmente, os centros de reabilitação, alguns hospitais especializados ou certas unidades especializadas em tratamentos altamente diferenciados⁷⁹.

6.1.8. Qualidade e dimensão crítica

Um objectivo fundamental de qualquer sistema de saúde consiste na oferta de serviços de saúde com qualidade às populações. A qualidade dos serviços saúde é um conceito multidimensional, sendo admissíveis várias conceptualizações que diferem sobretudo ao nível da maior ou menor abrangência do modelo de serviços de saúde, alguns focando-se estritamente nos cuidados médicos, e outros adoptando uma visão mais holística de cuidados de saúde onde se inclui, por exemplo, os cuidados de enfermagem, o atendimento administrativo e hoteleiro, etc. Não obstante, todas estas conceptualizações da qualidade em saúde incluem como elemento basilar a qualidade dos cuidados de saúde propriamente ditos.

Há vários mecanismos que podem ser adoptados para promover a qualidade dos cuidados de saúde, e que actuam a diferentes níveis e momentos, desde logo na formação e certificação dos profissionais de saúde, e também na sua regulação (profissional e independente).

⁷⁸ Têm-se aqui em consideração os transplantes mais diferenciados, que justificam, em termos de casuística e económicos, a sua concentração. Consequentemente, aqueles transplantes que nesse aspecto não cumpram tais requisitos (por exemplo, transplantes de pele ou córnea), não são aqui considerados.

⁷⁹ Poder-se-ia incluir aqui, por exemplo, a situação dos grandes queimados, para os quais os centros de referência servirão doentes com possibilidade clínica de recuperação, havendo outros que já justificarão cuidados paliativos em situação de proximidade face ao seu agregado familiar (por exemplo, queimados de pediatria inferiores a 3 anos).

No nível de planeamento estratégico das redes de oferta de serviços de saúde, é possível uma intervenção dirigida ao objectivo qualidade, que passa pela criação de condições estruturais e organizativas propícias ao bom desempenho na prestação de cuidados de saúde e indutoras de maior qualidade.

Nesse âmbito, as redes públicas de serviços de saúde devem ser organizadas de forma a permitir aos profissionais de saúde a aquisição de experiência na prestação dos cuidados de saúde, que se traduzirá em incremento da perícia técnica. Diversos investigadores demonstraram já que a diversidade e volume de casuística beneficiam processos de *learning-by-doing* com o decorrente potenciamento do aumento da qualidade dos actos.⁸⁰

Consequentemente, hospitais onde se realiza anualmente um reduzido número de determinados procedimentos complexos não propiciam a aprendizagem e a experiência necessária aos seus profissionais para garantir a melhor qualidade destes procedimentos.

Assim, na reorganização da oferta hospitalar pública em Portugal é necessário levar em conta que a dispersão da oferta mais especializada em vários pontos da rede determina também uma dispersão da casuística, e consequentemente, dificulta a aquisição de capital de experiência. A baixa incidência de procedimentos especializados em alguns locais ou regiões do país deve ser, consequentemente, tida em consideração.

Concomitantemente, a preocupação de manutenção e fomento da qualidade na prestação dos cuidados de saúde conduz, igualmente, a que a realidade existente e os ganhos de experiência já acumulados em determinadas unidades relativamente a áreas ou técnicas específicas devam ser considerados.

6.1.9. Ordenamento do território

A ERS considera fundamental que se considere, no âmbito do planeamento da rede hospitalar, o conceito da “saúde em todas as políticas”, tradução do original *health in all policies*, de onde resulta o acrónimo HiAP e formalmente adoptado pela União Europeia em 2006, durante a presidência finlandesa.

⁸⁰ Vide, a título exemplificativo, David, G. and Brachet, T. (2009), Retention, Learning by Doing, and Performance in Emergency Medical Services, *Health Services Research*, 44: 902–925; Huckman, R. and Pisano, G. (2006), The firm-specificity of individual performance: Evidence from cardiac surgery, *Management Science*, 52 (4): 473–488; Bazzani, L.G. and Marcin, J.P. (2007), Case Volume and Mortality in Pediatric Cardiac Surgery Patients in California, 1998–2003, *Circulation*, 115: 2652–2659.

A abordagem HiAP baseia-se no reconhecimento de que a saúde das populações não é apenas produto da actividade do sector da saúde, mas é largamente determinada pelas condições de vida e outros factores socioeconómicos, e como tal, passível de ser influenciada por políticas e acções que vão para além do sector da saúde. Adicionalmente, o conceito de HiAP compreende a necessidade de implementação de políticas de saúde em todos os níveis de administração, incluindo o local, o regional, o nacional e o europeu.⁸¹

Igualmente, HiAP desenvolve o entendimento de que a saúde, para além de ser influenciada por factores diversos da vida económica, social e política, influencia, ela própria, as opções políticas e económicas, em geral.

O grande desafio de implementação do HiAP traduz-se na integração harmónica das políticas de saúde com outras políticas públicas em outras áreas, tais como o ordenamento do território, a educação, a economia ou o ambiente.

Com mais ou menos incidência em todos os sectores de actividade, observa-se uma concentração dos recursos nas regiões do litoral *versus* as regiões do interior, e também uma reduzida concentração de recursos a sul do território. No caso do sector da saúde, são as NUTS II do Alentejo e do Algarve aquelas em que normalmente se constata uma reduzida concentração de recursos. Mais relevante é a constatação de que estas diferenças de concentração regional de recursos nem sempre acompanham as diferenças demográficas, o que pode ser percebido com indicadores de base populacional de disponibilidade de recursos (p.e., médicos por habitante ou camas por habitante).

Neste sentido, a ERS entende que o planeamento em saúde, e mais especificamente, da rede de oferta de serviços hospitalares, deve inserir-se, de forma bidireccional, num âmbito estratégico mais global relativamente ao ordenamento harmónico e estratégico do território. Neste sentido, a formulação das políticas de saúde que promovam a equidade territorial ao nível do acesso aos cuidados de saúde deve harmonizar-se com as estratégias delineadas para promover o desenvolvimento, a coesão e a sustentabilidade do território.

Reconhece-se, ainda, que um planeamento estratégico de âmbito regional poderá mais facilmente levar em consideração as realidades específicas de cada região, e prever com

⁸¹ Ståhl et al (2006). "Health in All Policies, Prospects and potentials". Ministry of Social Affairs and Health, Health Department, Finland.

maior precisão os impactos aludidos. A integração do ordenamento do território na formulação de políticas de saúde deve, portanto, promover um conjunto de condicionantes e incentivos positivos à geração de bem-estar para as populações (em sentido lato), e à eficiência global na aplicação dos recursos disponíveis no sector da saúde.

6.2. Modelo de oferta hospitalar

O planeamento da oferta hospitalar deverá assentar em critérios objectivos, simples, claros e transparentes, com vista a facilitar a sua implementação e a reduzir incertezas que podem ter algum efeito prejudicial sobre o acesso dos utentes aos cuidados de saúde hospitalares.

Nesta secção apresentam-se as principais definições daquilo que podemos classificar como a anatomia da Carta Hospitalar que a ERS propõe.

Trata-se de orientações e definições de âmbito geral, que devem constituir regras na implementação da rede de cuidados hospitalares, sendo todavia susceptíveis de admitir excepções em face de condicionalismos geo-demográficos ou de especificidades das especialidades médicas em concreto.

O modelo de oferta hospitalar aqui apresentado deve assumir-se como orientação para qualquer evolução futura da rede de cuidados hospitalares, ou seja, um planeamento estratégico e orientador que garanta a coerência de todos os desenvolvimentos que se venham a observar, permitindo evitar excessivas heterogeneidades e quebras na continuidade do desenvolvimento da rede, tal como se observaram no passado.

Nesse sentido, o modelo é generalizável para todas as especialidades e regiões do território continental. A sua concretização de forma mais especificamente adequada às especialidades e regiões já enunciadas é feita no capítulo 7.

6.2.1. Tipologias de hospitais

Todos os estudos de planeamento e organização hospitalar passados, de âmbito nacional ou regional, evidenciam uma séria dificuldade de implementação dos princípios estabelecidos. A definição de tipologias hospitalares deve, portanto, obedecer a parâmetros de simplicidade e transparência, sem *ratios* normativistas, e que tenham na

sua base uma perspectiva quer de eficiência de funcionamento do sistema, quer de consideração do utente como o “centro do sistema”.

Nesse sentido, tendo em conta os estudos *supra* referidos (capítulo 3) e considerados os indicadores demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos e financeiros da realidade actual (capítulo 2), mas também atento o impacto, no desenvolvimento infra-estrutural e na acessibilidade das populações, das novas redes rodoviárias existentes, constatou-se que apenas se justificará a existência de dois tipos hospitalares, a saber, aqueles que constituem os **hospitais de primeira linha**, isto é, a primeira porta de entrada dos utentes nos cuidados hospitalares do SNS, e uma segunda linha, ou seja, os **hospitais de referência**, e que são aqueles que, para além funcionarem como hospitais de primeira linha relativamente às populações da sua área de influência primária, visam responder àquelas situações mais ou altamente diferenciadas, para onde os utentes serão referenciados quando os hospitais de primeira linha não sejam capazes de prover os cuidados que concretamente sejam necessários em função da gravidade ou complexidade das patologias.

A estes dois tipos, que constituirão a regra, poderá excepcionalmente e na base, adicionar-se o conceito de **hospitais de proximidade**, quando concretamente especiais necessidades de cuidados de saúde de proximidade sejam identificados e que os justifiquem. Dão-se aqui por exemplo as situações em que a acessibilidade geográfica ou temporal a um hospital de primeira linha seja menos favorável, em que os hospitais de proximidade visarão prover um ponto de acesso de maior proximidade para cuidados de base a populações mais desfavorecidas, em que sejam prestados alguns cuidados de saúde hospitalares (em internamento ou em ambulatório), a utentes na fase aguda da doença. Tais hospitais de proximidade não devem, porém, ser confundidos com aquelas unidades (por vezes igualmente denominadas por “hospitais”) que se integram nomeadamente na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, ou que visam proceder a tratamentos específicos (por exemplo, tratamentos termais), e que como tal visam apenas tratar doentes em fase crónica de doença e ou com necessidades combinadas de prestações de saúde e de apoio social. Ou seja, integram-se neste conceito de hospitais apenas e somente aquelas unidades que efectivamente possuem capacidade para tratamento de doentes em fase aguda.

Assim, por **hospitais de primeira linha** dever-se-iam considerar aqueles que constituem a primeira opção para a população residente na sua área de influência directa (e que corresponderão àqueles hospitais hoje designados de distritais e a alguns de nível I que não se devam transformar em hospitais de proximidade e que justifiquem a sua “reconversão” em hospitais de primeira linha). Por **hospitais de referência** deveriam

classificar-se aqueles outros que, para além de prestarem serviços para a sua área de influência directa, disponibilizam serviços mais diferenciados (como aqueles actualmente disponibilizados por hospitais centrais) a utentes referenciados pelos hospitais com um perfil assistencial menos diferenciado.

Consequentemente, os hospitais que sirvam apenas a população residente na sua área de influência (**hospitais de primeira linha**), deverão disponibilizar um leque de valências/especialidades que se apresentem como adequadas quer à dimensão da população servida, quer à resolução da quase totalidade das necessidades concretas dessa mesma população, e que ainda garantam uma boa acessibilidade dessas populações a esses cuidados.

Mas esses hospitais devem encontrar-se devidamente ligados e coordenados através de redes de referência definidas, por regra, a nível de cada região de saúde, com os hospitais que disponibilizam os serviços e recursos mais diferenciados (**hospitais de referência**), que para além de servirem igualmente as populações da sua área de influência directa, garantirão a prestação daqueles cuidados mais complexos que constituem a pequena parte que justificará a referência dos utentes pelos hospitais menos diferenciados.

Adicionalmente, considera-se uma segunda classificação de tipologia hospitalar, relativa à especialização das unidades, na qual se prevêem **hospitais gerais** e **hospitais especializados**. Este segundo tipo é definido como sendo o hospital em que predomina um número de camas adstritas a determinada valência ou que presta cuidados de saúde apenas ou especialmente a determinados utentes e o hospital geral é definido simplesmente como o hospital que integra diversas valências (hospitais psiquiátricos, de medicina física e de reabilitação ou de oncologia – especialidades que melhor se associam ao tipo hospitalar especializado, porquanto, por um lado, reúnem características de possibilidade de desenvolvimento de um nível de diferenciação elevado, com vista à resolução de problemas patológicos complexos, raros e/ou muito específicos dos utentes e, por outro lado, independem de integração em unidade hospitalar multidisciplinar, do tipo geral, para uma prestação de cuidados de saúde hospitalares com padrão técnico, de acesso, de segurança dos utentes e de eficiência adequado).

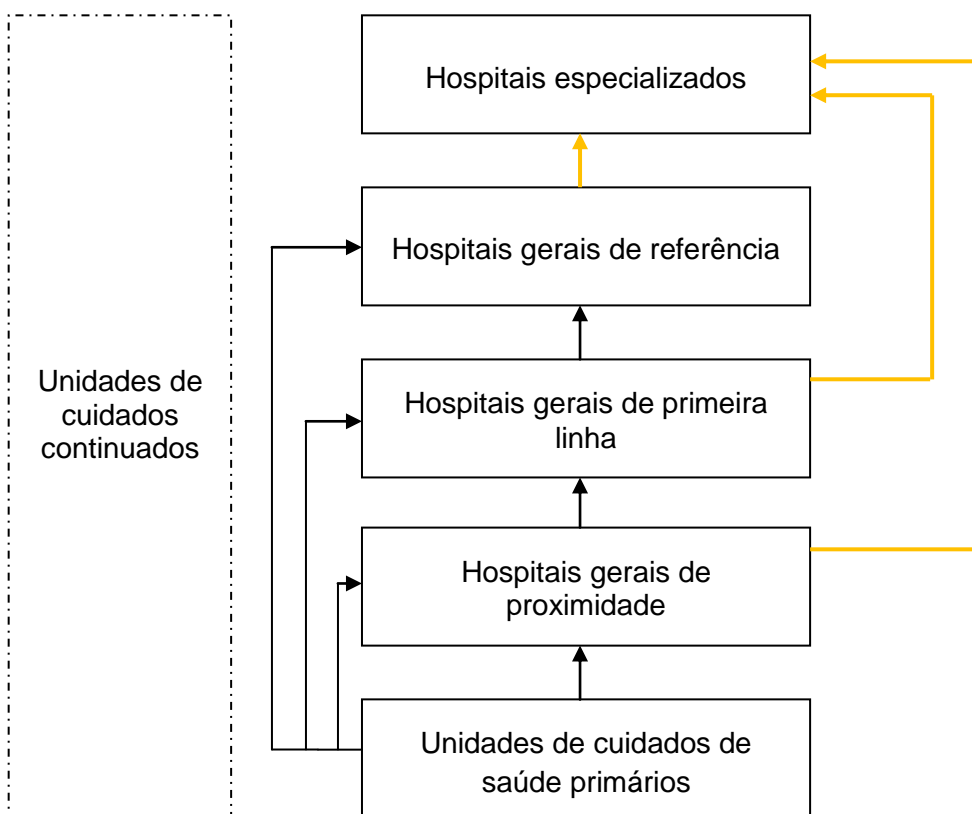
6.2.2. Relações e regras de referênciação

Importa sublinhar a necessidade de ser estabelecida uma ligação directa e essencial entre a Carta Hospitalar e as Redes de Referênciação Hospitalar (RRH), enquanto obrigatoriedade de referênciação e de aceitação de doentes, em atenção às suas patologias e casos concretos, mas com capacidade de endogeneizar, sempre que possível, a liberdade de escolha do utente e a liberdade de opção do médico referenciador.

Assente na distinção já *supra* referida entre *planeamento estratégico* dos recursos em saúde e *planeamento operacional*, e tendo presente as competências legais de cada uma das ARS para determinar e ordenar para cumprimento as redes de referênciação⁸², estabelecem-se os princípios e pressupostos que permitirão a definição de redes de referênciação que melhor se adequem à Carta Hospitalar.

De um modo geral, as RRH deverão conformar-se com os fluxos apresentados na figura 6.1:

Figura 6.1 – Redes de Referênciação Hospitalar segundo as tipologias hospitalares



Fonte: Elaboração própria.

⁸² Cfr. a Lei Orgânica das ARS, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 22/2012, de 30 de Janeiro.

Estas RRH são necessárias para que, de forma efectiva, os hospitais de nível mais baixo possam referenciar os seus utentes para hospitais de nível superior mais próximos, quer quando a especialidade em questão não se inclua no seu perfil assistencial, quer quando se verifique a inexistência ou insuficiência de capacidade técnica e, por outro lado, que os hospitais de nível superior cumpram a sua obrigação de aceitar os utentes transferidos dos hospitais de nível inferior, quando estes últimos não disponham de nível de referência adequado e ou de capacidade técnica.

Ao nível das relações e regras de referência a considerar na Rede Hospitalar com Financiamento Público, há um conjunto de pressupostos que a ERS entende serem essenciais, e que interessa garantir na base da proposta da Carta Hospitalar:

- i) **Afiliação:** os diferentes níveis de pontos de oferta hospitalar devem funcionar verdadeiramente em rede, estabelecendo-se relações de afiliação que impliquem cooperação e articulação técnica – mais do que meramente relações de referência –, possibilitando, por exemplo, que os estabelecimentos mais diferenciados desloquem temporariamente recursos humanos especializados para estabelecimentos afiliados de nível de diferenciação inferior para fazer face a necessidades especiais; por princípio, os hospitais de proximidade (onde existirem) devem estar afiliados a hospitais de primeira linha, e estes, afiliados aos hospitais de referência da sua região.
- ii) **Centralidade no doente:** a organização da oferta hospitalar pública deve estar centrada no utente e nas suas necessidades, e deve contribuir activamente para garantir a continuidade e integração de cuidados, designadamente para a definição de processos assistenciais integrados.
- iii) **Âmbito regional:** as redes de referência devem ser definidas, por regra, a nível de cada região de saúde, embora devam respeitar sempre que possível a liberdade de escolha dos utentes e os fluxos naturais dos utentes, tendo em conta as distâncias entre as suas residências e os hospitais.
- iv) **Articulação entre níveis de cuidados:** quanto melhor funcionar a articulação entre cuidados de saúde primários, cuidados de saúde hospitalares e cuidados continuados, menos referência ocorrerá para o hospital e menor será a procura desnecessária dos serviços de urgência hospitalares.

6.2.3. Áreas geográficas de influência

Um elemento essencial de planeamento de uma rede de oferta hospitalar consiste na definição das áreas geográficas de influência primárias de cada unidade hospitalar.

Da delimitação destas áreas de influência primárias (ou directas) resulta a definição das populações cobertas directamente pelos hospitais, e que podem ser referenciadas pelas unidades de cuidados de saúde primários de cada concelho aos respectivos hospitais.

A ERS recolheu junto de todos os hospitais da rede hospitalar pública informação sobre as suas actuais áreas de influência primárias. Tal tarefa revelou-se difícil, sendo os resultados em alguns casos indiciadores de problemas substanciais de organização e falta de planeamento. Com efeito, algumas respostas indicaram que as áreas de influência são por vezes meramente indicativas e não vinculativas na prática, e alguns outros hospitais revelaram desconhecer com rigor as suas áreas de influência. Em sentido inverso, as áreas de influência são assumidas com natureza claramente vinculativa pelos hospitais geridos ao abrigo de parcerias público-privadas.

Outras heterogeneidades e dificuldades ao nível das actuais áreas de influência primárias das unidades hospitalares prendem-se com a sua delimitação concreta em termos geográficos, umas vezes respeitando explicitamente os limites dos concelhos, e outras vezes “cortando” concelhos, e também com divergências nas áreas de influência por especialidades médicas, sem que isso tenha claramente uma justificação relacionada com a natureza específica das especialidades em causa.

Tendo por base esta informação recolhida junto dos prestadores, a ERS entende que a definição das áreas de influência primárias dos hospitais para a Carta Hospitalar deve assentar-se nos seguintes pressupostos:

- i) Aceitar as áreas de influência declaradas pelos hospitais sempre que não forem evidentes quaisquer dificuldades ou incongruências como as acabadas de relatar;
- ii) Considerar o concelho como unidade geográfica mínima de definição das áreas de influência – sem prejuízo das necessárias adaptações às malhas urbanas mais densificadas, como em Lisboa e Porto –, simplificando e uniformizando desta forma a definição das áreas, tornando-as claras quer para os utentes, quer para os profissionais de saúde, e facilitando a recolha, produção e transmissão de informação demográfica e epidemiológica relevante;
- iii) Respeitar as áreas contratualmente definidas no âmbito de parcerias público-privadas;

- iv) Respeitar os limites territoriais das Administrações Regionais de Saúde;
- v) Aplicar, sempre que possível, o princípio de que as áreas de influência primárias não devem ser distintas de acordo com a especialidade médica, mas atender apenas à especificidade geográfica;
- vi) Impor como limite máximo admissível em todas as áreas de influência primárias um tempo de viagem para qualquer residente até ao hospital de 90 minutos⁸³ (tempo estimado de deslocação em estrada), considerando-se esta referência como suficientemente lata para abranger intervenções cirúrgicas na análise, para além de consultas e outros cuidados de saúde hospitalares programados⁸⁴;
- vii) Restringir as áreas de influência primárias aos hospitais gerais, seguindo o que se apresentou na figura 6.1, das Redes de Referência Hospitalar segundo as tipologias hospitalares.

Um segundo tipo de áreas de influência das unidades hospitalares são as áreas de influência indirectas, que englobam todas as populações cobertas pelas áreas de influência primárias dos hospitais que referenciam utentes para o hospital em causa. Depois de definidas as áreas de influência primárias, estas áreas de influência indirectas resultam automaticamente da definição da tipologia de todas as unidades hospitalares e sua ligação em rede através das redes de referência.

6.2.4. Integração de serviços hospitalares: centros hospitalares e unidades locais de saúde

No modelo de oferta hospitalar proposto pela ERS, consideram-se como pontos de oferta as unidades hospitalares tomadas individualmente, sendo irrelevante, portanto, se estão ou não integrados em CH ou ULS. Isto porque, independentemente de uma maior ou menor limitação de escolhas dos utentes imposta pelas unidades de cuidados de saúde primários na referência aos hospitais, verifica-se que estes têm as suas necessidades de cuidados de saúde satisfeitas junto de unidades hospitalares, ou seja, junto de “portas

⁸³ Esta referência é semelhante a uma recomendação do Graduate Medical Education National Advisory Committee, dos EUA, conforme se pode ler em Committee on Pediatric Manpower (1981). “Critique of the Final Report of the Graduate Medical Education National Advisory Committee”. *Pediatrics* 67(5): 585-596).

⁸⁴ Não são aqui considerados atendimentos de urgência, para os quais está definido como referência o máximo de 60 minutos de viagem (*vide* Despacho n.º 727/2007, de 18 de Dezembro de 2006, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 10, de 15 de Janeiro de 2007, relativo às características da rede de serviços de urgência).

de acesso” e não junto de realidades jurídico-formais e de modelos de gestão e de integração (horizontal e vertical), como o são os conceitos de CH e de ULS.

Partindo do pressuposto de que a montante, isto é, nos cuidados de saúde primários, e a jusante, ou seja, nos cuidados continuados, são prestados os correspondentes cuidados em toda a sua extensão e capacidade, fornecendo serviços de proximidade às populações, o que verdadeiramente importa para o acesso dos utentes e para a satisfação das suas necessidades de cuidados de saúde hospitalares é a distribuição geográfica das unidades hospitalares, para além da capacidade de atendimento das mesmas nas diferentes especialidades/valências e serviços. Esta decorre da organização da Rede e da boa gestão das unidades hospitalares (dos “pontos de oferta”) e não do tipo de gestão das unidades hospitalares, isto é, da integração ou não das unidades hospitalares em CH e ULS.

Refira-se que os CH⁸⁵ resultam da integração, numa única entidade jurídica, de estabelecimentos hospitalares autónomos, que prestam o(s) mesmo(s) serviço(s) ou seus substitutos próximos, sendo que o esquema de órgãos e o regime legal que lhes é aplicável são os legalmente estabelecidos para os estabelecimentos hospitalares públicos.

Actualmente, podem identificar-se três realidades distintas de CH: a que corresponderá à ideia originária de agregação de unidades hospitalares complementares (por exemplo, Hospital Geral de Santo António, Maternidade Júlio Dinis e Hospital Joaquim Urbano); uma outra que agrega unidades hospitalares de dimensões e tipologias distintas (por exemplo, Hospital de São João e Hospital Nossa Senhora da Conceição⁸⁶), mas sem qualquer especialização de uma dessas unidades; e ainda uma outra que agrega

⁸⁵ Note-se que a actual designação de CH não mantém, em termos conceptuais, a clareza anteriormente existente, quando “centro hospitalar” correspondia a um conjunto complementar de hospitais de natureza diversa (como ocorria com o Centro Hospitalar de Coimbra, que congregava um hospital geral, um hospital pediátrico e uma maternidade), e “grupo hospitalar” correspondia a um conjunto de hospitais de natureza semelhante (como ocorria com os Hospitais Cíveis de Lisboa). De facto, actualmente, a designação de CH engloba, pelo menos ambos, os conceitos supra, de forma indiscriminada (Vaz, Artur Morais, *Hospitais Públicos Portugueses, in 30 Anos do Serviço Nacional de Saúde*, Almedina, Coimbra, 2010, p. 297 a 353), apenas os distinguindo do Grupo Hospitalar, pelo facto de, neste último caso, os estabelecimentos hospitalares manterem a sua autonomia administrativa e financeira e deterem património próprio. Para uma reflexão mais detalhada sobre o papel dos CH e os impactos da sua implementação pode ser consultado o “Estudo de Avaliação dos Centros Hospitalares”, realizado pela ERS e publicado no seu *website* em Março de 2012.

⁸⁶ O Centro Hospitalar de São João, EPE, agrega um hospital central geral de muito elevada diferenciação e um hospital de pequena dimensão e diferenciação.

unidades hospitalares de dimensões e tipologias similares (por exemplo, Hospitais da Universidade de Coimbra e Centro Hospitalar de Coimbra⁸⁷).

Consequentemente, desta heterogeneidade, que também pode ser verificada em ULS, resultam consequências na análise empreendida e a empreender. Na verdade, de uma análise focada em unidades hospitalares poderão resultar evidenciadas redundâncias que assentes em alocações e divisões internas de tarefas, de sentido organizativo, no seio de um determinado CH ou ULS. E de uma análise focada apenas no conjunto de determinado CH ou ULS, tais redundâncias não surgem clarificadas, mas não se pode afastar, sem mais, que as mesmas existam (ou possam existir).

6.2.5. Desinstitucionalização dos cuidados

O “hospitalocentrismo” e a “institucionalização” são duas tendências históricas do SNS⁸⁸. Não obstante se declarar, desde a sua criação, que o SNS deve ter os cuidados de saúde primários como prioritários, o sistema foi-se desenvolvendo ao longo dos anos de forma “hospitalocentrica”, no sentido em que os hospitais sempre foram considerados elementos centrais da rede pública de cuidados de saúde, tanto pelos decisores políticos, como pelos profissionais de saúde e pelas populações.

Por outro lado, já no seio da rede hospitalar, predominou uma cultura de “institucionalização” dos cuidados de saúde, dela resultando uma excessiva opção por cuidados em internamento, com o inerente prejuízo do bem-estar de utentes e seus familiares, da eficiência do sistema, e determinando uma excessiva concentração da formação médica nas especialidades hospitalares e um significativo crescimento dos custos com o sector hospitalar.

Reconhecendo os avanços dos últimos anos, quer no maior investimento do sistema de saúde nos cuidados primários, quer na desinstitucionalização dos cuidados hospitalares⁸⁹, a ERS considera que a Carta Hospitalar deve dar continuidade a estas últimas tendências.

⁸⁷ O Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE passou a agregar um hospital central geral de muito elevada diferenciação e o anterior Centro Hospitalar de Coimbra que, no seu conjunto, representa uma realidade de prestação de cuidados de saúde muito próxima ou similar àquela que é a realidade dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

⁸⁸ Cfr. António Correia de Campos e Jorge Simões, *O Percurso da Saúde: Portugal na Europa*, Almedina, 2011.

⁸⁹ Cfr. a esse propósito, e a mero título elucidativo da política de saúde promovida em prol do fomento da cirurgia de ambulatório, o Relatório final da Comissão Nacional para o

Nesse sentido, os hospitais devem aumentar a sua capacidade de atendimento, privilegiando a execução de técnicas, de meios complementares de diagnóstico e tratamento em regime de ambulatório, invertendo a tendência do passado de internamentos desnecessários e longos. Mais especificamente, a funcionalidade dos serviços de MCDT deve privilegiar o referido aumento de atendimento em regime de ambulatório, mas de preferência com resposta no próprio dia da consulta, igualmente evitando, sempre que possível, as deslocações múltiplas de um doente a um hospital para realizar os diversos MCDT prescritos numa única consulta, os inerentes custos das deslocações, o tempo despendido, e bem assim evitando a perda de oportunidade para o hospital ser eficiente e efectivo, atrasando o diagnóstico clínico e o início do(s) tratamento(s) necessário(s).

6.2.6. Organização interna dos hospitais

A ERS reconhece um importante espaço de liberdade institucional ao nível da gestão e organização interna dos hospitais, na medida em que permite uma gestão adequada aos condicionalismos específicos de cada organização, incluindo os seus recursos físicos e humanos, ao seu enquadramento administrativo e na rede hospitalar, e à região em que se insere.

Todavia, ao nível do planeamento estratégico e central da rede hospitalar, é necessário estabelecer alguns requisitos transversais de funcionamento e organização interna das unidades de saúde, que garantam a boa coordenação e um verdadeiro funcionamento em rede, e também uma uniformização das condições de acesso que são proporcionadas às populações.

Nesse contexto, enumeram-se seguidamente os requisitos tidos como importantes para a organização interna dos hospitais da rede pública⁹⁰:

- i. A estrutura organizacional tradicional dos hospitais em serviços por especialidade médica não é a melhor solução para o actual paradigma da doença da população – o envelhecimento, as doenças crónicas e as multipatologias implicam internamentos integrados e com consultorias diversas.

Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório, Cirurgia de Ambulatório: um modelo de qualidade centrado no utente, Ministério da Saúde, 2008.

⁹⁰ Acompanha-se de perto as conclusões constantes do Relatório final do Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais (coordenado por Alcindo Maciel Barbosa), A Organização Interna e a Governação dos Hospitais, Ministério da Saúde, 2010.

- ii. Verdadeiras “unidades funcionais” permitem mais *know-how*, melhores cuidados, maior eficiência e ganhos em todas as especialidades intervenientes.
- iii. Os hospitais devem ser organizados na perspectiva das necessidades dos doentes e, portanto, devem promover uma reorganização interna e de governação, que os adequa às necessidades de saúde dos doentes, aos actuais quadros clínicos mais prevalentes e a uma diferente forma de trabalhar, em que se deve privilegiar uma abordagem clínica integrada, que só pode resultar da intervenção de uma equipa de profissionais multidisciplinar e dos complementares saberes e perícias dos seus elementos. Neste sentido, e sem prejuízo da especialização que se afigura benéfica e geradora de eficiência, a organização tradicional dos hospitais em “serviços de mono especialidade médica” pode comprometer o desempenho assistencial, fragmentando a prestação de cuidados, dificultando a sua integração e não assegurando a resposta necessária, ademais gerando custos por ineficiência e falta de efectividade. Em oposição, os hospitais devem constituir internamentos polivalentes, unidades multidisciplinares integradas, concebidas segundo o princípio da “centralidade no doente”.
- iv. Para garantir a indispensável optimização dos recursos da sociedade alocados aos hospitais, estas “unidades multidisciplinares integradas” devem ser dotadas de autonomia de gestão e da correspondente prática de *accountability*.
- v. Esta dinâmica de autonomia e responsabilização deve promover o total envolvimento dos profissionais e estar suportada por sistemas de informação clínica e de governação fiáveis, aplicações electrónicas inteligentes e amigáveis, bem adaptadas aos processos de trabalho, economizadoras de tempo, que apoiem a actividade clínica e a continuidade de cuidados, a formação de evidência essencial para a decisão, quer se trate de gestão dos serviços, do exercício e governação clínica, do trabalho científico ou de investigação, passo essencial para assegurar a qualidade dos cuidados de saúde, reconhecer o mérito aos profissionais e contribuir para boas contas no SNS.
- vi. Os hospitais devem funcionar, nas suas diversas componentes de ambulatório (Consultas Externas, Hospital de Dia e Cirurgia de Ambulatório) das 08:00 às 20:00 horas, de segunda a sexta-feira. Em determinadas actividades, a acessibilidade a tratamentos em regime de ambulatório deve aumentar no período pós-laboral, compatibilizando a necessidade de um tratamento frequente com a manutenção da autonomia dos cidadãos e a sua participação cívica, social e economicamente activa, como por exemplo na hemodiálise e na reabilitação.

- vii. Justifica-se o conceito de afiliação entre os diferentes hospitais, nomeadamente entre os de primeira linha/distritais e os de proximidade/nível 1, para partilha de recursos e como garantia de continuidade e qualidade dos cuidados de saúde.
- viii. Os Serviços de Urgência não devem ser organizados e geridos na intenção de colmatarem omissões hospitalares decorrentes de horários de funcionamento curtos, ausência de residências nas áreas de internamento, má gestão de vagas de internamento e outras insuficiências do funcionamento interno dos hospitais. Ao contrário, as funções do SU deverão ser planeadas e organizadas tendo por base um apoio consistente e responsável da retaguarda hospitalar. Para tal, os SU devem ser constituídos em áreas funcionais com forte autonomia de gestão e com missão claramente expressa e confinada à prestação de cuidados às situações clínicas de emergência/urgência externas.
- ix. As tipologias dos hospitais devem ser, por princípio, coerentes com as 3 tipologias dos Serviços de Urgência (claro está, sempre que estes últimos existam nos hospitais): hospitais de proximidade/nível 1 – Serviço de Urgência Básico (SUB), hospitais de primeira linha/distritais – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) e hospitais de referência/centrais – Serviço de Urgência Polivalente (SUP) (um hospital de proximidade não deve ter um SUMC e um hospital de primeira linha não deve ter um SUP).
- x. Os internamentos devem ser integrados (e, por exemplo, não se justifica a existência de serviços de anestesia, uma vez que o seu trabalho tem necessariamente que ser articulado com o dos cirurgiões e o bloco).

6.3. Pressupostos específicos das especialidades

Nesta secção são apresentados os pressupostos específicos das seis especialidades que foram definidos em conjunto com grupos de peritos médicos especialistas.

Medicina Interna

Pressupostos específicos da medicina interna:

- a) A medicina interna garante a polivalência e a capacidade de prestar cuidados de saúde hospitalares de um modo integrado;

- b) A medicina interna deve existir em todas as tipologias de hospitais: hospitais de proximidade/nível 1, hospitais de primeira linha/distritais e hospitais de referência/centrais;
- c) O conceito de afiliação entre os diferentes hospitais deverá ser aplicado para a medicina interna, nomeadamente entre os de primeira linha/distritais e os de proximidade/nível 1, para partilha de recursos e como garantia de continuidade e qualidade dos cuidados de saúde;
- d) Constata-se uma deficiente distribuição dos médicos de medicina interna na região Centro, com excesso em Coimbra;
- e) A actividade dos hospitais deve evoluir para uma maior prevalência do ambulatório (consulta externa e hospital de dia), que devem poder resolver os problemas dos doentes sem ter que os internar;
- f) Um maior apoio dos internistas aos doentes das cirurgias garantiria uma intervenção clínica mais integrada, mais célere, possibilitando um aumento da actividade dos cirurgiões;
- g) Nos Serviços de Urgência (SU) a primeira linha do atendimento deve ser assegurada por internistas experientes, por forma a garantir-se melhor qualidade nas decisões, menores gastos em MCD e evitarem-se referências desnecessárias. E sendo o SU um lugar de formação essencial, tal função não deverá ser assegurada pelos médicos contratados através de empresas (deve ser evitada a contratação de médicos a empresas para os SU, por não se estimular a qualificação técnica nem a carreira, e por poder potenciar o risco de demasiada e desnecessária prescrição de medicamentos e MCD, reforçando na população a tendência para o exagero na procura errada dos SU).

Cirurgia Geral

Pressupostos específicos da cirurgia geral:

- a) Os hospitais não devem executar todas as técnicas. Justifica-se a concentração de determinadas patologias raras e/ou de especialidade complexa, para garantir perícia e qualidade na execução da técnica e nos resultados obtidos em saúde para os doentes.
- b) A maioria das intervenções cirúrgicas programadas pode ser realizada em cirurgia de ambulatório.

- c) Os hospitais de proximidade/nível 1 não devem ter cirurgia geral e os hospitais de primeira linha/distritais com SUB podem não ter internamento da especialidade.
- d) Há hospitais em excesso a oferecer os mesmos serviços e não são necessários tantos hospitais de referência.
- e) Deverá haver centros de referência, em alguns hospitais de referência e, em particular, os IPO, para a oncologia, transplantes e outras patologias específicas (para todas as situações de ocorrência menos comum e de solução complexa).
- f) Não é necessário a existência de SU de cirurgia geral durante 24h em todos os hospitais.

Neurologia

Pressupostos específicos da neurologia:

- a) Não é justificável a existência de neurologistas dispersos por todos os hospitais.
- b) Os serviços de neurologia devem existir idealmente nos hospitais de referência/centrais e deverão ter, no mínimo, 12 especialistas, nos casos de apoio de 24 horas ao SU, e tendo em conta o grande número de técnicas e as várias subespecialidades que respondem, por exemplo, às doenças neuromusculares, esclerose múltipla, doenças do movimento, acidentes vasculares cerebrais, epilepsia, demência.
- c) Os hospitais de referência/centrais com uma maior diferenciação (com subespecialidades como neurofisiologia, neuropatologia, neuroquímica) devem ter serviços de neurocirurgia e neurorradiologia (e outras especialidades afins como ORL, oftalmologia, psiquiatria, etc.) com dimensão adequada e devem executar os actos médicos e cirúrgicos mais diferenciados – a sua área de influência deverá ser idealmente de 1.000.000 de habitantes e o número de especialistas deverá ser mais elevado tendo em conta a área de influência e a subespecialização (o *ratio* aproximado de neurologistas por habitantes, incluindo subespecialidades, deve ser de aproximadamente 4 por 100 mil habitantes).
- d) Os hospitais de referência/centrais de menor dimensão deverão ter, também, menor diferenciação em subespecialidades e o número de especialistas poderá ser mais reduzido.
- e) Em alguns hospitais de primeira linha/distritais, e tendo em conta questões de acessibilidade e conforto para o doente, poderão existir unidades de neurologia

com 3 a 5 neurologistas (ou 6 a 8 consoante a população por que são responsáveis) (nas unidades pratica-se neurologia generalista e só nos serviços dos hospitais de referência/centrais deve existir diferenciação e as várias subespecialidades).

- f) Os IPO devem manter “unidades” de neurologia na área oncológica.
- g) Um hospital de primeira linha/distrital não exige a disponibilidade de neurologistas 24h no SU.
- h) Entre os hospitais de referência/centrais e os hospitais de primeira linha/distritais deve existir uma boa articulação e praticar-se o conceito de afiliação, nomeadamente para as subespecialidades.
- i) Não se justifica a existência de neurologistas nos hospitais de proximidade/nível 1, mas poderá haver consultoria e consultas por neurologistas dos hospitais mais próximos.
- j) A telemedicina faz sentido para a neurorradiologia (TAC e RMN) e para a neurofisiologia (EEG), e os serviços de neurologia devem ter técnicos de neurofisiologia para a realização de EEG e Potenciais Evocados (auditivos, visuais e somatossensitivos) e técnicos de neuro-sonologia para a realização de ecodoppler carotídeo e trans-craniano.
- k) As técnicas de tratamento altamente diferenciadas e dispendiosas devem ser coordenadas por um grupo de peritos a nível nacional, experientes nestas áreas, que decidam sobre o exercício de boas práticas e os fármacos a usar de acordo com as necessidades clínicas dos doentes (os peritos deverão ser, na sua maioria, independentes da indústria farmacêutica).
- l) Quanto à cirurgia da epilepsia e das doenças do movimento (ex., Doença de Parkinson), só deverão existir num único local por região (Norte, Centro e Sul) – embora dois centros possam ser suficientes (Norte e Sul) –, com uma selecção criteriosa dos casos por peritos experientes, com o apoio das especialidades de neurocirurgia, neurorradiologia e neuropediatria e a monitorização prolongada de vídeo-electroencefalografia.
- m) Os médicos de medicina interna bem como de medicina geral e familiar devem ter boa formação em neurologia e os neurologistas devem ter boa formação em medicina interna.

N.º mínimo de médicos especialistas (números de referência):

- Proximidade/nível 1: 0

- Primeira linha/distrital: 3 a 5 ou 6 a 8 (consoante a dimensão da população).
- Referência/central: no mínimo 12

População coberta (referência aproximada):

- Primeira linha/distrital: 150 a 300 mil
- Referência/central: mais de 300 mil (idealmente 1.000.000)

N.º mínimo de camas (números de referência):

- Primeira linha/distrital: 10 a 15 (consoante a dimensão da população, poderão estar integradas nos serviços de medicina Interna).
- Referência/central: 18 a 30 (se houver internamento de AVC a dimensão terá que ser obrigatoriamente maior).

Pediatria

Pressupostos específicos da pediatria:

- a) A rede de serviços de pediatria deve ser pensada em conjunto com a de ginecologia e obstetrícia, respeitando os conceitos de Apoio Perinatal e/ou de Apoio Perinatal Diferenciado.
- b) Os hospitais de proximidade/nível 1 não devem ter serviço de pediatria (podendo, porém e excepcionalmente, haver consultoria enquadrada numa perspectiva de afiliação a um hospital de primeira linha/distrital).
- c) Os hospitais de primeira linha/distritais podem ter um serviço de pediatria geral. Não devem ter subespecialidades (ex. gastro ou nefro pediátrica), nem outras especialidades pediátricas como cirurgia pediátrica ou pedopsiquiatria. Devem ser exceção os centros de desenvolvimento reconhecidos como os dos hospitais Garcia de Orta e Beja.
- d) O número de camas do internamento de pediatria deveria diminuir e aumentar a resposta em hospital de dia.
- e) Os hospitais de referência/centrais com urgência devem ter serviço de pediatria especializado/diferenciado, com urgência pediátrica 24 horas (de preferência com equipa fixa).
- f) Tal como as subespecialidades só devem existir nos hospitais de referência/centrais (inclusive a subespecialidade neuropediatria, de neurologia), também algumas técnicas devem ser concentradas num único local por região

(Norte Centro e LVT), evitando-se a subutilização dos equipamentos, o desperdício de recursos e permitindo mais casuística e perícia, como por exemplo, a hemodiálise pediátrica e a diálise peritoneal pediátrica. Poderão existir dois centros por região (Norte, Centro e LVT) para a broncoscopia pediátrica e a endoscopia digestiva pediátrica.

- g) A telemedicina será uma mais-valia entre hospitais de referência/centrais e de primeira linha/distritais.
- h) Transplante hepático pediátrico: só deve existir um centro no país (mas deve igualmente garantir-se a transmissão de *know-how* para a sua permanente sustentabilidade em termos de recursos humanos necessários ao seu funcionamento).
- i) Os transplantes renais justificam três centros, um por região (Norte, Centro e LVT), mas para transplantes em crianças com idade inferior a 3 anos apenas será necessário um centro no país.
- j) Unidades para Queimados pediátricos: são suficientes dois centros no país, um na zona Norte e outro em LVT.
- k) Cirurgia pediátrica: é suficiente um único centro por região (Norte, Centro e LVT). Estão bem definidas pelo Colégio da Especialidade de Cirurgia Pediátrica da Ordem dos Médicos as situações de cirurgia pediátrica que podem ser resolvidas por cirurgiões gerais.
- l) As Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) devem existir na proporção de uma cama por 50.000 habitantes menores de 18 anos, e cada UCIP deve ter, no mínimo, 6 camas. Poderão existir duas UCIP por região (Norte, Centro e LVT), mas devem existir polos de estabilização pediátrica nos hospitais que tenham SU pediátrico 24h/dia.

N.º mínimo, ou de referência, de pediatras por hospital:

- Primeira linha/distrital sem maternidade: 7 com idades inferiores a 55 anos
- Primeira linha/distrital com maternidade e apoio à neonatologia: 14 com idades inferiores a 55 anos
- Referência/central: variável conforme as subespecialidades.

População coberta por hospital (referência):

- Primeira linha/distrital: 200 a 300 mil (corresponde a cerca de 60.000 abaixo dos 18 anos).

- Referência/central: 1.500.000 (corresponde a cerca de 300.000 abaixo dos 18 anos)

N.º mínimo, ou de referência, de camas por hospital:

- Primeira linha/distrital: 20 (tendo em conta a sazonalidade dos internamentos no inverno, podem ser precisas mais).
- Referência/central: variável conforme as subespecialidades.

Obstetrícia

Pressupostos específicos da obstetrícia/medicina perinatal:

- a) É consensual que devem existir três tipos de hospitais com obstetrícia: de “Apoio Perinatal” (AP), de “Apoio Perinatal Diferenciado” (APD) e de “Apoio Perinatal Especializado” (APE). Estes devem estar integrados em hospitais gerais (dispondo do apoio de outras especialidades como sejam medicina interna, cirurgia geral, cardiologia, imunohemoterapia, Unidade de Cuidados Intensivos de adultos, pediatria, etc.) e associados à seguinte tipologia dos hospitais: AP nos hospitais de primeira linha/distritais e APD (e APE) nos hospitais de referência/centrais (esta associação, no que respeita aos AP e APD, pode não ser absoluta).
- b) Nos hospitais de proximidade/nível 1 não deve haver serviço de obstetrícia e não se devem realizar partos. Poderá existir, por razões geográficas, serviço de ginecologia/obstetrícia com actividade de ginecologia e com apoio em obstetrícia de ambulatório: consultas de referência e ecografias (a proximidade na vigilância pré-natal partilhada com os cuidados de saúde primários é muito importante).
- c) Actualmente há duplicação de serviços, sobreposições, nomeadamente de APD. O alto risco deve ficar associado às Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN).
- d) Os hospitais com APD devem apoiar mais de 2.000 partos/ano e ter uma UCIN com capacidade para receber e tratar recém nascidos.
- e) Na resposta ao limite da viabilidade, devem existir três APE em Portugal continental, no Norte (Porto), no Centro (Coimbra) e em LVT-Sul (Lisboa⁹¹), os

⁹¹ Em função do número total de partos, complexidade da casuística, bem como das próprias infra-estruturas físicas, poderá justificar-se a existência de dois APE em Lisboa para cobertura da área de LVT-Sul.

quais devem dispor de subespecialidades de obstetrícia (Medicina Materno-Fetal), Centro de Diagnóstico e Terapêutica Pré-Natal (CDTPN) e UCIN diferenciadas (UCINd), com vagas adicionais alocadas a doentes/recém-nascidos cardíacos e cirúrgicos, e com centros médico-cirúrgicos de cardiologia pediátrica, cirurgia cardiorádica, cirurgia pediátrica, concentrando técnicas ou tratamentos muito diferenciados, tanto na área da obstetrícia (ex: terapêutica *in utero* - CDTPN), como na neonatologia (ex: hipotermia).

- f) Tanto os APD como os APE deverão dar resposta aos grandes pré-termo/muito baixo peso (< 32 semanas / < 1500g), devendo as grávidas ser referenciadas para os APD ou APE antes de o parto ocorrer (transporte *in utero*).
- g) A obstetrícia é uma especialidade conjunta com a ginecologia, devendo os recursos humanos ser planificados em comum, e considerando-se que na obstetrícia 90% da actividade não é programada, enquanto na ginecologia 90% da actividade é programada. Em termos de Carta Hospitalar, deve também ser perspectivada em conjunto com a Neonatologia.
- h) A equipa tipo de uma urgência obstétrica de um AP com o número de partos/ano ≤ 2.000 deve ser constituída por dois especialistas. A equipa tipo de uma urgência de um APD com o número de partos/ano ≤ 3.000 deve ser constituída por três especialistas. A equipa tipo de uma urgência de um APE, em função quer do número de partos, quer da necessária especialização devida pela complexidade, deve ser constituída por quatro especialistas. Em qualquer dos tipos de urgência obstétrica, a equipa deve ser reforçada com mais um especialista por cada 1.000 partos/ano a mais dos números de referência⁹².

N.º de referência de médicos especialistas no apoio perinatal:

- AP: 20
- APD: 30
- APE: 40

População coberta (referência) em termos de área de influência primária:

- AP: 40 mil
- APD: 50 mil

⁹² Nos serviços com formação, as equipas tipo podem ser complementadas por internos.

- APE: > 70 mil mulheres em idade fértil

N.º de referência de camas para apoio perinatal:

- AP e APD: 30 até 2.000 partos/ano, a que acrescerão cerca de 10 camas por cada 1.000 partos/ano a mais do número de referência.
- APE: o número adequado em função do número de partos/ano (tendo por referência o APD), acrescido de cerca de 10 camas para salvaguarda de necessidades específicas decorrentes da complexidade da casuística e da demora média de internamento.

Infeciologia

- a) A rede de referenciação de infecciologia, aprovada formalmente pelo Ministério da Saúde em 2001, nunca foi posta em prática.
- b) O maior volume de casos da especialidade de infecciologia tratados em ambulatório são, hoje, os doentes infectados pelo VIH e pelos vírus causadores de hepatite⁹³.
- c) Estas patologias são hoje (tendencialmente) crónicas, podendo não ser exclusivas dos especialistas de infecciologia (especialidade que, contudo, tem vindo a desenvolver-se em termos de recursos).
- d) Um serviço de infecciologia deve existir preferencialmente em hospitais de referência/centrais, mas também em alguns hospitais de primeira linha/distritais, com população abrangida superior a 300 mil (número de referência aproximado).
- e) Os serviços de infecciologia em hospitais de primeira linha/distritais devem ter presença física até às 24h quando necessário para assegurar a urgência interna no internamento e colaboração com a medicina interna no SU e consultadoria ao internamento das restantes especialidades, para além de eventual consultadoria não presencial no restante tempo.
- f) Os serviços de infecciologia poderão ter a colaboração de internistas.
- g) Os hospitais de proximidade/nível 1 não devem ter infecciologia.
- h) Deverá haver unidades de infecciologia compostas por médicos da especialidade nos IPO (nestes, fora do horário de 8h-20h, basta uma consultadoria não

⁹³ No que se refere à hepatite B e C, destaca-se a significativa ocorrência de casos entre a população prisional.

presencial), sendo que as unidades de infecciologia nos hospitais gerais (sem serviços de infecciologia) poderão ser compostas por internistas, integradas nos serviços de medicina interna e afiliadas a hospitais com serviços de infecciologia, tendo em conta as relações e regras de referenciação (*vide* as relações e regras de referenciação e o conceito de afiliação na secção 6.2.2).

- i) A decisão de se constituir um serviço num hospital de primeira linha/distrital deverá ter por base a casuística destas doenças na população, nomeadamente os casos de internamento e os seguidos em regime de ambulatório.
- j) A existência de teleradiologia e possibilidade de efectuar consultas por telemedicina pode poupar deslocações de utentes, internados ou em consulta, ao hospital de referência/central.
- k) Relativamente às doenças raras e graves, do tipo das doenças víricas hemorrágicas (por exemplo Ébola), os internamentos deveriam concentrar-se em dois serviços de infecciologia (em Lisboa e no Porto).
- l) Nos IPO devem ser tratadas designadamente as infecções no doente neutropénico e transplantado de medula óssea.

Número mínimo ou de referência de médicos especialistas para cada tipo de hospital (não se contabilizam os internos da especialidade em formação ou os restantes estagiários de outras especialidades):

- Hospital geral de proximidade/nível 1: 0.
- Hospital geral de primeira linha/distrital: 3 a 9 (dependendo do agregado populacional, da prevalência das doenças e da capacidade de ministrar formação pós-graduada – internato da especialidade).
- Hospital geral de referência/central: 10 a 20 (dependendo do facto de ter ou não Unidade de Cuidados Intensivos específica, internamento de febres hemorrágicas e ensino pré-graduado).
- Hospital especializado: 3 (nos IPO).

Número de camas de internamento para a especialidade e para cada tipo de hospital (números aproximados, de referência):

- Hospital geral de proximidade/nível 1: 0.
- Hospital geral de primeira linha/distrital: 0 a 15 (dependendo ou não da existência de serviço autónomo, da prevalência das doenças, e da capacidade já instalada).

- Hospital geral de referência/central: 15 ou mais (dependendo do número de habitantes, da prevalência das doenças, bem como da existência de Unidade de Cuidados Intensivos específica, internamento de febres hemorrágicas, e da capacidade já instalada).

6.4. Conclusão

Neste capítulo apresentaram-se os pressupostos essenciais sobre os quais assenta a proposta de Carta Hospitalar da ERS. O modelo de oferta hospitalar de natureza pública preconizado pela ERS deve contemplar: a garantia do acesso equitativo pelos utentes aos cuidados de saúde; o acompanhamento – no planeamento da rede – dos principais determinantes de saúde das populações e suas tendências; a consideração da evolução prevista a médio prazo para o grau de mobilidade transfronteiriça no acesso a cuidados de saúde; o desenvolvimento das tecnologias de informação e comunicação aplicadas à saúde; a mobilidade dos recursos humanos na saúde; as limitações financeiras actualmente enfrentadas pelo sistema de saúde português e, sobretudo, pelo Serviço Nacional de Saúde; o respeito pelo princípio geral de auto-suficiência regional e subsequente consentaneidade das redes de referência hospitalar; a necessidade de garantir dimensão crítica para uma prestação de cuidados de saúde com qualidade; e a interligação entre as políticas de saúde e o ordenamento do território.

Deste racional teórico fazem também parte as definições gerais e fundamentais à constituição da rede e respectivo modo de funcionamento, no que se inserem as regras preconizadas pela ERS relativamente às tipologias de hospitais, às relações e regras de referência entre todos os pontos da rede hospitalar, às respectivas áreas geográficas de influência, à integração da oferta em centros hospitalares e unidades locais de saúde, à possível desinstitucionalização dos cuidados, e à organização interna dos hospitais.

Finalmente, tendo por base de trabalho o conjunto de orientações gerais e o modelo de oferta hospitalar assim preconizado, apresenta-se um terceiro nível de pressupostos técnicos para a rede proposta neste documento, estes concretamente relacionados com as especialidades visadas em tal proposta.

7. Proposta de Carta Hospitalar

O presente capítulo concretiza uma proposta de Carta Hospitalar para as seis especialidades que são objecto de análise – medicina interna, cirurgia geral, neurologia, obstetrícia, pediatria e infecciologia – e baseiam-se em grande medida nos contributos dos peritos médicos convidados pela ERS para colaborarem neste trabalho. Com base nas respostas dos hospitais públicos ao pedido de informação da ERS enviado em 6 de Fevereiro de 2012 e com base nos pressupostos estabelecidos (secção 6.3), efectuaram-se análises para a definição de propostas de localização das unidades ou serviços das especialidades em causa, tendo em vista a racionalização dos recursos, obtenção de maior eficiência, maior casuística e maior qualidade, sem descurar o acesso dos utentes aos respectivos cuidados de saúde hospitalares.

Os pressupostos apresentados no capítulo 6 e as indicações dos peritos a respeito da distribuição ideal das unidades e serviços, que serviram de base para a concretização da Carta Hospitalar aqui apresentada, foram complementados com as análises de acesso que permitiram a identificação dos hospitais gerais que cobrem concelhos considerados de acessibilidade baixa. Consequentemente, nesses hospitais manteve-se, sempre que possível, a sua oferta existente em prol da garantia do acesso aos cuidados de saúde.

As áreas de influência deverão ter carácter meramente indicativo da população alvo do hospital, com vista à adequação da sua capacidade e do grau de especialização necessários para a satisfação das necessidades daquela população, mas também à garantia da liberdade de escolha dos utentes – sem prejuízo das unidades de cuidados de saúde primários definirem de forma articulada com os hospitais e as ARS a referenciação preferencial das populações (relativamente à referenciação entre hospitais, estas deverão seguir prioritariamente os critérios de proximidade e tipologia, pelo que um hospital de primeira linha deverá tipicamente referenciar utentes para o hospital de referência mais próximo, conforme apresentado no capítulo 6 e esquematizado na figura 6.1).

7.1. Identificação dos hospitais e das especialidades de acordo com as tipologias

Nas tabelas que concretizam a Carta Hospitalar para as seis especialidades – medicina interna, cirurgia geral, neurologia, obstetrícia, pediatria e infecciologia – que se apresentam nesta secção, é destacada a seguinte simbologia: “x = não têm camas de

internamento de agudos, pelo que não são hospitais de acordo com a definição de hospital adoptada”; e “* = De acordo com o Relatório da Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência "Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência", de 10 de Fevereiro de 2012. Importa notar, contudo, que as propostas da Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência são aqui apresentadas apenas para servir de base para a definição da oferta das especialidades na Carta Hospitalar, nos casos em que os pressupostos definidos no capítulo 6 relacionam a urgência com a prestação de uma especialidade, sublinhando-se que a Rede Nacional de Emergência e Urgência não constituiu objecto de análise no presente estudo.

As tabelas apresentadas em cada subsecção, por região de actuação das ARS, são indicativas da localização das unidades ou serviços das especialidades em questão, com camas de internamento de agudos, sem prejuízo da possibilidade de haver consultas de especialidade nos hospitais assinalados com “não”, tendo em conta o conceito de “afiliação” mencionado nas secções 6.2.2 e 6.3 ou, no caso dos hospitais de referência/centrais, articulação para partilha de recursos entre hospitais de tipo idêntico.

7.1.1. Medicina Interna

As tabelas *infra* apresentam a concretização da Carta Hospitalar para a especialidade de medicina interna, tendo por base os pressupostos definidos no capítulo 6.

Norte

CH/ULS	Hospital	Tipologias		Urgência Geral*	Especialidade
Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim-Vila do Conde, EPE	Hospital Distrital da Póvoa de Varzim	Proximidade	Geral	SUB c/ atend. ped.	sim
	Hospital Distrital de Vila do Conde			0	sim
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE	Hospital de São Sebastião - Santa Maria da Feira	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital Distrital de S. João da Madeira	Proximidade		0	não ⁹⁴
	Hospital São Miguel - Oliveira de Azeméis				sim
Centro Hospitalar de São João, EPE	Hospital de São João – Porto	Referência	Geral	SUP e CT	sim
	Hospital Nossa Senhora da Conceição - Valongo			0	sim
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	Hospital de Vila Real	Referência	Geral	SUP e CT	sim
	Hospital de Chaves	Primeira linha		SUB c/ atend. ped.	sim
	Hospital de Lamego			SUB	sim
	Hospital Dom Luiz I - Peso da Régua (Centro Hospitalar de Vila Real/Peso da Régua)	Proximidade		0	não ⁹⁵
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	Hospital de Eduardo Santos Silva (Unidade I) - Vila Nova de Gaia	Referência	Geral	SUMC	sim
	Hospital Distrital de Vila Nova de Gaia (Unidade II)			0	não
	Hospital Nossa Senhora da Ajuda (Unidade III) – Espinho			x	
Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE	Hospital da Senhora da Oliveira - Guimarães	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital de São José – Fafe	Proximidade		0	sim
Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	Hospital São João de Deus - Vila Nova de Famalicão	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital Conde de São Bento - Santo Tirso	Proximidade		0	sim
Centro Hospitalar do Porto, EPE	Hospital Geral de Santo António - Porto	Referência	Especializado	SUP e CT	sim
	Maternidade Júlio Dinis – Porto			0	não
	Hospital Joaquim Urbano – Porto			0	não
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE	Hospital Padre Américo - Vale de Sousa - Penafiel	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital São Gonçalo – Amarante	Proximidade		SUB	sim
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	Hospital Pedro Hispano – Matosinhos	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE	Hospital de Santa Luzia - Viana do Castelo	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital Conde de Bertandos - Ponte de Lima (Centro Hospitalar do Alto Minho)	Proximidade		SUB	sim
Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE	Hospital Distrital de Bragança	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital Distrital de Mirandela			SUB	sim
	Hospital Distrital de Macedo de Cavaleiros	Proximidade		0	sim
Hospitais não integrados em CH/ULS	Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE	Referência	Especializado	0	sim
	Hospital de Braga	Referência	Geral	SUP e CT	sim
	Hospital Santa Maria Maior, EPE - Barcelos	Primeira linha	Geral	SUB	sim
	Hospital de Magalhães Lemos, EPE	Referência	Especializado	0	não

⁹⁴ Tenha-se presente que actualmente a unidade de S. João da Madeira indicou possuir apenas um médico de medicina interna (1,11 ETC), encontrando-se ademais a mesma integrada em Centro Hospitalar. A inexistência da especialidade não implica, portanto, a inexistência de consulta externa da especialidade.

⁹⁵ A unidade do Peso da Régua, apesar de haver indicado a existência de 18 camas de internamento, igualmente indicou possuir apenas um médico de medicina interna (1,2 ETC), encontrando-se ademais a mesma integrada em Centro Hospitalar. A inexistência da especialidade não implica, portanto, a inexistência de consulta externa.

Centro

CH/ULS	Hospital	Tipologias		Urgência Geral*	Especialidade	
Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	Hospital da Covilhã	Primeira linha	Geral	SUMC	sim	
	Hospital do Fundão	Proximidade		0	sim	
Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, EPE	Hospital de Santo André - Leiria	Primeira linha	Geral	SUMC	sim	
	Hospital Distrital de Pombal	Proximidade		SUB	sim	
Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE	Hospital Infante D. Pedro, EPE - Aveiro	Primeira linha	Geral	SUMC	sim	
	Hospital Distrital de Águeda	Proximidade		SUB	sim	
	Hospital Visconde Salreu - Estarreja			0	sim	
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	Hospitais da Universidade de Coimbra	Referência	Geral	SUP e CT	sim	
	Maternidade Dr. Daniel de Matos (Hospitais da Universidade de Coimbra)			Especializado	0	não
	Hospital Geral da Colónia Portuguesa do Brasil (Hospital dos Covões) – Coimbra		Especializado	Geral	SUMC	sim
	Maternidade Bissaya Barreto - Coimbra			0	não	
	Hospital Pediátrico de Coimbra		não			
	Hospital Sobral Cid - Coimbra (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra)		não			
	Centro de Recuperação de Arnes (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra) – Soure		x			
	Hospital de Lorvão - Penacova (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra)					
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE	Hospital São Teotónio – Viseu	Referência	Geral	SUP e CT	sim	
	Hospital de Cândido Figueiredo - Tondela	Proximidade		SUB	sim	
Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	Hospital de Sousa Martins – Guarda	Primeira linha	Geral	SUMC	sim	
	Hospital Nossa Senhora da Assunção - Seia	Proximidade		SUB	sim	
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE	Hospital Amato Lusitano - Castelo Branco	Primeira linha	Geral	SUMC	sim	
Hospitais não integrados em CH/ULS	Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE	Referência	Especializado	0	sim	
	Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	Primeira linha	Geral	SUB c/ atend. ped.	sim	
	Hospital Dr. Francisco Zagalo – Ovar	Proximidade	Geral	0	não ⁹⁶	
	Centro Medicina de Reabilitação da Região Centro Rovisco Pais – Cantanhede	Referência	Especializado	0	não	
	Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede				x	
	Hospital José Luciano de Castro - Anadia				x	

LVT

CH/ULS	Hospital	Tipologias		Urgência Geral*	Especialidade
Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE	Hospital de Nossa Senhora do Rosário - Barreiro	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital do Montijo	Proximidade		0	sim
Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	Hospital de São José – Lisboa	Referência	Geral	SUP e CT	sim
	Hospital Curry Cabral, EPE – Lisboa			0	sim
	Hospital de Santa Marta – Lisboa			0	sim
	Hospital de Santo António dos Capuchos - Lisboa			0	sim
	Maternidade Dr. Alfredo da Costa - Lisboa		Especializado	0	não
	Hospital de D. Estefânia – Lisboa			0	não
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	Hospital de São Francisco Xavier - Oeiras	Referência	Geral	SUP e CT	sim
	Hospital de Egas Moniz – Lisboa			0	sim
	Hospital Santa Cruz – Oeiras				sim
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	Hospital de São Bernardo – Setúbal	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital Ortopédico de Sant'Iago do Outão - Setúbal	Referência	Especializado	0	não
Centro Hospitalar de Torres	Hospital Distrital Torres Vedras	Primeira linha	Geral	SUB	sim

⁹⁶ Refira-se que apesar de haver indicado a existência de 16 camas em medicina, presentemente o Hospital Dr. Francisco Zagalo – Ovar não indicou a existência de qualquer médico da especialidade de medicina interna, encontrando-se portanto a população actualmente já a ser coberta por outras unidades hospitalares (em concreto, Aveiro e Estarreja).

Vedras	Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior - Torres Vedras		Especializado	0	não
Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE	Hospital Distrital de Abrantes	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital Distrital de Torres Novas			SUB c/ atend. ped.	sim
	Hospital Distrital de Tomar			0	sim
Centro Hospitalar do Oeste Norte	Hospital Distrital Caldas da Rainha (Centro Hospitalar das Caldas da Rainha)	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital Bernardino Lopes de Oliveira - Alcobaça	Proximidade		SUB	sim
	Hospital de São Pedro Gonçalves Telmo - Peniche			0	não ⁹⁷
	Hospital Termal Rainha D. Leonor - Caldas da Rainha			x	
Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	Hospital de Santa Maria – Lisboa	Referência	Geral	SUP e CT	sim
	Hospital Pulido Valente – Lisboa			0	sim
Hospitais não integrados em CH/ULS	Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE	Referência	Especializado	0	sim
	Hospital Garcia de Orta, EPE – Almada	Referência	Geral	SUMC	sim
	Hospital Beatriz Ângelo – Loures	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital de Santarém, EPE	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital de Vila Franca de Xira	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital Dr. José de Almeida - Cascais	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE – Amadora	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital de Júlio de Matos - Lisboa (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa)	Referência	Especializado	0	não
	Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto - Lisboa	Referência	Especializado	0	não

Alentejo

CH/ULS	Hospital	Tipologias		Urgência Geral*	Especialidade
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE	Hospital José Joaquim Fernandes - Beja	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital de São Paulo – Serpa	x			
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE	Hospital Dr. José Maria Grande - Portalegre	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital Santa Luzia de Elvas	Proximidade		SUB	sim
Hospitais não integrados em CH/ULS	Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE	Referência	Geral	SUMC	sim
	Hospital do Litoral Alentejano, EPE - Santiago do Cacém	Primeira linha	Geral	SUMC	sim

Algarve

CH/ULS	Hospital	Tipologias		Urgência Geral*	Especialidade
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE	Hospital do Barlavento Algarvio - Portimão	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital Distrital de Lagos	Proximidade		0	sim
Hospitais não integrados em CH/ULS	Hospital de Faro, EPE	Referência	Geral	SUP e CT	sim
	Centro de Medicina de Reabilitação do Sul - São Brás de Alportel	Referência	Especializado	0	não

⁹⁷ Relativamente à unidade de Peniche, tenha-se presente que a mesma indicou possuir actualmente apenas 4 médicos com contrato (correspondentes a 2,1 ETC de medicina e 1,2 ETC de cirurgia) e possui 20 camas de medicina com demora média de internamento de 12 dias. A tal facto acresce que se encontra projectado que a unidade deixará de possuir um SUB. O que ora se propõe não significa necessariamente uma redução de oferta para a população de Peniche, atendendo à possibilidade de haver consultas de especialidade nos hospitais assinalados com “não”, tendo em conta o conceito de “afiliação”, bem como o facto de a referida unidade se encontrar integrada no CHON, que possui medicina interna nas unidades de Alcobaça e Caldas da Rainha, bem como a especialidade de cirurgia geral em Caldas da Rainha (as quais abrangem igualmente Peniche).

7.1.2. Cirurgia Geral⁹⁸

As tabelas *infra* apresentam a concretização da Carta Hospitalar para a especialidade de cirurgia geral, tendo por base os pressupostos definidos no capítulo 6, sendo que para a região Norte são apresentadas algumas observações adicionais.

Algumas notas sobre a região Norte

- a) A cirurgia oncológica da região Norte deve ser, preferencialmente, assegurada pelos hospitais de Braga, Vila Real, S. João, Santo António e Gaia (e para além do IPO Porto), realizando todo o tipo de cirurgias do foro da cirurgia geral.
- b) Aos hospitais de Viana do Castelo, Guimarães, Bragança, Vale do Sousa e Santa Maria da Feira, desde que possuam equipa multidisciplinar de oncologia, deve ser permitida a realização de cirurgia oncológica, à excepção da mais complexa (oncológica ou não) e que necessita de mais especialidades de apoio (esófago torácico, major do fígado e vias biliares, cefalopancreática e recto distal).
- c) As cirurgias para cuja realização os hospitais referidos nas alíneas a) e b) *supra* não forem credenciados, devem ser referenciadas para o IPO (e não pela medicina geral e familiar), que deve constituir-se também como retaguarda para a realização dos tratamentos neo-adjuvantes e adjuvantes necessários.
- d) Os hospitais de Barcelos, Chaves, Famalicão, Mirandela e Póvoa de Varzim/Vila do Conde, bem como os hospitais identificados como de proximidade, não devem fazer qualquer tipo de cirurgia oncológica.
- e) Os transplantes devem ser efectuados preferencialmente num único local na região Norte, no Hospital Geral de Santo António.
- f) Os hospitais de Amarante, Espinho, Fafe, Lamego, Macedo de Cavaleiros, Oliveira de Azeméis, Ponte de Lima, Régua, Santo Tirso, S. João da Madeira, Valongo e Vila do Conde não devem ter cirurgia geral. Poderão ter, numa lógica de gestão da melhoria da acessibilidade, consultas externas e cirurgia de ambulatório.
- g) Os hospitais de Chaves, Mirandela e Póvoa de Varzim devem limitar o internamento de cirurgia geral ao apoio à cirurgia de ambulatório⁹⁹. Não devem

⁹⁸ O facto de se considerar que determinada unidade não deverá possuir internamento da especialidade não invalida que aí se desenvolva cirurgia de ambulatório e consulta externa.

ainda ter cirurgia geral no SU. Contudo, como o hospital de Famalicão é um SUMC na rede dos Serviços de Urgência poderá continuar a ter internamento, apesar das pequenas distâncias (em tempo) que o separam do H. S. João.

- h) Cirurgia geral só deve existir 24h nos Serviços de Urgência dos hospitais de Braga, Bragança, Guimarães, Matosinhos, Penafiel, S. João, Santa Maria da Feira, Santo António, Viana do Castelo, Vila Nova de Gaia e Vila Real.
- i) O hospital de Matosinhos deve ter SU de cirurgia geral 24h porque deve cobrir a área de Póvoa de Varzim - Vila do Conde.
- j) O hospital de Vila Nova de Gaia deve cobrir das 0h às 8h a área de Santa Maria da Feira, que não necessita de ter SU de cirurgia geral as 24h.
- k) Com a progressiva diminuição da população residente nas áreas que são da responsabilidade do Hospital Geral de Santo António, a médio prazo, a cirurgia geral naquele SU poderá cessar pelas 24h, devendo esta população ser coberta no período das 00-08h pelo Hospital de S. João¹⁰⁰.

CH/ULS	Hospital	Tipologias		Urgência Geral*	Especialidade
Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim-Vila do Conde, EPE	Hospital Distrital da Póvoa de Varzim	Proximidade	Geral	SUB c/ atend. ped.	não
	Hospital Distrital de Vila do Conde			0	não
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE	Hospital de São Sebastião - Santa Maria da Feira	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital Distrital de S. João da Madeira	Proximidade	Geral	0	não
	Hospital São Miguel - Oliveira de Azeméis				não
Centro Hospitalar de São João, EPE	Hospital de São João – Porto	Referência	Geral	SUP e CT	sim
	Hospital Nossa Senhora da Conceição - Valongo			0	não
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	Hospital de Vila Real	Referência	Geral	SUP e CT	sim
	Hospital de Chaves	Primeira linha		SUB c/ atend. ped.	não
	Hospital de Lamego			SUB	não

⁹⁹ O Hospital de Barcelos poderá manter excepcionalmente cirurgia geral com internamento (26 camas, conforme resposta ao pedido de informação da ERS), apesar dos pressupostos definidos na secção 6.3., porque é um hospital que cobre concelhos de baixa acessibilidade. Além disso, não está integrado em Centro Hospitalar ou ULS com outro hospital que tenha cirurgia geral.

Note-se que o mesmo critério é aplicado aos hospitais de Figueira da Foz (Centro), com 28 camas de internamento, e Torres Vedras (LVT), com 44 camas de internamento (não se consideram portanto eventuais alterações organizacionais que possam envolver no futuro a fusão ou reorganização de Centros Hospitalares, que, assim, afectariam o resultado da análise, segundo o critério adoptado).

¹⁰⁰ No que diz respeito às classificações de Gaia e Santo António, cite-se o Relatório da Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência "Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência", de 10 de Fevereiro de 2012: "Os SU do H St António e do Hospital de Gaia devem desenvolver em comum a organização da resposta polivalente à área Sul do Douro (Feira, Arouca) da ARS Norte, numa estratégia concertada. Como exemplo, esta Comissão propõe que o SU Gaia, embora nesta altura classificado como SUMC, seja o pólo da VVC, uma vez que o Hospital possui boa resposta local e Serviço de Cirurgia Cardiorácica. Na sequência desta cooperação crescente entre o Hospital de Santo António e o Hospital de Gaia, será de proceder, em momento ulterior à reavaliação da situação no contexto desses interlocutores, considerando condicionalismos e realidades pertinentes".

	Hospital Dom Luiz I - Peso da Régua (Centro Hospitalar de Vila Real/Peso da Régua)	Proximidade		0	não
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	Hospital de Eduardo Santos Silva (Unidade I) - Vila Nova de Gaia	Referência	Geral	SUMC	sim
	Hospital Distrital de Vila Nova de Gaia (Unidade II)			0	não
	Hospital Nossa Senhora da Ajuda (Unidade III) – Espinho			x	
Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE	Hospital da Senhora da Oliveira - Guimarães	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital de São José – Fafe	Proximidade		0	não
Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	Hospital São João de Deus - Vila Nova de Famalicão	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital Conde de São Bento - Santo Tirso	Proximidade		0	não
Centro Hospitalar do Porto, EPE	Hospital Geral de Santo António - Porto	Referência	Especializado	SUP e CT	sim
	Maternidade Júlio Dinis – Porto			0	não
	Hospital Joaquim Urbano – Porto				
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE	Hospital Padre Américo - Vale de Sousa - Penafiel	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital São Gonçalo – Amarante	Proximidade		SUB	não
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	Hospital Pedro Hispano – Matosinhos	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE	Hospital de Santa Luzia - Viana do Castelo	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital Conde de Bertandos - Ponte de Lima (Centro Hospitalar do Alto Minho)	Proximidade		SUB	não
Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE	Hospital Distrital de Bragança	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital Distrital de Mirandela			SUB	não
	Hospital Distrital de Macedo de Cavaleiros	Proximidade	0	não	
Hospitais não integrados em CH/ULS	Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE	Referência	Especializado	0	sim
	Hospital de Braga	Referência	Geral	SUP e CT	sim
	Hospital Santa Maria Maior, EPE - Barcelos	Primeira linha	Geral	SUB	sim
	Hospital de Magalhães Lemos, EPE	Referência	Especializado	0	não

Centro

CH/ULS	Hospital	Tipologias		Urgência Geral*	Especialidade
Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	Hospital da Covilhã	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital do Fundão	Proximidade		0	não
Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, EPE	Hospital de Santo André - Leiria	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital Distrital de Pombal	Proximidade		SUB	não
Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE	Hospital Infante D. Pedro, EPE - Aveiro	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital Distrital de Águeda			SUB	não
	Hospital Visconde Salreu - Estarreja	Proximidade	0	não	
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	Hospitais da Universidade de Coimbra	Referência	Especializado	SUP e CT	sim
	Maternidade Dr. Daniel de Matos (Hospitais da Universidade de Coimbra)			0	não
	Hospital Geral da Colónia Portuguesa do Brasil (Hospital dos Covões) – Coimbra		Geral	SUMC	sim
	Maternidade Bissaya Barreto - Coimbra		Especializado	0	não
	Hospital Pediátrico de Coimbra				não
	Hospital Sobral Cid - Coimbra (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra)				não
	Centro de Recuperação de Arnes (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra) – Soure				x
Hospital de Lorvão - Penacova (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra)					
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE	Hospital São Teotónio – Viseu	Referência	Geral	SUP e CT	sim
	Hospital de Cândido Figueiredo - Tondela	Proximidade		SUB	não
Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	Hospital de Sousa Martins – Guarda	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital Nossa Senhora da Assunção - Seia	Proximidade		SUB	não
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE	Hospital Amato Lusitano - Castelo Branco	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
Hospitais não integrados em CH/ULS	Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE	Referência	Especializado	0	sim
	Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	Primeira linha	Geral	SUB c/ atend. ped.	sim
	Hospital Dr. Francisco Zagalo – Ovar	Proximidade	Geral	0	não

	Centro Medicina de Reabilitação da Região Centro Rovisco Pais – Cantanhede	Referência	Especializado	0	não
	Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede			x	
	Hospital José Luciano de Castro - Anadia			x	

LVT

CH/ULS	Hospital	Tipologias		Urgência Geral*	Especialidade
Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE	Hospital de Nossa Senhora do Rosário - Barreiro	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital do Montijo	Proximidade		0	não
Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	Hospital de São José – Lisboa	Referência	Geral	SUP e CT	sim
	Hospital Curry Cabral, EPE – Lisboa			0	sim
	Hospital de Santa Marta – Lisboa			0	não
	Hospital de Santo António dos Capuchos - Lisboa			0	sim
	Maternidade Dr. Alfredo da Costa - Lisboa			0	não
	Hospital de D. Estefânia – Lisboa			0	não
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	Hospital de São Francisco Xavier - Oeiras	Referência	Geral	SUP e CT	sim
	Hospital de Egas Moniz – Lisboa			0	sim
	Hospital Santa Cruz – Oeiras				sim
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	Hospital de São Bernardo – Setúbal	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital Ortopédico de Sant'Iago do Outão - Setúbal	Referência	Especializado	0	não
Centro Hospitalar de Torres Vedras	Hospital Distrital Torres Vedras	Primeira linha	Geral	SUB	sim
	Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior - Torres Vedras		Especializado	0	não
Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE	Hospital Distrital de Abrantes	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital Distrital de Torres Novas			SUB c/ atend. ped.	não
	Hospital Distrital de Tomar			0	não
Centro Hospitalar do Oeste Norte	Hospital Distrital Caldas da Rainha (Centro Hospitalar das Caldas da Rainha)	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital Bernardino Lopes de Oliveira - Alcobaça	Proximidade		SUB	não
	Hospital de São Pedro Gonçalves Telmo - Peniche			0	não
	Hospital Termal Rainha D. Leonor - Caldas da Rainha			x	
Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	Hospital de Santa Maria – Lisboa	Referência	Geral	SUP e CT	sim
	Hospital Pulido Valente – Lisboa			0	sim
Hospitais não integrados em CH/ULS	Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE	Referência	Especializado	0	sim
	Hospital Garcia de Orta, EPE – Almada	Referência	Geral	SUMC	sim
	Hospital Beatriz Ângelo – Loures	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital de Santarém, EPE	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital de Vila Franca de Xira	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital Dr. José de Almeida - Cascais	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE – Amadora	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital de Júlio de Matos - Lisboa (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa)	Referência	Especializado	0	não
	Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto - Lisboa	Referência	Especializado	0	não

Alentejo

CH/ULS	Hospital	Tipologias		Urgência Geral*	Especialidade
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE	Hospital José Joaquim Fernandes - Beja	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital de São Paulo – Serpa			x	
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE	Hospital Dr. José Maria Grande - Portalegre	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital Santa Luzia de Elvas	Proximidade		SUB	não
Hospitais não integrados em CH/ULS	Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE	Referência	Geral	SUMC	sim
	Hospital do Litoral Alentejano, EPE - Santiago do Cacém	Primeira linha	Geral	SUMC	sim

Algarve

CH/ULS	Hospital	Tipologias		Urgência Geral*	Especialidade
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE	Hospital do Barlavento Algarvio - Portimão	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital Distrital de Lagos	Proximidade		0	não
Hospitais não integrados em CH/ULS	Hospital de Faro, EPE	Referência	Geral	SUP e CT	sim
	Centro de Medicina de Reabilitação do Sul - São Brás de Alportel	Referência	Especializado	0	não

7.1.3. Neurologia

As tabelas *infra* apresentam a concretização da Carta Hospitalar para a especialidade de neurologia, tendo por base os pressupostos definidos no capítulo 6, sendo que para todas as regiões são apresentadas algumas observações adicionais.

Algumas notas sobre a região Norte

- Hospitais de referência/centrais com serviços de neurologia e as diferentes subespecialidades: Centro Hospitalar S. João – S. João (que deve dar apoio a Famalicão), Centro Hospitalar Gaia/Espinho – Gaia e Centro Hospitalar do Porto - Santo António.
- Hospitais de referência/centrais e de primeira linha/distritais com serviços/idades de 6 a 8 especialistas: Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro – Vila Real, Braga (justifica uma maior dimensão), Centro Hospitalar Vale do Sousa – Padre Américo, Centro Hospitalar Entre Vouga e Douro – Santa Maria da Feira e ULS de Matosinhos – Pedro Hispano (que deve dar apoio à Póvoa/Vila do Conde).
- Hospitais de primeira linha/distritais com unidades de 3 a 5 especialistas: ULS do Nordeste – Bragança, Centro Hospitalar Alto Ave – Guimarães e ULS do Alto Minho – Viana do Castelo.

CH/ULS	Hospital	Tipologias		Urgência Geral*	Especialidade
Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim-Vila do Conde, EPE	Hospital Distrital da Póvoa de Varzim	Proximidade	Geral	SUB c/ atend. ped.	não
	Hospital Distrital de Vila do Conde			0	não
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE	Hospital de São Sebastião - Santa Maria da Feira	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital Distrital de S. João da Madeira	Proximidade	Geral	0	não
	Hospital São Miguel - Oliveira de Azeméis				não
Centro Hospitalar de São João, EPE	Hospital de São João - Porto	Referência	Geral	SUP e CT	sim
	Hospital Nossa Senhora da Conceição - Valongo			0	não
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	Hospital de Vila Real	Referência	Geral	SUP e CT	sim
	Hospital de Chaves	Primeira linha		SUB c/ atend. ped.	não
	Hospital de Lamego			SUB	não

	Hospital Dom Luiz I - Peso da Régua (Centro Hospitalar de Vila Real/Peso da Régua)	Proximidade		0	não
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	Hospital de Eduardo Santos Silva (Unidade I) - Vila Nova de Gaia	Referência	Geral	SUMC	sim
	Hospital Distrital de Vila Nova de Gaia (Unidade II)			0	não
	Hospital Nossa Senhora da Ajuda (Unidade III) - Espinho			x	
Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE	Hospital da Senhora da Oliveira - Guimarães	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital de São José - Fafe	Proximidade		0	não
Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	Hospital São João de Deus - Vila Nova de Famalicão	Primeira linha	Geral	SUMC	não
	Hospital Conde de São Bento - Santo Tirso	Proximidade		0	não
Centro Hospitalar do Porto, EPE	Hospital Geral de Santo António - Porto	Referência	Especializado	SUP e CT	sim
	Maternidade Júlio Dinis - Porto			0	não
	Hospital Joaquim Urbano - Porto				não
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE	Hospital Padre Américo - Vale de Sousa - Penafiel	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital São Gonçalo - Amarante	Proximidade		SUB	não
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	Hospital Pedro Hispano - Matosinhos	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE	Hospital de Santa Luzia - Viana do Castelo	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital Conde de Bertiandos - Ponte de Lima (Centro Hospitalar do Alto Minho)	Proximidade		SUB	não
Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE	Hospital Distrital de Bragança	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital Distrital de Mirandela			SUB	não
	Hospital Distrital de Macedo de Cavaleiros	Proximidade	0	não	
Hospitais não integrados em CH/ULS	Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE	Referência	Especializado	0	sim
	Hospital de Braga	Referência	Geral	SUP e CT	sim
	Hospital Santa Maria Maior, EPE - Barcelos	Primeira linha	Geral	SUB	não
	Hospital de Magalhães Lemos, EPE	Referência	Especializado	0	não

Algumas notas sobre a região Centro

- Hospitais de referência/centrais com serviços de neurologia e as diversas subespecialidades: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – Coimbra e Centro Hospitalar Tondela/ Viseu – Viseu.
- Hospitais de primeira linha/distritais com unidades de 6 a 8 especialistas: Centro Hospitalar Baixo Vouga – Aveiro, Centro Hospitalar Leiria/Pombal – Leiria, Centro Hospitalar Cova da Beira – Covilhã (que deve dar apoio de ambulatório aos hospitais da Guarda e de Castelo Branco).
- Hospital da Figueira da Foz poderá ter uma unidade com 3 a 4 especialistas e afiliada a um serviço do CHUC.

CH/ULS	Hospital	Tipologias		Urgência Geral*	Especialidade
Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	Hospital da Covilhã	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital do Fundão	Proximidade		0	não
Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, EPE	Hospital de Santo André - Leiria	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital Distrital de Pombal	Proximidade		SUB	não
Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE	Hospital Infante D. Pedro, EPE - Aveiro	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital Distrital de Águeda			SUB	não
	Hospital Visconde Salreu - Estarreja	Proximidade		0	não

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	Hospitais da Universidade de Coimbra	Referência	Geral	SUP e CT	sim
	Maternidade Dr. Daniel de Matos (Hospitais da Universidade de Coimbra)		Especializado	0	não
	Hospital Geral da Colónia Portuguesa do Brasil (Hospital dos Covões) - Coimbra		Geral	SUMC	não
	Maternidade Bissaya Barreto - Coimbra		Especializado	0	não
	Hospital Pediátrico de Coimbra				não
	Hospital Sobral Cid - Coimbra (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra)				não
	Centro de Recuperação de Arnes (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra) - Soure				x
	Hospital de Lorvão - Penacova (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra)				
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE	Hospital São Teotónio - Viseu	Referência	Geral	SUP e CT	sim
	Hospital de Cândido Figueiredo - Tondela	Proximidade		SUB	não
Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	Hospital de Sousa Martins - Guarda	Primeira linha	Geral	SUMC	não
	Hospital Nossa Senhora da Assunção - Seia	Proximidade		SUB	não
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE	Hospital Amato Lusitano - Castelo Branco	Primeira linha	Geral	SUMC	não
Hospitais não integrados em CH/ULS	Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE	Referência	Especializado	0	sim
	Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	Primeira linha	Geral	SUB c/ atend. ped.	sim
	Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar	Proximidade	Geral	0	não
	Centro Medicina de Reabilitação da Região Centro Rovisco Pais - Cantanhede	Referência	Especializado	0	não
	Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede			x	
	Hospital José Luciano de Castro - Anadia			x	

Algumas notas sobre as regiões LVT, Alentejo e Algarve

- a) Hospitais de referência/centrais com serviços de neurologia e as diversas subespecialidades: Centro Hospitalar Lisboa Norte – Santa Maria (que apoia Loures e Torres Vedras) e Centro Hospitalar Lisboa Central – S. José (que apoia Santarém, o Centro Hospitalar do Médio Tejo, Vila Franca de Xira e o Sul).
- b) Hospitais de referência/centrais e de primeira linha/distritais com serviços/unidades de 6 a 8 especialistas: Santarém (que deve dar apoio às Unidades de Torres Novas, Tomar e Abrantes e ao Centro Hospitalar Oeste Norte – Caldas da Rainha), Hospital Fernando da Fonseca, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental – Egas Moniz (que deve dar apoio à Amadora e a Cascais), Loures, Garcia de Orta (que deve dar apoio ao Barreiro), Setúbal (que poderia, com base em protocolização ou afiliação, dar apoio a Santiago de Cacém caso tal corresponda à correcta acomodação dos movimentos naturais das populações), Évora (que deve possuir um serviço – que não tem – e dar apoio a Portalegre e a Beja) e Faro (que poderia, também com base em protocolização ou afiliação, dar apoio a Beja-Sul caso tal corresponda à correcta acomodação dos movimentos

naturais das populações e ter estrutura de hospital de referência/central para neurologia¹⁰¹).

- c) No Centro Hospitalar Lisboa Ocidental – Egas Moniz (que deve dar apoio à Amadora e a Cascais), em Loures, e no Garcia de Orta (que deve dar apoio ao Barreiro) as unidades eventualmente comportariam mais especialistas, tendo em conta as respectivas áreas de influência.
- d) Hospitais de primeira linha/distritais com unidades de 3 a 5 especialistas: Cascais e Portimão.

LVT:

CH/ULS	Hospital	Tipologias		Urgência Geral*	Especialidade
Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE	Hospital de Nossa Senhora do Rosário - Barreiro	Primeira linha	Geral	SUMC	não
	Hospital do Montijo	Proximidade		0	não
Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	Hospital de São José - Lisboa	Referência	Geral	SUP e CT	sim
	Hospital Curry Cabral, EPE - Lisboa			0	não
	Hospital de Santa Marta - Lisboa			0	não
	Hospital de Santo António dos Capuchos - Lisboa			0	não
	Maternidade Dr. Alfredo da Costa - Lisboa		Especializado	0	não
	Hospital de D. Estefânia - Lisboa			0	não
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	Hospital de São Francisco Xavier - Oeiras	Referência	Geral	SUP e CT	não
	Hospital de Egas Moniz - Lisboa			0	sim
	Hospital Santa Cruz - Oeiras				não
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	Hospital de São Bernardo - Setúbal	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital Ortopédico de Sant'Iago do Outão - Setúbal	Referência	Especializado	0	não
Centro Hospitalar de Torres Vedras	Hospital Distrital Torres Vedras	Primeira linha	Geral	SUB	não
	Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior - Torres Vedras		Especializado	0	não
Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE	Hospital Distrital de Abrantes	Primeira linha	Geral	SUMC	não
	Hospital Distrital de Torres Novas			SUB c/ atend. ped.	não
	Hospital Distrital de Tomar			0	não
Centro Hospitalar do Oeste Norte	Hospital Distrital Caldas da Rainha (Centro Hospitalar das Caldas da Rainha)	Primeira linha	Geral	SUMC	não
	Hospital Bernardino Lopes de Oliveira - Alcobaça	Proximidade		SUB	não
	Hospital de São Pedro Gonçalves Telmo - Peniche			0	não
	Hospital Termal Rainha D. Leonor - Caldas da Rainha			x	
Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	Hospital de Santa Maria - Lisboa	Referência	Geral	SUP e CT	sim
	Hospital Pulido Valente - Lisboa			0	não
Hospitais não integrados em CH/ULS	Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE	Referência	Especializado	0	sim
	Hospital Garcia de Orta, EPE - Almada	Referência	Geral	SUMC	sim
	Hospital Beatriz Ângelo - Loures	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital de Santarém, EPE	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital de Vila Franca de Xira	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital Dr. José de Almeida - Cascais	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE - Amadora	Primeira linha	Geral	SUMC	sim	

¹⁰¹ Deve-se ter especial atenção à referência de doentes e à afiliação de hospitais que deverão ser definidas, no sentido de respeitar sempre que possível a liberdade de escolha dos utentes e os fluxos naturais dos utentes, tendo em conta as distâncias entre as suas residências e os hospitais (vide secção 6.2.2, a respeito das relações e regras de referência e do conceito de afiliação).

	Hospital de Júlio de Matos - Lisboa (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa)	Referência	Especializado	0	não
	Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto - Lisboa	Referência	Especializado	0	não

Alentejo:

CH/ULS	Hospital	Tipologias		Urgência Geral*	Especialidade
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE	Hospital José Joaquim Fernandes - Beja	Primeira linha	Geral	SUMC	não
	Hospital de São Paulo - Serpa				
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE	Hospital Dr. José Maria Grande - Portalegre	Primeira linha	Geral	SUMC	não
	Hospital Santa Luzia de Elvas	Proximidade		SUB	não
Hospitais não integrados em CH/ULS	Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE	Referência	Geral	SUMC	sim
	Hospital do Litoral Alentejano, EPE - Santiago do Cacém	Primeira linha	Geral	SUMC	não

Algarve:

CH/ULS	Hospital	Tipologias		Urgência Geral*	Especialidade
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE	Hospital do Barlavento Algarvio - Portimão	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital Distrital de Lagos	Proximidade		0	não
Hospitais não integrados em CH/ULS	Hospital de Faro, EPE	Referência	Geral	SUP e CT	sim
	Centro de Medicina de Reabilitação do Sul - São Brás de Alportel	Referência	Especializado	0	não

7.1.4. Pediatria¹⁰²

As tabelas *infra* apresentam a concretização da Carta Hospitalar para a especialidade de pediatria, tendo por base os pressupostos definidos no capítulo 6, sendo que para as regiões LVT, Alentejo e Algarve são apresentadas algumas observações adicionais.

Norte

CH/ULS	Hospital	Tipologias		Urgência Geral*	Especialidade
Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim-Vila do Conde, EPE	Hospital Distrital da Póvoa de Varzim	Proximidade	Geral	SUB c/ atend. ped.	não ¹⁰³
	Hospital Distrital de Vila do Conde			0	não

¹⁰² A referência à existência de serviço de pediatria é estabelecida com base nos pressupostos estabelecidos para a especialidade, podendo contudo ocorrer necessidade de adaptações em função do que a final venha a ser concretamente determinado no que respeita ao serviço de urgência. Nesse sentido, verificam-se situações em que da aplicação dos pressupostos decorre a inexistência de serviço de pediatria, mas encontra-se preliminarmente prevista a existência de um SUB com atendimento pediátrico. Em tais casos, e já numa perspectiva operacional (e até porque o conceito de SUB com atendimento pediátrico é um conceito novo), dever-se-á conformar concretamente a existência de oferta na especialidade de pediatria (independentemente da forma ou modelo em que a mesma assente) com as referidas necessidades para o SUB.

¹⁰³ Vide nota anterior.

Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE	Hospital de São Sebastião - Santa Maria da Feira	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital Distrital de S. João da Madeira	Proximidade	Geral	0	não
	Hospital São Miguel - Oliveira de Azeméis				não
Centro Hospitalar de São João, EPE	Hospital de São João - Porto	Referência	Geral	SUP e CT	sim
	Hospital Nossa Senhora da Conceição - Valongo			0	não
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	Hospital de Vila Real	Referência	Geral	SUP e CT	sim
	Hospital de Chaves			Primeira linha	SUB c/ atend. ped.
	Hospital de Lamego	SUB			não
	Hospital Dom Luiz I - Peso da Régua (Centro Hospitalar de Vila Real/Peso da Régua)	Proximidade		0	não
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	Hospital de Eduardo Santos Silva (Unidade I) - Vila Nova de Gaia	Referência	Geral	SUMC	sim
	Hospital Distrital de Vila Nova de Gaia (Unidade II)			0	sim
	Hospital Nossa Senhora da Ajuda (Unidade III) - Espinho		x		
Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE	Hospital da Senhora da Oliveira - Guimarães	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital de São José - Fafe	Proximidade		0	não
Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	Hospital São João de Deus - Vila Nova de Famalicão	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital Conde de São Bento - Santo Tirso	Proximidade		0	não
Centro Hospitalar do Porto, EPE	Hospital Geral de Santo António - Porto	Referência	Geral	SUP e CT	sim
	Maternidade Júlio Dinis - Porto		Especializado	0	sim
	Hospital Joaquim Urbano - Porto			não	
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE	Hospital Padre Américo - Vale de Sousa - Penafiel	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital São Gonçalo - Amarante	Proximidade		SUB	não
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	Hospital Pedro Hispano - Matosinhos	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE	Hospital de Santa Luzia - Viana do Castelo	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital Conde de Bertandos - Ponte de Lima (Centro Hospitalar do Alto Minho)	Proximidade		SUB	não
Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE	Hospital Distrital de Bragança	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital Distrital de Mirandela	Proximidade		SUB	sim
	Hospital Distrital de Macedo de Cavaleiros			0	não
Hospitais não integrados em CH/ULS	Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE	Referência	Especializado	0	sim
	Hospital de Braga	Referência	Geral	SUP e CT	sim
	Hospital Santa Maria Maior, EPE - Barcelos	Primeira linha	Geral	SUB	sim
	Hospital de Magalhães Lemos, EPE	Referência	Especializado	0	não

Centro

CH/ULS	Hospital	Tipologias	Urgência Geral*	Especialidade	
Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	Hospital da Covilhã	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital do Fundão	Proximidade		0	não
Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, EPE	Hospital de Santo André - Leiria	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital Distrital de Pombal	Proximidade		SUB	não
Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE	Hospital Infante D. Pedro, EPE - Aveiro	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital Distrital de Águeda			SUB	não ¹⁰⁴
	Hospital Visconde Salreu - Estarreja	Proximidade		0	não
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	Hospitais da Universidade de Coimbra	Referência	Geral	SUP e CT	não
	Maternidade Dr. Daniel de Matos (Hospitais da Universidade de Coimbra)			Especializado	0
	Hospital Geral da Colónia Portuguesa do Brasil (Hospital dos Covões) - Coimbra		Geral	SUMC	não
	Maternidade Bissaya Barreto - Coimbra		Especializado	0	sim
	Hospital Pediátrico de Coimbra				sim
	Hospital Sobral Cid - Coimbra (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra)				não

¹⁰⁴ A unidade de Águeda indicou que não possui médicos pediatras (e 15 camas com 0% de ocupação), pelo que o acesso da população é já garantido pelas outras unidades integradas no Centro Hospitalar a que pertence.

	Centro de Recuperação de Arnes (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra) - Soure	x			
	Hospital de Lorvão - Penacova (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra)				
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE	Hospital São Teotónio - Viseu	Referência	Geral	SUP e CT	sim
	Hospital de Cândido Figueiredo - Tondela	Proximidade		SUB	não
Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	Hospital de Sousa Martins - Guarda	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital Nossa Senhora da Assunção - Seia	Proximidade		SUB	não
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE	Hospital Amato Lusitano - Castelo Branco	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
Hospitais não integrados em CH/ULS	Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE	Referência	Especializado	0	sim
	Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	Primeira linha	Geral	SUB c/ atend. ped.	sim
	Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar	Proximidade	Geral	0	não
	Centro Medicina de Reabilitação da Região Centro Rovisco Pais - Cantanhede	Referência	Especializado	0	não
	Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede	x			
	Hospital José Luciano de Castro - Anadia	x			

Algumas notas sobre as regiões LVT, Alentejo e Algarve

- a) Hospitais Santa Marta e Santa Cruz: não se justifica possuírem cardiologia pediátrica porque não têm pediatria.
- b) O hospital de Loures deve ter serviço de pediatria geral e urgência pediátrica.
- c) Em Lisboa (cidade) existem dois SU de pediatria: nos Hospitais de D. Estefânia e de Santa Maria, que devem funcionar até às 21 horas. Depois desta hora será suficiente um único SU de pediatria.
- d) O Hospital de São Francisco Xavier não deverá ter urgência pediátrica.
- e) No CH do Médio Tejo basta um serviço de pediatria, que deve ficar localizado no hospital de Abrantes (até porque tem maternidade). Os hospitais de Torres Novas e Tomar não devem ter serviço de pediatria.
- f) No “Oeste”, o serviço de pediatria deve ficar localizado no hospital das Caldas da Rainha.
- g) O hospital de Torres Vedras deve ter serviço de pediatria em função de cobrir população com idade até 14 anos com baixo acesso a cuidados de saúde hospitalares e ser o único hospital com pediatria no CH em que está integrado¹⁰⁵.
- h) Em Lisboa as subespecialidades devem estar concentradas nos Hospitais de D. Estefânia e de Santa Maria. No Hospital de D. Estefânia devem ficar alocadas as subespecialidades de neuropediatria e pedopsiquiatria, mas as urgências devem

¹⁰⁵ Foi considerada a faixa etária até 14 anos, em função dos dados provisórios dos Censos 2011, que são apresentados por grupo etário nas faixas 0-14, 15-24, 25-64 e 65 e mais anos, apesar da idade pediátrica compreender actualmente a população com idade até 17 anos e 364 dias, conforme estabelecido pelo Despacho da Ministra da Saúde n.º 9871/2010, de 11 de Junho, sobre a definição da idade pediátrica em Portugal.

estar concentradas no Hospital de Santa Maria, dado que é o centro de trauma pediátrico do Sul.

- i) O hospital de Faro deve ser de referência/central. Serão suficientes 2 camas UCIP anexas à UCI neonatal.
- j) O hospital de Évora é de referência/central, mas deveria ter apenas um serviço de pediatria geral, porque é perto de Lisboa. Não se justificará diferenciá-lo, devendo apostar no ambulatório.

LVT:

CH/ULS	Hospital	Tipologias		Urgência Geral*	Especialidade
Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE	Hospital de Nossa Senhora do Rosário - Barreiro	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital do Montijo	Proximidade		0	não
Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	Hospital de São José - Lisboa	Referência	Geral	SUP e CT	não
	Hospital Curry Cabral, EPE - Lisboa			0	não
	Hospital de Santa Marta - Lisboa			0	não
	Hospital de Santo António dos Capuchos - Lisboa			0	não
	Maternidade Dr. Alfredo da Costa - Lisboa		Especializado	0	sim
	Hospital de D. Estefânia - Lisboa			0	sim
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	Hospital de São Francisco Xavier - Oeiras	Referência	Geral	SUP e CT	sim
	Hospital de Egas Moniz - Lisboa			0	não
	Hospital Santa Cruz - Oeiras				não
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	Hospital de São Bernardo - Setúbal	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital Ortopédico de Sant'Iago do Outão - Setúbal	Referência	Especializado	0	não
Centro Hospitalar de Torres Vedras	Hospital Distrital Torres Vedras	Primeira linha	Geral	SUB	sim
	Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior - Torres Vedras		Especializado	0	não
Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE	Hospital Distrital de Abrantes	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital Distrital de Torres Novas			SUB c/ atend. ped.	não ¹⁰⁶
	Hospital Distrital de Tomar			0	não
Centro Hospitalar do Oeste Norte	Hospital Distrital Caldas da Rainha (Centro Hospitalar das Caldas da Rainha)	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital Bernardino Lopes de Oliveira - Alcobaça	Proximidade		SUB	não
	Hospital de São Pedro Gonçalves Telmo - Peniche			0	não
	Hospital Termal Rainha D. Leonor - Caldas da Rainha			x	
Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	Hospital de Santa Maria - Lisboa	Referência	Geral	SUP e CT	sim
	Hospital Pulido Valente - Lisboa			0	não
Hospitais não integrados em CH/ULS	Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE	Referência	Especializado	0	sim
	Hospital Garcia de Orta, EPE - Almada	Referência	Geral	SUMC	sim
	Hospital Beatriz Ângelo - Loures	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital de Santarém, EPE	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital de Vila Franca de Xira	Primeira linha	Geral	SUMC	sim

¹⁰⁶ A referência à existência de serviço de pediatria é estabelecida com base nos pressupostos estabelecidos para a especialidade, podendo contudo ocorrer necessidade de adaptações em função do que a final venha a ser concretamente determinado no que respeita ao serviço de urgência. Nesse sentido, verificam-se situações em que da aplicação dos pressupostos decorre a inexistência de serviço de pediatria, mas encontra-se preliminarmente prevista a existência de um SUB com atendimento pediátrico. Em tais casos, e já numa perspectiva operacional (e até porque o conceito de SUB com atendimento pediátrico é um conceito novo), dever-se-á conformar concretamente a existência de oferta na especialidade de pediatria (independentemente da forma ou modelo em que a mesma assente) com as referidas necessidades para o SUB.

	Hospital Dr. José de Almeida - Cascais	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE - Amadora	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital de Júlio de Matos - Lisboa (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa)	Referência	Especializado	0	não
	Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto - Lisboa	Referência	Especializado	0	não

Alentejo:

CH/ULS	Hospital	Tipologias		Urgência Geral*	Especialidade
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE	Hospital José Joaquim Fernandes - Beja	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital de São Paulo - Serpa	x			
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE	Hospital Dr. José Maria Grande - Portalegre	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital Santa Luzia de Elvas	Proximidade		SUB	não
Hospitais não integrados em CH/ULS	Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE	Referência	Geral	SUMC	sim
	Hospital do Litoral Alentejano, EPE - Santiago do Cacém	Primeira linha	Geral	SUMC	sim

Algarve:

CH/ULS	Hospital	Tipologias		Urgência Geral*	Especialidade
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE	Hospital do Barlavento Algarvio - Portimão	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital Distrital de Lagos	Proximidade		0	não
Hospitais não integrados em CH/ULS	Hospital de Faro, EPE	Referência	Geral	SUP e CT	sim
	Centro de Medicina de Reabilitação do Sul - São Brás de Alportel	Referência	Especializado	0	não

7.1.5. Obstetrícia¹⁰⁷

As tabelas *infra* apresentam a concretização da Carta Hospitalar para obstetrícia, tendo por base os pressupostos definidos no capítulo 6, sendo que para todas as regiões são apresentadas algumas observações adicionais.

Algumas notas sobre a região Norte

- a) AP: na ULS do Nordeste - Bragança, no Centro Hospitalar Tâmega e Sousa - Padre Américo, no Centro Hospitalar Alto Ave - Guimarães, no Centro Hospitalar Baixo Ave - Famalicão, na ULS do Alto Minho - Viana do Castelo, na ULS de Matosinhos - Pedro Hispano e no Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga - S. Sebastião.

¹⁰⁷ Tenha-se presente que a indicação da existência da especialidade – e necessariamente da realização de partos – resulta dos pressupostos estabelecidos, bem como do consenso médico relativo ao limiar mínimo de 1.500 partos/ano, excepcionalmente “temperado” por razões de acessibilidade geográfica.

- b) APD: Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro - Vila Real, Braga, Centro Hospitalar S. João – S. João, Centro Hospitalar Gaia/Espinho – Gaia e Centro Hospitalar do Porto.
- c) APE: o APD que melhor reúna os pressupostos estabelecidos na secção 6.3 *supra*.
- d) Hospitais com apoio de obstetrícia de ambulatório (consultas e ecografias), de apoio à vigilância de saúde materna dos cuidados de saúde primários, mas sem partos: Amarante, Barcelos, Chaves, Lamego, Mirandela, Santo Tirso, Póvoa de Varzim¹⁰⁸ e Oliveira de Azeméis.

CH/ULS	Hospital	Tipologias		Urgência Geral*	Especialidade
Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim-Vila do Conde, EPE	Hospital Distrital da Póvoa de Varzim	Proximidade	Geral	SUB c/ atend. ped.	não ¹⁰⁹
	Hospital Distrital de Vila do Conde			0	não
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE	Hospital de São Sebastião - Santa Maria da Feira	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital Distrital de S. João da Madeira	Proximidade		0	não
	Hospital São Miguel - Oliveira de Azeméis				não
Centro Hospitalar de São João, EPE	Hospital de São João - Porto	Referência	Geral	SUP e CT	sim
	Hospital Nossa Senhora da Conceição - Valongo			0	não
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	Hospital de Vila Real	Referência	Geral	SUP e CT	sim
	Hospital de Chaves	Primeira linha		SUB c/ atend. ped.	não
	Hospital de Lamego			SUB	não
	Hospital Dom Luiz I - Peso da Régua (Centro Hospitalar de Vila Real/Peso da Régua)	Proximidade		0	não
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	Hospital de Eduardo Santos Silva (Unidade I) - Vila Nova de Gaia	Referência	Geral	SUMC	não
	Hospital Distrital de Vila Nova de Gaia (Unidade II)			0	sim
	Hospital Nossa Senhora da Ajuda (Unidade III) - Espinho			x	
Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE	Hospital da Senhora da Oliveira - Guimarães	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital de São José - Fafe	Proximidade		0	não
Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	Hospital São João de Deus - Vila Nova de Famalicão	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital Conde de São Bento - Santo Tirso	Proximidade		0	não
Centro Hospitalar do Porto, EPE	Hospital Geral de Santo António - Porto	Referência	Geral	SUP e CT	não
	Maternidade Júlio Dinis - Porto			Especializado	0
	Hospital Joaquim Urbano - Porto		não		
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE	Hospital Padre Américo - Vale de Sousa - Penafiel	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital São Gonçalo - Amarante	Proximidade		SUB	não

¹⁰⁸ A referência à inexistência de serviço e de realização de partos deve ser entendida como indicativa e condicionada quer à comprovação de uma evolução negativa da natalidade que conduza a uma diminuição da actividade do serviço, quer à própria capacidade por parte da ULS de Matosinhos (serviço que se encontra mais próximo e que já constitui unidade de referência para as populações em questão), e da rede subsequente, para garantir uma resposta adequada a um eventual acréscimo da actividade. Por outro lado, considera-se ainda que o SU da unidade da Póvoa do Varzim, que actualmente é qualificado como SUMC, deverá, conforme proposto no Relatório da Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência "Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência", de 10 de Fevereiro de 2012, passar a qualificar-se como SUB com atendimento pediátrico.

¹⁰⁹ Vide nota anterior.

Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	Hospital Pedro Hispano - Matosinhos	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE	Hospital de Santa Luzia - Viana do Castelo	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital Conde de Bertiandos - Ponte de Lima (Centro Hospitalar do Alto Minho)	Proximidade		SUB	não
Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE	Hospital Distrital de Bragança	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital Distrital de Mirandela			SUB	não
	Hospital Distrital de Macedo de Cavaleiros	Proximidade		0	não
Hospitais não integrados em CH/ULS	Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE	Referência	Especializado	0	não
	Hospital de Braga	Referência	Geral	SUP e CT	sim
	Hospital Santa Maria Maior, EPE - Barcelos	Primeira linha	Geral	SUB	não
	Hospital de Magalhães Lemos, EPE	Referência	Especializado	0	não

Algumas notas sobre a região Centro

- AP: no Centro Hospitalar Baixo Vouga - Aveiro, Centro Hospitalar Leiria/Pombal - Leiria e Centro Hospitalar Tondela/Viseu - Viseu. A Covilhã deve concentrar os partos da ULS da Guarda e da ULS de Castelo Branco, mantendo-se nestes dois hospitais o apoio à vigilância da gravidez dos CSP¹¹⁰.
- APE: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Coimbra¹¹¹.
- Hospital sem obstetrícia e sem partos: Águeda.
- Hospitais com obstetrícia e sem partos, de apoio à vigilância de saúde materna dos CSP: Figueira da Foz, para além de Castelo Branco e Guarda (tendo em conta a alínea a)).

CH/ULS	Hospital	Tipologias		Urgência Geral*	Especialidade
Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	Hospital da Covilhã	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital do Fundão	Proximidade		0	não
Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, EPE	Hospital de Santo André - Leiria	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital Distrital de Pombal	Proximidade		SUB	não

¹¹⁰ A manterem-se dois AP em vez de apenas a Covilhã, deveria ser mantido o da ULS da Guarda (670 partos em 2011, em comparação com 465 partos da ULS de Castelo Branco no mesmo ano), que cobre população feminina de concelhos classificados com “média baixa” acessibilidade, conforme análise referida no capítulo 6.

¹¹¹ Constituindo as Maternidades Dr. Daniel de Matos e Bissaya Barreto unidades integradas no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, as suas actividades, dimensões, responsabilidades e recursos humanos e técnicos são imputados e considerados no quadro desse mesmo Centro Hospitalar, irrelevantemente das concretas instalações, actuais ou futuras, em que se desenvolvam. Consideraram-se as duas maternidades porquanto as mesmas realizaram um número substancial e muito aproximado de partos em 2011 (respectivamente, 2858 e 2848), pelo que as suas integrações no CHUC poderão justificar um movimento de concentração das suas actividades que, contudo, necessitará de considerar a elevada dimensão de actividade daí resultante (em termos de recursos e instalações).

Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE	Hospital Infante D. Pedro, EPE - Aveiro	Primeira linha	Geral	SUMC	sim	
	Hospital Distrital de Águeda			SUB	não	
	Hospital Visconde Salreu - Estarreja	Proximidade		0	não	
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	Hospitais da Universidade de Coimbra	Referência	Geral	SUP e CT	não	
	Maternidade Dr. Daniel de Matos (Hospitais da Universidade de Coimbra)		Especializado	0	sim	
	Hospital Geral da Colónia Portuguesa do Brasil (Hospital dos Covões) - Coimbra		Geral	SUMC	não	
	Maternidade Bissaya Barreto - Coimbra		Especializado	0	sim	
	Hospital Pediátrico de Coimbra				não	
	Hospital Sobral Cid - Coimbra (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra)				não	
	Centro de Recuperação de Arnes (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra) - Soure		x			
	Hospital de Lorvão - Penacova (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra)					
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE	Hospital São Teotónio - Viseu	Referência	Geral	SUP e CT	sim	
	Hospital de Cândido Figueiredo - Tondela	Proximidade		SUB	não	
Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	Hospital de Sousa Martins - Guarda	Primeira linha	Geral	SUMC	não	
	Hospital Nossa Senhora da Assunção - Seia	Proximidade		SUB	não	
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE	Hospital Amato Lusitano - Castelo Branco	Primeira linha	Geral	SUMC	não	
Hospitais não integrados em CH/ULS	Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE	Referência	Especializado	0	não	
	Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	Primeira linha	Geral	SUB c/ atend. ped.	não	
	Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar	Proximidade	Geral	0	não	
	Centro Medicina de Reabilitação da Região Centro Rovisco Pais - Cantanhede	Referência	Especializado	0	não	
	Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede	x				
	Hospital José Luciano de Castro - Anadia	x				

Algumas notas sobre as regiões LVT, Alentejo e Algarve

- AP: Centro Hospitalar do Oeste Norte - Caldas da Rainha, Hospital de Santarém, Centro Hospitalar Médio Tejo - Abrantes, Centro Hospitalar de Torres Vedras - Torres Vedras¹¹², Centro Hospitalar de Setúbal - Setúbal, Centro Hospitalar Barreiro Montijo - Barreiro, Loures, Hospital de Cascais, ULS Norte Alentejano - Portalegre, ULS do Baixo Alentejo - Beja, Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio - Portimão.
- APD: Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental - São Francisco Xavier, Hospital de Évora, Centro Hospitalar Lisboa Norte - Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa

¹¹² Deverá ponderar-se sobre a manutenção de obstetrícia no Hospital Distrital de Torres Vedras por cobrir população feminina com baixo acesso a cuidados de saúde hospitalares e não estar integrado num Centro Hospitalar com alternativa de oferta de obstetrícia (ou seja, não se consideram eventuais alterações organizacionais que possam envolver no futuro a fusão ou reorganização de Centros Hospitalares). Por outro lado, e considerando que o seu SU, actualmente classificado como SUMC, poderá, nos termos do Relatório da Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência "Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência", de 10 de Fevereiro de 2012, vir a ser classificado como SUB, coloca-se a necessidade de se prover alternativa válida, em termos de acesso, para a população.

Central¹¹³, Hospital Fernando da Fonseca - Amadora, Hospital Garcia de Orta - Almada e Hospital de Faro.

- c) APE: o(s) APD que melhor reúna(m) os pressupostos estabelecidos na secção 6.3 *supra*.
- d) Hospital com obstetria de ambulatório (consultas e ecografias), mas sem partos: Hospital do Litoral Alentejano.

LVT:

CH/ULS	Hospital	Tipologias		Urgência Geral*	Especialidade
Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE	Hospital de Nossa Senhora do Rosário - Barreiro	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital do Montijo	Proximidade		0	não
Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	Hospital de São José - Lisboa	Referência	Geral	SUP e CT	não
	Hospital Curry Cabral, EPE - Lisboa			0	não
	Hospital de Santa Marta - Lisboa			0	não
	Hospital de Santo António dos Capuchos - Lisboa			0	não
	Maternidade Dr. Alfredo da Costa - Lisboa		Especializado	0	sim
	Hospital de D. Estefânia - Lisboa			0	não
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	Hospital de São Francisco Xavier - Oeiras	Referência	Geral	SUP e CT	sim
	Hospital de Egas Moniz - Lisboa			0	não
	Hospital Santa Cruz - Oeiras				não
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	Hospital de São Bernardo - Setúbal	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital Ortopédico de Sant'Iago do Outão - Setúbal	Referência	Especializado	0	não
Centro Hospitalar de Torres Vedras	Hospital Distrital Torres Vedras	Primeira linha	Geral	SUB	sim ¹¹⁴
	Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior - Torres Vedras		Especializado	0	não
Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE	Hospital Distrital de Abrantes	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital Distrital de Torres Novas			SUB c/ atend. ped.	não
	Hospital Distrital de Tomar			0	não
Centro Hospitalar do Oeste Norte	Hospital Distrital Caldas da Rainha (Centro Hospitalar das Caldas da Rainha)	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital Bernardino Lopes de Oliveira - Alcobaça	Proximidade		SUB	não
	Hospital de São Pedro Gonçalves Telmo - Peniche			0	não

¹¹³ Constituindo a Maternidade Alfredo da Costa e o Hospital de D. Estefânia unidades integradas no Centro Hospitalar de Lisboa Central, as suas actividades, dimensões, responsabilidades e recursos humanos e técnicos são imputados e considerados no quadro desse mesmo Centro Hospitalar, irrelevantemente das concretas instalações, actuais ou futuras, em que se desenvolvam. Relativamente ao Hospital de D. Estefânia, tem-se em consideração o facto de haver sido determinada pelo Ministério da Saúde, em 2011, a cessação da actividade do bloco de partos, apesar de tal unidade haver referido à ERS a realização de partos nesse ano.

¹¹⁴ Deverá ponderar-se sobre a manutenção de obstetria no Hospital Distrital de Torres Vedras por cobrir população feminina com baixo acesso a cuidados de saúde hospitalares e por não estar integrado num Centro Hospitalar com alternativa de oferta de obstetria (ou seja, não se consideram eventuais alterações organizacionais que possam envolver no futuro a fusão ou reorganização de Centros Hospitalares). Por outro lado, e considerando que o seu SU, actualmente classificado como SUMC, poderá, nos termos do Relatório da Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência "Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência", de 10 de Fevereiro de 2012, vir a ser classificado como SUB, coloca-se a necessidade de se prover alternativa válida, em termos de acesso, para a população.

	Hospital Termal Rainha D. Leonor - Caldas da Rainha	x			
Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	Hospital de Santa Maria - Lisboa	Referência	Geral	SUP e CT	sim
	Hospital Pulido Valente - Lisboa			0	não
Hospitais não integrados em CH/ULS	Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE	Referência	Especializado	0	não
	Hospital Garcia de Orta, EPE - Almada	Referência	Geral	SUMC	sim
	Hospital Beatriz Ângelo - Loures	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital de Santarém, EPE	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital de Vila Franca de Xira	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital Dr. José de Almeida - Cascais	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE - Amadora	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital de Júlio de Matos - Lisboa (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa)	Referência	Especializado	0	não
Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto - Lisboa	Referência	Especializado	0	não	

Alentejo:

CH/ULS	Hospital	Tipologias		Urgência Geral*	Especialidade
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE	Hospital José Joaquim Fernandes - Beja	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital de São Paulo - Serpa	x			
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE	Hospital Dr. José Maria Grande - Portalegre	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital Santa Luzia de Elvas	Proximidade		SUB	não
Hospitais não integrados em CH/ULS	Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE	Referência	Geral	SUMC	sim
	Hospital do Litoral Alentejano, EPE - Santiago do Cacém	Primeira linha	Geral	SUMC	não

Algarve:

CH/ULS	Hospital	Tipologias		Urgência Geral*	Especialidade
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE	Hospital do Barlavento Algarvio - Portimão	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital Distrital de Lagos	Proximidade		0	não
Hospitais não integrados em CH/ULS	Hospital de Faro, EPE	Referência	Geral	SUP e CT	sim
	Centro de Medicina de Reabilitação do Sul - São Brás de Alportel	Referência	Especializado	0	não

7.1.6. Infeciologia

As tabelas *infra* apresentam a concretização da Carta Hospitalar para a especialidade de infecciologia, tendo por base os pressupostos definidos no capítulo 6, sendo que para todas as regiões são apresentadas algumas observações adicionais.

Algumas notas sobre a região Norte

- Tendo em conta a tipologia hospitalar (e atentos os pressupostos específicos da especialidade descritos na secção 6.3) e o critério do acesso das populações (em particular, os concelhos de acessibilidade baixa, de acordo com o que se apresentou na secção 6.1.1), a abertura de um serviço de infecciologia no Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE, poderá vir a revelar-se útil por

forma a salvaguardar o acesso no interior da região Norte, embora se reconheça que esta mudança poderá constituir um objectivo de médio ou longo prazo, dada a necessidade de constituição de equipa.

- b) Poderá vir a revelar-se necessário um reforço de oferta de infecciologia no Hospital de Braga.

CH/ULS	Hospital	Tipologias		Urgência Geral*	Especialidade
Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim-Vila do Conde, EPE	Hospital Distrital da Póvoa de Varzim	Proximidade	Geral	SUB c/ atend. ped.	não
	Hospital Distrital de Vila do Conde			0	não
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE	Hospital de São Sebastião - Santa Maria da Feira	Primeira linha	Geral	SUMC	não
	Hospital Distrital de S. João da Madeira	Proximidade	Geral	0	não
	Hospital São Miguel - Oliveira de Azeméis				não
Centro Hospitalar de São João, EPE	Hospital de São João - Porto	Referência	Geral	SUP e CT	sim
	Hospital Nossa Senhora da Conceição - Valongo			0	não
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	Hospital de Vila Real	Referência	Geral	SUP e CT	sim
	Hospital de Chaves	Primeira linha		SUB c/ atend. ped.	não
	Hospital de Lamego			SUB	não
	Hospital Dom Luiz I - Peso da Régua (Centro Hospitalar de Vila Real/Peso da Régua)	Proximidade		0	não
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	Hospital de Eduardo Santos Silva (Unidade I) - Vila Nova de Gaia	Referência	Geral	SUMC	sim
	Hospital Distrital de Vila Nova de Gaia (Unidade II)			0	não
	Hospital Nossa Senhora da Ajuda (Unidade III) - Espinho			x	
Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE	Hospital da Senhora da Oliveira - Guimarães	Primeira linha	Geral	SUMC	não
	Hospital de São José - Fafe	Proximidade		0	não
Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	Hospital São João de Deus - Vila Nova de Famalicão	Primeira linha	Geral	SUMC	não
	Hospital Conde de São Bento - Santo Tirso	Proximidade		0	não
Centro Hospitalar do Porto, EPE	Hospital Geral de Santo António - Porto	Referência	Especializado	SUP e CT	sim
	Maternidade Júlio Dinis - Porto			0	não
	Hospital Joaquim Urbano - Porto				sim
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE	Hospital Padre Américo - Vale de Sousa - Penafiel	Primeira linha	Geral	SUMC	não
	Hospital São Gonçalo - Amarante	Proximidade		SUB	não
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	Hospital Pedro Hispano - Matosinhos	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE	Hospital de Santa Luzia - Viana do Castelo	Primeira linha	Geral	SUMC	não
	Hospital Conde de Bertiandos - Ponte de Lima (Centro Hospitalar do Alto Minho)	Proximidade		SUB	não
Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE	Hospital Distrital de Bragança	Primeira linha	Geral	SUMC	não
	Hospital Distrital de Mirandela			SUB	não
	Hospital Distrital de Macedo de Cavaleiros	Proximidade	0	não	
Hospitais não integrados em CH/ULS	Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE	Referência	Especializado	0	sim
	Hospital de Braga	Referência	Geral	SUP e CT	sim
	Hospital Santa Maria Maior, EPE - Barcelos	Primeira linha	Geral	SUB	não
	Hospital de Magalhães Lemos, EPE	Referência	Especializado	0	não

Algumas notas sobre a região Centro

- a) Identifica-se um excesso de infecciolistas em Coimbra, pelo que convirá haver maior dispersão na região, especialmente para Viseu (embora se reconheça que

tal deverá constituir um objectivo de médio ou longo prazo, em função da necessidade de constituição de equipa)¹¹⁵.

CH/ULS	Hospital	Tipologias		Urgência Geral*	Especialidade
Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE	Hospital da Covilhã	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital do Fundão	Proximidade		0	não
Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, EPE	Hospital de Santo André - Leiria	Primeira linha	Geral	SUMC	não
	Hospital Distrital de Pombal	Proximidade		SUB	não
Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE	Hospital Infante D. Pedro, EPE - Aveiro	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital Distrital de Águeda			SUB	não
	Hospital Visconde Salreu - Estarreja	Proximidade		0	não
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	Hospitais da Universidade de Coimbra	Referência	Geral	SUP e CT	sim
	Maternidade Dr. Daniel de Matos (Hospitais da Universidade de Coimbra)			Especializado	0
	Hospital Geral da Colónia Portuguesa do Brasil (Hospital dos Covões) - Coimbra		Geral	SUMC	não ¹¹⁶
	Maternidade Bissaya Barreto - Coimbra		Especializado	0	não
	Hospital Pediátrico de Coimbra				não
	Hospital Sobral Cid - Coimbra (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra)				não
	Centro de Recuperação de Arnes (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra) - Soure				x
	Hospital de Lorvão - Penacova (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra)				
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE	Hospital São Teotónio - Viseu	Referência	Geral	SUP e CT	sim
	Hospital de Cândido Figueiredo - Tondela	Proximidade		SUB	não
Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	Hospital de Sousa Martins - Guarda	Primeira linha	Geral	SUMC	não
	Hospital Nossa Senhora da Assunção - Seia	Proximidade		SUB	não
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE	Hospital Amato Lusitano - Castelo Branco	Primeira linha	Geral	SUMC	não
Hospitais não integrados em CH/ULS	Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE	Referência	Especializado	0	sim
	Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	Primeira linha	Geral	SUB c/ atend. ped.	não
	Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar	Proximidade	Geral	0	não
	Centro Medicina de Reabilitação da Região Centro Rovisco Pais - Cantanhede	Referência	Especializado	0	não
	Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede	x			
	Hospital José Luciano de Castro - Anadia	x			

Algumas notas sobre as regiões LVT, Alentejo e Algarve

- Está prevista no contrato PPP do Hospital de Vila Franca de Xira a oferta de serviços em doenças infecciosas.
- Prevê-se o aumento da dimensão do serviço de infecciologia do Hospital de Loures.

¹¹⁵ Tendo presente a área de influência do Hospital de Leiria, bem como o seu potencial aumento por virtude dos movimentos naturais das populações do concelho de Alcobaça, poderá também justificar-se a ponderação de existência de uma unidade de infecciologia em Leiria.

¹¹⁶ Constitui pressuposto da especialidade a concentração dos serviços de infecciologia, pelo que neste caso a integração das unidades no CHUC deverá também fomentar esse objectivo, sem prejuízo da mobilidade e da realização de consultadoria e consultas externas nas diferentes unidades do CH em consonância com o que localmente se considere mais adequado.

- c) Em função da tipologia hospitalar e do critério do acesso dos utentes, deverá haver um serviço de infecciologia no Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE (embora se reconheça que tal deverá constituir um objectivo de médio ou longo prazo, em função da necessidade de constituição de equipa).
- d) Será necessário um reforço de oferta de infecciologia no Hospital de Faro.
- e) Deve-se ter especial atenção, nos casos dos hospitais mais próximos das fronteiras das ARS, à referenciação de doentes e à afiliação de hospitais que deverão ser definidas, no sentido de respeitar sempre que possível a liberdade de escolha dos utentes e os fluxos naturais dos utentes, tendo em conta as distâncias entre as suas residências e os hospitais (*vide* secção 6.2.2, a respeito das relações e regras de referenciação e do conceito de afiliação).

LVT:

CH/ULS	Hospital	Tipologias		Urgência Geral*	Especialidade
Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE	Hospital de Nossa Senhora do Rosário - Barreiro	Primeira linha	Geral	SUMC	não
	Hospital do Montijo	Proximidade		0	não
Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE	Hospital de São José - Lisboa	Referência	Geral	SUP e CT	não
	Hospital Curry Cabral, EPE - Lisboa			0	sim
	Hospital de Santa Marta - Lisboa			0	não
	Hospital de Santo António dos Capuchos - Lisboa		0	não	
	Maternidade Dr. Alfredo da Costa - Lisboa		Especializado	0	não
	Hospital de D. Estefânia - Lisboa			0	não
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	Hospital de São Francisco Xavier - Oeiras	Referência	Geral	SUP e CT	não
	Hospital de Egas Moniz - Lisboa			0	sim
	Hospital Santa Cruz - Oeiras				não
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	Hospital de São Bernardo - Setúbal	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital Ortopédico de Sant'Iago do Outão - Setúbal	Referência	Especializado	0	não
Centro Hospitalar de Torres Vedras	Hospital Distrital Torres Vedras	Primeira linha	Geral	SUB	não
	Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior - Torres Vedras		Especializado	0	não
Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE	Hospital Distrital de Abrantes	Primeira linha	Geral	SUMC	não
	Hospital Distrital de Torres Novas			SUB c/ atend. ped.	não
	Hospital Distrital de Tomar			0	não
Centro Hospitalar do Oeste Norte	Hospital Distrital Caldas da Rainha (Centro Hospitalar das Caldas da Rainha)	Primeira linha	Geral	SUMC	não
	Hospital Bernardino Lopes de Oliveira - Alcobaça	Proximidade		SUB	não
	Hospital de São Pedro Gonçalves Telmo - Peniche			0	não
	Hospital Termal Rainha D. Leonor - Caldas da Rainha			x	
Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	Hospital de Santa Maria - Lisboa	Referência	Geral	SUP e CT	sim
	Hospital Pulido Valente - Lisboa			0	não
Hospitais não integrados em CH/ULS	Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE	Referência	Especializado	0	sim
	Hospital Garcia de Orta, EPE - Almada	Referência	Geral	SUMC	sim
	Hospital Beatriz Ângelo - Loures	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital de Santarém, EPE	Primeira linha	Geral	SUMC	não
	Hospital de Vila Franca de Xira	Primeira linha	Geral	SUMC	sim
	Hospital Dr. José de Almeida - Cascais	Primeira linha	Geral	SUMC	não
	Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE - Amadora	Primeira linha	Geral	SUMC	sim

	Hospital de Júlio de Matos - Lisboa (Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa)	Referência	Especializado	0	não
	Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto - Lisboa	Referência	Especializado	0	não

Alentejo:

CH/ULS	Hospital	Tipologias		Urgência Geral*	Especialidade
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE	Hospital José Joaquim Fernandes - Beja	Primeira linha	Geral	SUMC	não
	Hospital de São Paulo - Serpa	x			
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE	Hospital Dr. José Maria Grande - Portalegre	Primeira linha	Geral	SUMC	não
	Hospital Santa Luzia de Elvas	Proximidade		SUB	não
Hospitais não integrados em CH/ULS	Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE	Referência	Geral	SUMC	sim
	Hospital do Litoral Alentejano, EPE - Santiago do Cacém	Primeira linha	Geral	SUMC	não

Algarve:

CH/ULS	Hospital	Tipologias		Urgência Geral*	Especialidade
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE	Hospital do Barlavento Algarvio - Portimão	Primeira linha	Geral	SUMC	não
	Hospital Distrital de Lagos	Proximidade		0	não
Hospitais não integrados em CH/ULS	Hospital de Faro, EPE	Referência	Geral	SUP e CT	sim
	Centro de Medicina de Reabilitação do Sul - São Brás de Alportel	Referência	Especializado	0	não

8. Conclusões

A ERS, ao abrigo das atribuições estabelecidas no n.º 3 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio, e na sequência de solicitação do Senhor Ministro da Saúde, deliberou elaborar o presente estudo para a concretização de uma Carta Hospitalar, para as especialidades de medicina interna, cirurgia geral, neurologia, obstetrícia, pediatria e infecciologia.

De acordo com toda a informação coligida pela ERS em Fevereiro e Março de 2012, integram actualmente a Rede Hospitalar com Financiamento Público 95 hospitais públicos, sendo 77 hospitais gerais e 18 especializados, e 18 hospitais pertencentes a IPSS, perfazendo um total de 113 hospitais.

Tendo a ERS recorrido a um conjunto de peritos médicos para o estudo das seis especialidades, foi possível estabelecer diversos pressupostos gerais e específicos dessas especialidades que serviram de base para a definição de uma proposta de pontos de oferta hospitalar. Por seu turno, um critério preponderante adoptado para a definição destes pontos foram as análises realizadas do acesso dos utentes a cuidados de saúde hospitalares.

Concluiu-se o estudo com a apresentação da Carta Hospitalar proposta pela ERS em tabelas, por região de actuação das ARS, indicativas de onde deverá haver serviços ou unidades das especialidades em questão, com camas de internamento de agudos.

Neste sentido, e tendo em atenção os consensos dos peritos médicos, complementados pelas análises da ERS, destacam-se as seguintes conclusões:

1.ª No que se refere à medicina interna:

- a) A especialidade deve evoluir para uma maior prevalência do ambulatório e principalmente em unidades hospitalares com serviço de urgência;
- b) Embora a medicina interna deva existir em todas as tipologias de hospitais, o conceito de afiliação entre os diferentes hospitais deverá ser aplicado para esta especialidade, com vista à partilha de recursos e como garantia de continuidade e qualidade dos cuidados de saúde;
- c) Sendo assim, todas as unidades hospitalares gerais que actualmente têm medicina interna deverão manter a especialidade, com excepção dos

seguintes hospitais: Hospital Distrital de S. João da Madeira¹¹⁷, Hospital Dom Luiz I – Peso da Régua¹¹⁸, Hospital Dr. Francisco Zagalo – Ovar¹¹⁹, Hospital de São Pedro Gonçalves Telmo – Peniche¹²⁰.

2.ª No que se refere à cirurgia geral:

- a) A maioria das intervenções cirúrgicas programadas pode ser realizada em cirurgia de ambulatório, sendo que os hospitais de proximidade/nível 1 não devem ter cirurgia geral;
- b) Os hospitais de primeira linha/distritais com Serviço de Urgência Básica (SUB) podem não ter internamento da especialidade;
- c) Sendo assim, por serem hospitais de proximidade, os seguintes hospitais não deverão manter cirurgia geral com internamento, embora poderão efectuar cirurgia de ambulatório: Hospital Distrital da Póvoa de Varzim, Hospital Distrital de S. João da Madeira, Hospital Conde de São Bento – Santo Tirso, Hospital Distrital de Pombal, Hospital de Cândido Figueiredo – Tondela, Hospital Nossa Senhora da Assunção – Seia, Hospital Dr. Francisco Zagalo – Ovar, Hospital Bernardino Lopes de Oliveira – Alcobaça e Hospital Santa Luzia de Elvas;
- d) Considerando a integração em Centros Hospitalares de hospitais de tipo superior, ou com nível de urgência superior (SUMC ou Serviço de Urgência Polivalente (SUP)), os seguintes hospitais de primeira linha não

¹¹⁷ Tenha-se presente que actualmente a unidade de S. João da Madeira indicou possuir apenas um médico de medicina interna (com 1,11 ETC alocado à especialidade), encontrando-se ademais a mesma integrada em Centro Hospitalar. A inexistência da especialidade não implica, porém, a inexistência de consulta externa da especialidade.

¹¹⁸ A unidade do Peso da Régua, apesar de haver indicado a existência de 18 camas de internamento, igualmente indicou possuir apenas um médico de medicina interna (com 1,2 ETC alocado à especialidade), encontrando-se ademais a mesma integrada em Centro Hospitalar. A inexistência da especialidade não implica, porém, a inexistência de consulta externa.

¹¹⁹ Refira-se que apesar de haver indicado a existência de 16 camas em medicina, presentemente o Hospital Dr. Francisco Zagalo – Ovar não indicou a existência de qualquer médico da especialidade de medicina interna, encontrando-se portanto a população actualmente já a ser coberta por outras unidades hospitalares (em concreto, as unidades de Aveiro e Estarreja).

¹²⁰ Relativamente à unidade de Peniche, tenha-se presente que a mesma indicou possuir actualmente apenas 4 médicos com contrato (correspondentes a 2,1 ETC de medicina e 1,2 ETC de cirurgia) e possui 20 camas de medicina com demora média de internamento de 12 dias. A tal facto acresce que se encontra projectado que a unidade deixará de possuir um SUB. O que ora se propõe não significa necessariamente uma redução de oferta para a população de Peniche, atendendo à possibilidade de haver consultas de especialidade nos hospitais assinalados com “não”, tendo em conta o conceito de “afiliação”, bem como o facto de a referida unidade se encontrar integrada no CHON, o qual possui medicina interna nas unidades de Alcobaça e Caldas da Rainha, bem como cirurgia geral nesta última unidade, e sendo que tais unidades abrangem igualmente Peniche.

deverão manter cirurgia geral com internamento, só devendo fazer cirurgia de ambulatório: Hospital de Chaves, Hospital de Lamego, Hospital Distrital de Mirandela, Hospital Distrital de Águeda, Hospital Distrital de Torres Novas e Hospital Distrital de Tomar;

- e) Todos os hospitais gerais de referência e os hospitais de primeira linha com Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC) devem manter cirurgia geral¹²¹.

3.^a No que se refere à neurologia:

- a) Os serviços de neurologia devem existir idealmente nos hospitais de referência/centrais, mas em alguns hospitais de primeira linha/distritais e tendo em conta questões de acessibilidade e conforto para o doente, poderão existir unidades de neurologia;
- b) Não se justifica a existência de neurologistas nos hospitais de proximidade/nível 1, mas poderá haver consultoria e consultas por neurologistas dos hospitais mais próximos;
- c) Neste sentido, devem ter serviços/unidades de neurologia os seguintes hospitais:
- i. Hospitais de referência/centrais com serviços de neurologia e as diferentes subespecialidades: Centro Hospitalar S. João – S. João (que deve dar apoio a Famalicão), Centro Hospitalar Gaia/Espinho – Gaia, Centro Hospitalar do Porto - Santo António, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – Coimbra, Centro Hospitalar Tondela/ Viseu – Viseu, Centro Hospitalar Lisboa Norte – Santa Maria (que apoia Loures e Torres Vedras) e Centro Hospitalar Lisboa Central – S. José (que apoia Santarém, o Centro Hospitalar do Médio Tejo, Vila Franca de Xira e o Sul).
 - ii. Hospitais de referência/centrais e de primeira linha/distritais com serviços/unidades: Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro – Vila Real, Braga, Centro Hospitalar Vale do Sousa – Padre Américo, Centro Hospitalar Entre Vouga e Douro – Santa Maria da Feira, ULS de Matosinhos – Pedro Hispano (que deve dar apoio à Póvoa/Vila do Conde), Santarém (que deve dar apoio às Unidades

¹²¹ Sem prejuízo de se justificar a concentração de determinadas patologias raras e/ou de especialidade complexa, para garantir perícia e qualidade na execução da técnica e nos resultados obtidos em saúde para os doentes, designadamente através de centros de referência.

de Torres Novas, Tomar e Abrantes e ao Centro Hospitalar Oeste Norte – Caldas da Rainha), Hospital Fernando da Fonseca, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental – Egas Moniz (que deve dar apoio à Amadora e a Cascais), Loures, Garcia de Orta (que deve dar apoio ao Barreiro), Setúbal (que poderia, com base em protocolização ou afiliação, dar apoio a Santiago de Cacém caso tal corresponda à correcta acomodação dos movimentos naturais das populações), Évora (que deve possuir um serviço – que não tem – e dar apoio a Portalegre e a Beja) e Faro (que poderia, também com base em protocolização ou afiliação, dar apoio a Beja-Sul caso tal corresponda à correcta acomodação dos movimentos naturais das populações e ter estrutura de hospital central/de referência para neurologia¹²²⁾¹²³.

- iii. Hospitais de primeira linha/distritais com unidades¹²⁴: ULS do Nordeste – Bragança, Centro Hospitalar Alto Ave – Guimarães, ULS do Alto Minho – Viana do Castelo, Centro Hospitalar Baixo Vouga – Aveiro, Centro Hospitalar Leiria/Pombal – Leiria, Centro Hospitalar Cova da Beira – Covilhã (que deve dar apoio de ambulatório aos hospitais da Guarda e de Castelo Branco) e os hospitais de Cascais e Portimão.

4.^a No que se refere à pediatria:

- a) A rede de serviços de pediatria deve ser pensada em conjunto com a de ginecologia e obstetrícia, respeitando os conceitos de Apoio Perinatal e/ou de Apoio Perinatal Diferenciado;
- b) Os hospitais de proximidade/nível 1 não devem ter serviço de pediatria (podendo, porém e excepcionalmente, haver consultoria enquadrada numa perspectiva de afiliação a um hospital de primeira linha/distrital) e os

¹²² Deve-se ter especial atenção à referenciação de doentes e à afiliação de hospitais que deverão ser definidas, no sentido de respeitar sempre que possível a liberdade de escolha dos utentes e os fluxos naturais dos utentes, tendo em conta as distâncias entre as suas residências e os hospitais (*vide* secção 6.2.2, a respeito das relações e regras de referenciação e do conceito de afiliação).

¹²³ No Centro Hospitalar Lisboa Ocidental – Egas Moniz (que deve dar apoio à Amadora e a Cascais), em Loures, e no Garcia de Orta (que deve dar apoio ao Barreiro) as unidades eventualmente comportariam mais especialistas, tendo em conta as respectivas áreas de influência

¹²⁴ Para além das unidades referidas, o Hospital da Figueira da Foz também poderá ter uma unidade afiliada a um serviço de um hospital de Coimbra.

hospitais de primeira linha/distritais podem ter um serviço de pediatria geral;

- c) Sendo assim, os seguintes hospitais não deverão manter pediatria com internamento: Hospital Distrital da Póvoa de Varzim e Hospital Distrital de Torres Novas;
- d) No caso destes dois hospitais, em que se encontra preliminarmente prevista a existência de um SUB com atendimento pediátrico (de acordo com o Relatório da Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência "Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência", de 10 de Fevereiro de 2012), e já numa perspectiva operacional, dever-se-á conformar concretamente a existência de oferta na especialidade de pediatria (independentemente da forma ou modelo em que a mesma assente) com as referidas necessidades para o SUB.

5.^a No que se refere à obstetrícia:

- a) É consensual que devem existir três tipos de hospitais com obstetrícia, de Apoio Perinatal (AP), de Apoio Perinatal Diferenciado (APD) e, ainda, de Apoio Perinatal Especializado (APE), idealmente associados à seguinte tipologia dos hospitais: AP nos hospitais de primeira linha/distritais e APD (e APE) nos hospitais de referência/centrais;
- b) Nos hospitais de proximidade/nível 1 não deve haver serviço de obstetrícia e não se devem realizar partos. Poderá existir, por razões geográficas, serviço de ginecologia/obstetrícia com actividade de ginecologia e com apoio em obstetrícia de ambulatório: consultas de referência e ecografias (a proximidade na vigilância pré-natal partilhada com os cuidados de saúde primários é muito importante);
- c) Actualmente há duplicação de serviços e sobreposições, nomeadamente de APD;
- d) Os hospitais com APE devem dispor de subespecialidades de obstetrícia (Medicina Materno-Fetal), Centro de Diagnóstico e Terapêutica Pré-Natal (CDTPN) e Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) diferenciadas (UCINd), com vagas adicionais alocadas a doentes/recém-nascidos cardíacos e cirúrgicos, e com centros médico-cirúrgicos de cardiologia pediátrica, cirurgia cardiorácica, cirurgia pediátrica, concentrando técnicas ou tratamentos muito diferenciados, tanto na área da obstetrícia, como na neonatologia;

e) Sendo assim:

- i. Os hospitais com apoio de obstetrícia de ambulatório (consultas e ecografias), de apoio à vigilância de saúde materna dos cuidados de saúde primários, mas sem partos, deverão ser os seguintes: Amarante, Barcelos, Chaves, Lamego, Mirandela, Santo Tirso, Póvoa de Varzim¹²⁵ e Oliveira de Azeméis;
- ii. Deverá haver AP nos seguintes hospitais: ULS do Nordeste – Bragança, Centro Hospital Tâmega e Sousa – Padre Américo, Centro Hospitalar Alto Ave – Guimarães, Centro Hospitalar Baixo Ave – Famalicão, ULS do Alto Minho – Viana do Castelo, na ULS de Matosinhos – Pedro Hispano, Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga – S. Sebastião, Centro Hospitalar Baixo Vouga – Aveiro, Centro Hospitalar Leiria/Pombal – Leiria, Centro Hospitalar Tondela/Viseu – Viseu (a Covilhã deve concentrar os partos da ULS da Guarda e da ULS de Castelo Branco, mantendo-se nestes dois hospitais o apoio à vigilância da gravidez dos cuidados de saúde primários¹²⁶), Centro Hospitalar do Oeste Norte – Caldas da Rainha, Hospital de Santarém, Centro Hospitalar Médio Tejo – Abrantes, Centro Hospitalar de Torres Vedras – Torres Vedras¹²⁷, Centro Hospitalar de Setúbal – Setúbal, Centro Hospitalar Barreiro Montijo – Barreiro, Loures, Hospital de Cascais, ULS Norte

¹²⁵ A referência à inexistência de serviço e de realização de partos na unidade da Póvoa de Varzim deve ser entendida como indicativa e condicionada quer à comprovação de uma evolução negativa da natalidade que conduza a uma diminuição da actividade do serviço, quer à própria capacidade por parte da ULS de Matosinhos (serviço que se encontra mais próximo e que já constitui unidade de referência para as populações em questão), e da rede subsequente, para garantir uma resposta adequada a um eventual acréscimo da actividade. Por outro lado, considera-se ainda que o SU da unidade da Póvoa de Varzim, que actualmente é qualificado como SUMC, deverá, conforme proposto no Relatório da Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência "Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência", de 10 de Fevereiro de 2012, passar a qualificar-se como SUB com atendimento pediátrico.

¹²⁶ A manterem-se dois AP em vez de apenas a Covilhã, deveria ser mantido o da ULS da Guarda (670 partos em 2011, em comparação com 465 partos da ULS de Castelo Branco no mesmo ano), que cobre população feminina de concelhos classificados com "média baixa" acessibilidade.

¹²⁷ Deverá ponderar-se sobre a manutenção de obstetrícia no Hospital Distrital de Torres Vedras por cobrir população feminina com baixo acesso a cuidados de saúde hospitalares e não estar integrado num Centro Hospitalar com alternativa de oferta de obstetrícia (ou seja, não se consideram eventuais alterações organizacionais que possam envolver no futuro a fusão ou reorganização de Centros Hospitalares). Por outro lado, e considerando que o seu SU, actualmente classificado como SUMC, poderá, nos termos do Relatório da Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência "Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência", de 10 de Fevereiro de 2012, vir a ser classificado como SUB, coloca-se a necessidade de se prover alternativa válida, em termos de acesso, para a população.

Alentejano – Portalegre, ULS do Baixo Alentejo – Beja, Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio – Portimão;

- iii. Deverá haver APD nos seguintes hospitais: Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro - Vila Real, Braga, Centro Hospitalar S. João – S. João, Centro Hospitalar Gaia/Espinho – Gaia, Centro Hospitalar do Porto, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental – São Francisco Xavier, Hospital de Évora, Centro Hospitalar Lisboa Norte – Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Central¹²⁸, Hospital Fernando da Fonseca – Amadora, Hospital Garcia de Orta – Almada e Hospital de Faro;
- iv. Deverá haver APE no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Coimbra¹²⁹ e, no que se refere às regiões Norte e Lisboa e Vale do Tejo, nos hospitais que melhor reúnam os pressupostos específicos da especialidade consensualizados.

6.^a No que se refere à infecciologia:

- a) Um serviço de infecciologia deve existir preferencialmente em hospitais de referência/centrais, mas também em alguns hospitais de primeira linha/distritais cuja população abrangida e casuística o justifiquem;
- b) Os hospitais de proximidade/nível 1 não devem ter infecciologia;
- c) Deverá haver unidades de infecciologia compostas por médicos da especialidade nos Institutos Portugueses de Oncologia (IPO);
- d) As unidades de infecciologia nos hospitais gerais (sem serviços de infecciologia) poderão ser compostas por internistas, integradas nos

¹²⁸ Constituindo a Maternidade Alfredo da Costa e o Hospital de D. Estefânia unidades integradas no Centro Hospitalar de Lisboa Central, as suas actividades, dimensões, responsabilidades e recursos humanos e técnicos são imputados e considerados no quadro desse mesmo Centro Hospitalar, irrelevantemente das concretas instalações, actuais ou futuras, em que se desenvolvam. Relativamente ao Hospital de D. Estefânia, tem-se em consideração o facto de haver sido determinada pelo Ministério da Saúde, em 2011, a cessação da actividade do bloco de partos, apesar de tal unidade haver referido à ERS a realização de partos nesse ano.

¹²⁹ Constituindo as Maternidades Dr. Daniel de Matos e Bissaya Barreto unidades integradas no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, as suas actividades, dimensões, responsabilidades e recursos humanos e técnicos são imputados e considerados no quadro desse mesmo Centro Hospitalar, irrelevantemente das concretas instalações, actuais ou futuras, em que se desenvolvam. Consideraram-se as duas maternidades porquanto as mesmas realizaram um número substancial e muito aproximado de partos em 2011 (respectivamente, 2858 e 2848), pelo que as suas integrações no CHUC poderão justificar um movimento de concentração das suas actividades que, contudo, necessitará de considerar a elevada dimensão de actividade daí resultante (em termos de recursos e instalações).

serviços de medicina interna e afiliadas a hospitais com serviços de infecciologia, tendo em conta as relações e regras de referenciação;

- e) Deve-se ter especial atenção, nos casos dos hospitais mais próximos das fronteiras das Administrações Regionais de Saúde (ARS), à referenciação de doentes e à afiliação de hospitais que deverão ser definidas, no sentido de respeitar sempre que possível a liberdade de escolha dos utentes e os fluxos naturais dos utentes, tendo em conta as distâncias entre as suas residências e os hospitais;
- f) Tendo em conta a tipologia hospitalar, os pressupostos específicos da especialidade definidos com o contributo dos peritos médicos e o critério do acesso das populações, a abertura de um serviço de infecciologia no Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE, poderá vir a revelar-se útil por forma a salvaguardar o acesso no interior da região Norte, embora se reconheça que esta mudança poderá constituir um objectivo de médio ou longo prazo, dada a necessidade de constituição de equipa;
- g) Deverá haver um serviço de infecciologia no Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE (embora se reconheça que tal deverá constituir um objectivo de médio ou longo prazo, em função da necessidade de constituição de equipa);
- h) Identifica-se um excesso de infecciólogistas em Coimbra, pelo que convirá haver maior dispersão na região, especialmente para Viseu (reconhecendo-se que tal deverá constituir um objectivo de médio ou longo prazo, em função da necessidade de constituição de equipa);
- i) Poderá vir a revelar-se necessário um reforço de oferta de infecciologia no Hospital de Braga e no Hospital de Loures;
- j) Será necessário um reforço de oferta de infecciologia no Hospital de Faro;
- k) Conclusivamente:
 - i. Os hospitais de referência que deverão ter serviços de infecciologia são: Hospital de São João – Porto, Hospital de Vila Real, Hospital de Eduardo Santos Silva (Unidade I) – Vila Nova de Gaia, Centro Hospitalar do Porto, Hospital de Braga, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Hospital São Teotónio – Viseu, Hospital

Curry Cabral, Hospital de Egas Moniz, Hospital de Santa Maria, Hospital Garcia de Orta, EPE, Hospital de Évora e Hospital de Faro.

- ii. Os hospitais de primeira linha que deverão ter serviços de infecciologia são: Hospital Pedro Hispano – Matosinhos, Hospital da Covilhã, Hospital Infante D. Pedro – Aveiro, Hospital de São Bernardo – Setúbal, Hospital Beatriz Ângelo – Loures, Hospital de Vila Franca de Xira, Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE – Amadora.

Ressalte-se que a concretização da Carta Hospitalar consubstancia-se apenas numa proposta da ERS que pode resultar em algumas alterações à actual Rede Hospitalar de Portugal continental, mas que se verificaram não serem prejudiciais ao acesso dos utentes aos cuidados de saúde hospitalares, mas sim potencialmente positivas em termos de promoção de maior racionalização de recursos e qualidade na prestação de cuidados de saúde hospitalares, em benefício dos utentes.

Em tal concretização será naturalmente incumbência das ARS, a quem compete “assegurar o planeamento regional dos recursos humanos, financeiros e materiais”, bem como “assegurar a adequada articulação entre os serviços prestadores de cuidados de saúde de modo a garantir o cumprimento da rede de referência”¹³⁰, estabelecer as redes de referência que se adequem aos princípios e proposta de Carta Hospitalar.

Por último, sempre haverá uma distinção a fazer entre o que seja ou deva constituir um *planeamento estratégico* dos recursos em saúde, designadamente tendo em consideração os factores fundamentais como equidade no acesso, qualidade dos cuidados e boa governança, e aquilo que necessariamente se deverá reconduzir a um *planeamento operacional*, de características mais aproximadas aos próprios locais da prestação dos cuidados, e que visa garantir a boa adequação do planeamento estratégico à realidade concreta e local, assim operacionalizando aquele.

¹³⁰ Cfr. als. g) e n) n.º 2 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 22/2012, de 30 de Janeiro.

Anexo I – Metodologia de análise do acesso

As análises do acesso realizadas envolveram a avaliação das dimensões espaciais/geográficas da proximidade e da capacidade, pelo que se analisou a acessibilidade espacial dos utentes aos cuidados de saúde prestados pelos hospitais¹³¹.

O principal método de análise adoptado foi o método *Two-Step Floating Catchment Area* (2SFCA)¹³², que sintetiza resultados em rácios de oferta/procura potencial para cada unidade geográfica de análise, neste caso, cada concelho de Portugal continental, possibilitando, assim, a identificação de concelhos e respectivas populações que estarão a ser atingidas por um potencial desajustamento da oferta (potencial redundância ou escassez) e a identificação dos hospitais responsáveis por tais potenciais desajustamentos.

O primeiro passo deste método consiste no seguinte cálculo:

$$R_j = \frac{S_j}{\sum_{k \in \{d_{kj} \leq d_{max}\}} P_k}$$

em que R é um rácio de médicos (ou postos de trabalho de médicos) (S) por população abrangida (P) residente nos concelhos k cobertos pelas áreas de influência primárias do hospital situado na localização j . Este rácio é calculado para cada um dos hospitais.

Note-se que esta equação do primeiro passo inclui um tempo de viagem máximo em estrada de referência d_{max} , que representa o limite das áreas de influência dos hospitais, indicando que as populações até àquele limite são cobertas pelo hospital situado na localização j .

O segundo passo é representado pela seguinte equação:

$$A_i = \sum_{l \in \{d_{il} \leq d_{max}\}} R_l$$

em que A_i é um índice de acessibilidade espacial, calculado para cada concelho i , que equivale à soma de todos os rácios R de médicos por população (calculados no primeiro passo) dos hospitais situados nas localizações l que abrangem o concelho i , isto é, dos

¹³¹ Vide, por exemplo, Guagliardo, M. F., Ronzio, C. R. et al. (2004). "Physician accessibility: an urban case study of pediatric providers". *Health & Place* 10(3): 273-283.

¹³² Vide Luo, W. e F. Wang (2003). "Measures of spatial accessibility to health care in a GIS environment: synthesis and a case study in the Chicago region". *Environment and Planning B: Planning and Design* 30(6): 865-884.

hospitais a que as populações do concelho i recorrem, devido às áreas de influência primárias, à maior proximidade e à referenciação das unidades de cuidados de saúde primários.

O índice A_i é, portanto, um rácio de médicos por população que tem em conta a interacção espacial entre a oferta e a procura potencial sem se limitar às fronteiras da unidade geográfica de análise (no caso, o concelho).

Para as análises realizadas, teve-se em consideração os seguintes critérios:

1. Para a identificação de diferentes níveis de acessibilidade, adoptou-se uma metodologia de *clustering* que visa analisar a distribuição dos rácios de oferta através da classificação em grupos, sendo o resultado caracterizado pela maximização do grau de associação entre observações de um mesmo grupo e a minimização do grau de associação entre observações de grupos diferentes¹³³.
2. Foram considerados três grupos populacionais (população total, população feminina e população com idade até 14 anos¹³⁴).
3. Numa das análises realizadas, a oferta hospitalar foi representada pelos números totais de médicos dos hospitais públicos gerais, sem inclusão dos prestadores de serviço, que, em função do excessivo número de contratos relativamente às horas trabalhadas, poderiam enviesar os resultados.
4. Uma análise adicional considerou as especialidades individualmente e integrou, ainda, os hospitais especializados, tendo a oferta hospitalar sido representada por médicos especialistas em termos ETC.
5. Foram consideradas as populações por áreas de influência primárias (definidas de acordo com as informações transmitidas pelos próprios hospitais), sendo que, por simplificação e para aplicação do método de análise do acesso adoptado, teve-se em conta as populações integrais dos concelhos, mesmo nos casos em que os concelhos das áreas de influência eram cobertos apenas parcialmente.

¹³³ Do ponto de vista metodológico, a análise de *clusters* apresenta a vantagem de não exigir a definição arbitrária dos limites de cada categoria. São os próprios dados que definem o que é um valor alto, médio alto, médio baixo ou baixo. Das diversas técnicas de *clustering* existentes, foi utilizada a técnica das *k*-médias (McQueen, J. (1967). "Some methods for classification and analysis of multivariate observations." Proceedings of the Fifth Berkeley Symposium on Mathematical Statistics and Probability: 281-297.).

¹³⁴ Foi considerada a faixa etária até 14 anos, em função dos dados provisórios dos Censos 2011, que são apresentados por grupo etário nas faixas 0-14, 15-24, 25-64 e 65 e mais anos, apesar da idade pediátrica compreender actualmente a população com idade até 17 anos e 364 dias, conforme estabelecido pelo Despacho da Ministra da Saúde n.º 9871/2010, de 11 de Junho, sobre a definição da idade pediátrica em Portugal.

6. As áreas de influência primárias foram limitadas até 90 minutos de viagem em estrada, com vista a reflectir de forma mais realista os potenciais fluxos de utentes até aos hospitais¹³⁵.

¹³⁵ As áreas do Hospital São Bernardo, do Hospital Distrital de Bragança, do Hospital Distrital de Mirandela e do Hospital Nossa Senhora da Assunção foram reduzidas em função desta limitação, tendo em conta os tempos de viagem calculados com a aplicação MapPoint 2009).

Bibliografia

António Correia de Campos e Jorge Simões, (2011), *O Percurso da Saúde: Portugal na Europa*, Almedina

Artur Vaz, (2010), *Hospitais Públicos Portugueses, in 30 Anos do Serviço Nacional de Saúde* (coordenado por Jorge Simões), Almedina, p. 297 a 353

Bazzani, L.G. and Marcin, J.P. (2007), *Case Volume and Mortality in Pediatric Cardiac Surgery Patients in California, 1998–2003*, *Circulation*, 115: 2652–2659

C. Bambra, T AEikemo, (2009), “Welfare state regimes, unemployment and health: a comparative study of the relationship between unemployment and self-reported health in 23 European countries”, *Journal Epidemiology Community Health*, 63:92-98

Colin D Mathers and Deborah J Schofield, (1998), “The health consequences of unemployment: the evidence”, 168: 178-182

Comissão Nacional Para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório, (2008), *Cirurgia de Ambulatório: um modelo de qualidade centrado no utente*, Ministério da Saúde

Committee on Pediatric Manpower (1981). “Critique of the Final Report of the Graduate Medical Education National Advisory Committee”. *Pediatrics* 67(5): 585-596.

David, G. and Brachet, T. (2009), *Retention, Learning by Doing, and Performance in Emergency Medical Services*, *Health Services Research*, 44: 902–925

Entidade Reguladora da Saúde, (2009), *Redes de Referência Hospitalares*

Entidade Reguladora da Saúde, (2011), Análise do Impacto da Directiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de Março de 2011, relativa ao Exercício dos Direitos dos Doentes em Matéria de Cuidados de Saúde Transfronteiriços sobre o Sistema de Saúde Português

Entidade Reguladora da Saúde, (2011), Análise da Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde

Entidade Reguladora da Saúde, (2012), Estudo de Avaliação dos Centros Hospitalares

Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais, (coordenado por Alcindo Maciel Barbosa), (2010), A Organização Interna e a Governação dos Hospitais, Ministério da Saúde

Huckman, R. and Pisano, G. (2006), The firm-specificity of individual performance: Evidence from cardiac surgery, *Management Science*, 52 (4): 473–488

Jorge Simões, (2004), Retrato Político da Saúde, Almedina

Jorge Simões; Pedro Pita Barros e João Pereira (coord.), (2008), A Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde”, Ministério da Saúde

Looper e Lafortune (2009). “Measuring disparities in health status and in access and use of health care in OECD countries”, *Health Working Papers*, no. 43

Ministério da Saúde, (2010), Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde no SNS

Moser KA, Goldblatt PO, Fox AJ, Jones DR., (1987), “Unemployment and mortality: comparison of the 1971 and 1981 longitudinal study census samples”. *British Medical Journal*, 1: 86-90

OMS, (2010), *Evaluation of the National Health Plan of Portugal 2004–2010*

Plano Nacional de Saúde 2011-2016 (Projecto), secção *Os Cuidados de Saúde Hospitalares no Contexto do PNS 2011-2016*, Ministério da Saúde

Ross, C. E. e C. Wu (1995). "The Links Between Education and Health". *American Sociological Review* 60(5): 719-745

Ståhl et al (2006). “Health in All Policies, Prospects and potentials”. Ministry of Social Affairs and Health, Health Department, Finland

Quaisquer dúvidas ou questões relativas ao presente relatório poderão ser remetidas para o endereço de correio electrónico geral@ers.pt.

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE

Rua S. João de Brito, 621 L32, 4100 - 455 PORTO
e-mail: geral@ers.pt • telef.: 222 092 350 • fax: 222 092 351 • www.ers.pt

