

# CARTA DOS EQUIPAMENTOS DE SAÚDE DA LEZÍRIA DO TEJO

Relatório Final



Cofinanciado por:

# Índice

---

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>2. CONTEXTUALIZAÇÃO.....</b>	<b>12</b>
2.1. Enquadramento Normativo.....	12
2.2. Política Setorial e Transferência de Competências.....	13
2.3. Organização dos Cuidados de Saúde na Lezíria do Tejo.....	14
<b>3. CARATERIZAÇÃO DA PROCURA ATUAL E PROSPETIVA DE EQUIPAMENTOS DE SAÚDE ...</b>	<b>17</b>
3.1. Dinâmicas Demográficas.....	17
3.2. Determinantes de Saúde.....	20
3.3. Estado de Saúde.....	29
3.4. Utilização dos Serviços de Saúde.....	31
3.5. Cenários Prospetivos da Procura: Projeções Demográficas.....	33
<b>4. CARATERIZAÇÃO DA OFERTA ATUAL DE CUIDADOS DE SAÚDE.....</b>	<b>44</b>
4.1. Enquadramento.....	44
4.2. Processo de Recenseamento.....	44
4.3. Nota Metodológica sobre a Acessibilidade Geográfica aos Equipamentos de Saúde.....	45
4.4. Cuidados de Saúde Primários.....	46
4.4.1. Prestadores de Cuidados de Saúde Primários.....	46
4.4.2. Equipamentos de Cuidados de Saúde Primários.....	50
4.4.3. Atividade Prestada.....	57
4.4.4. Profissionais de Saúde.....	58
4.4.5. Utentes.....	61
4.4.6. Financiamento e Desafios.....	64
4.5. Cuidados de Saúde Hospitalares.....	65
4.5.1. Prestadores de Cuidados de Saúde Hospitalares.....	65
4.5.2. Equipamentos Hospitalares.....	69
4.5.3. Atividade Prestada.....	77
4.5.4. Profissionais de Saúde: Caraterização Socioprofissional.....	83
4.5.5. Utentes.....	87
4.5.6. Financiamento e Desafios.....	89
4.6. Cuidados Continuados Integrados.....	90
4.6.1. Prestadores de Cuidados Continuados Integrados.....	90

4.6.2. Equipamentos de Cuidados Continuados Integrados .....	95
4.6.3. Atividade Prestada.....	103
4.6.4. Profissionais de Saúde .....	105
4.6.5. Utentes .....	107
4.6.6. Financiamento e Desafios .....	109
4.7. Outros Cuidados de Saúde .....	110
<b>5. ANÁLISE SWOT.....</b>	<b>113</b>
<b>6. ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO   SAÚDE 2030 .....</b>	<b>116</b>
6.1. Quadro de Suporte à Arquitetura da Visão Estratégica .....	116
6.2. Eixos Estratégicos.....	118
6.3. Modelo Territorial .....	121
<b>7. PROGRAMA DE AÇÃO.....</b>	<b>125</b>
7.1. Enquadramento .....	125
7.2. Eixo I – Aumentar e Reorganizar a Capacidade de Resposta da Oferta .....	128
7.3. Eixo II – Adequar a Territorialidade da Oferta .....	129
7.4. Eixo III – Qualificar a Oferta de Cuidados de Saúde .....	130
7.5. Eixo IV – Capacitar o Ecosistema de Atores de Saúde .....	131
7.6. Eixo V – Monitorizar a Oferta de Cuidados de Saúde.....	132
<b>Ficha Técnica .....</b>	<b>137</b>

## Índice de Figuras

Figura 1. População residente por concelho da Lezíria do Tejo, em 2011 e 2021 (n.º) .....	17
Figura 2. Densidade populacional por freguesia, nos concelhos da Lezíria do Tejo, em 2021 (hab./ km <sup>2</sup> ) 18	
Figura 3. Índice de envelhecimento, por local de residência, em vários anos (n.º) .....	19
Figura 4. Evolução das famílias unipessoais idosas e das famílias monoparentais na Lezíria do Tejo, entre 2001 e 2011 (%) .....	21
Figura 5. População residente segundo o nível de escolaridade atingido, por local de residência, em 2011 (%).....	22
Figura 6. População residente desempregada inscrita nos centros de emprego na Lezíria do Tejo, entre dezembro de 2014 e de 2020 (n.º).....	23
Figura 7. Beneficiários do rendimento social de inserção, da segurança social, na Lezíria do Tejo, entre 2014 e 2019 (n.º) .....	24
Figura 8. População estrangeira com estatuto legal de residente na Lezíria do Tejo, em 2019 (%) .....	25
Figura 9. Caracterização do parque habitacional, por local de residência, em 2011 (%).....	26
Figura 10. Massas de água com bom estado/potencial ecológico, por local de residência, em 2011 (%) .27	
Figura 11. Evolução da qualidade do ar na zona Oeste, Vale do Tejo e Península de Setúbal, por ano, entre 2015 e 2020 (n.º de dias) .....	28
Figura 12. Taxa quinquenal de mortalidade infantil, por local de residência, entre os períodos 2007-2011 e 2015-2019 (‰) .....	29
Figura 13. Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, por local de residência, entre 2011 e 2019 (‰) .....	30
Figura 14. Utente frequente das unidades funcionais dos cuidados de saúde primários, segundo a idade e o sexo, na Lezíria do Tejo, em março de 2021 (%) .....	32
Figura 15. Atos médicos e de enfermagem nas unidades funcionais dos cuidados de saúde primários, na Lezíria do Tejo, em 2020 (%) .....	33
Figura 16. Perfil dos profissionais de saúde, nas Entidades Gestoras dos Cuidados de Saúde Primários, na NUTS III Lezíria do Tejo (%).....	48
Figura 17. Padrão locativo dos cuidados de saúde primários, em 2022 .....	52
Figura 18. Distância (m)/Tempo(min) a partir dos cuidados de saúde primários, considerando a população residente, em 2021 .....	54
Figura 19. Avaliação do edificado, Redes e Meio Envolvente, nos cuidados de saúde primários, na NUTS III Lezíria do Tejo, em 2022 (%).....	56
Figura 20. Total de recursos humanos, por função, nos cuidados de saúde primários, na NUTS III Lezíria do Tejo, em 2022 (n.º).....	59
Figura 21. População por grupos etários, residente em 2021 e utentes inscritos nos CSP em 2020 (%), da Lezíria do Tejo.....	62
Figura 22. Utentes inscritos nos CSP da Lezíria do Tejo (N.º), segundo a atribuição/não atribuição de médico de família, em 2019 e 2020 .....	63
Figura 23. Perfil dos profissionais de saúde, nas Entidades Gestoras dos Cuidados de Saúde Diferenciados, na NUTS III Lezíria do Tejo, em 2020 (%).....	67
Figura 24. Padrão locativo dos hospitais, em 2022 .....	70
Figura 25. Distância (m)/Tempo(min) a partir dos hospitais públicos, considerando a população residente, em 2021.....	71
Figura 26. Distância (m)/Tempo(min) a partir dos hospitais públicos e privados, considerando a população residente, em 2021.....	73
Figura 27. Avaliação do edificado, Redes e Meio Envolvente, nos Hospitais, na NUTS III Lezíria do Tejo, em 2022 (%).....	75
Figura 28. Taxa de variação da lotação anual média (camas), por especialidades médicas e cirúrgicas, no período 2019 a 2020, no Hospital Distrital de Santarém (%) .....	77
Figura 29. Total de intervenções cirúrgicas realizadas, nos equipamentos hospitalares localizados na NUTS III Lezíria do Tejo, no período 2019 a 2020 (n.º).....	78
Figura 30. Consultas externas nos equipamentos hospitalares localizados na NUTS III Lezíria do Tejo, segundo a especialidade cirúrgica (n.º).....	79
Figura 31. Cirurgias realizadas nos anos de 2021 e 2022, no Hospital de Vila Franca de Xira (n.º) .....	80

Figura 32. Tipologia de salas de que dispõem os equipamentos hospitalares localizados na NUTS III Lezíria do Tejo (%) .....	81
Figura 33. Perfil do pessoal médico, por Hospital, na Lezíria do Tejo, em 2020 (%) .....	84
Figura 34. Perfil dos enfermeiros, por Hospital, na Lezíria do Tejo, em 2020 (%).....	85
Figura 35. Outros recursos humanos, nos cuidados de saúde diferenciados, na Lezíria do Tejo, em 2020 (%).....	86
Figura 36. Grupos de idades dos utentes internados, nos cuidados de saúde diferenciados, em 2020 (%) .....	88
Figura 37. Perfil dos profissionais de saúde, nas Entidades Gestoras dos Cuidados Continuados Integrados, na NUTS III Lezíria do Tejo, em 2020 (%).....	93
Figura 38. Padrão locativo dos Cuidados Continuados Integrados, em 2022 .....	96
Figura 39. Distância (m)/Tempo(min) a partir dos equipamentos das Equipas de Cuidados Continuados Integrados, considerando a população residente, em 2021 .....	97
Figura 40. Distância (m)/Tempo(min) a partir das Unidades de Média Duração e Reabilitação, considerando a população residente, em 2021 .....	99
Figura 41. Distância (m)/Tempo(min) a partir das Unidades de Longa Duração e Manutenção, considerando a população residente, em 2021 .....	100
Figura 42. Avaliação do edificado, Redes e Meio Envolvente, nos Cuidados Continuados Integrados, na NUTS III Lezíria do Tejo, em 2022 (%).....	103
Figura 43. Serviços que os equipamentos de cuidados continuados integrados dispõem, na NUTS III Lezíria do Tejo (n.º) .....	104
Figura 44. Funcionalidades de que os equipamentos de cuidados continuados integrados dispõem, na NUTS III Lezíria do Tejo (n.º).....	105
Figura 45. Estrutura dos recursos humanos nos equipamentos de CCI, na Lezíria do Tejo, em 2020 (%) .....	106
Figura 46. Uteses nos equipamentos de CCI, na Lezíria do Tejo, por tipologia de resposta, em 2019 e 2020 (n.º).....	108
Figura 47. Uteses segundo a proveniência nos equipamentos de CCI, na Lezíria do Tejo, em 2019 e 2020 (%).....	109
Figura 48. Eixos Estratégicos do Programa de Ação .....	118
Figura 49. Visão Estratégica.....	121
Figura 50. Sistema Urbano da Lezíria do Tejo, 2023 .....	122
Figura 51. Síntese do Plano de Ação .....	127

## Índice de Tabelas

Tabela 1. Estimativa populacional (total e por grupo decenal), para a Lezíria do Tejo (2025 e 2031) .....	35
Tabela 2. Estimativa populacional (total e por grupo decenal), para os municípios de Alpiarça e Almeirim (2025 e 2031) .....	36
Tabela 3. Estimativa populacional (total e por grupo decenal), para os municípios de Azambuja e Golegã (2025 e 2031) .....	36
Tabela 4. Estimativa populacional (total e por grupo decenal), para os municípios de Benavente e Cartaxo (2025 e 2031) .....	37
Tabela 5. Estimativa populacional (total e por grupo decenal), para os municípios de Chamusca e Coruche (2025 e 2031) .....	37
Tabela 6. Estimativa populacional (total e por grupo decenal), para os municípios de Salvaterra de Magos e Rio Maior (2025 e 2031) .....	38
Tabela 7. Estimativa populacional (total e por grupo decenal), para o município de Santarém (2025 e 2031).....	39
Tabela 8. Estimativa populacional por grupo-alvo e por cenários, para os municípios de Alpiarça, Almeirim e Azambuja (2025 e 2031) .....	41
Tabela 9. Estimativa populacional por grupo-alvo e por cenários, para os municípios de Golegã, Benavente e Cartaxo (2025 e 2031) .....	41
Tabela 10. Estimativa populacional por grupo-alvo e por cenários, para os municípios de Chamusca, Coruche e Salvaterra de Magos (2025 e 2031) .....	41
Tabela 11. Estimativa populacional por grupo-alvo e por cenários, para os municípios de Rio Maior e Santarém (2025 e 2031) .....	42
Tabela 12. Síntese do processo de recenseamento da oferta de cuidados de saúde, na NUTS III Lezíria do Tejo, em 2022 (n.º e %) .....	45
Tabela 13. Evolução dos utentes com médico de família, na Lezíria do Tejo (2019 e 2020) .....	64
Tabela 14. Atos complementares de diagnóstico e de terapêutica realizados no Hospital Distrital Santarém e no Hospital CUF Santarém (no internamento, nas consultas externas e no serviço de urgência), em 2019 e 2020 (n.º) .....	82
Tabela 15. Atos complementares de diagnóstico e de terapêutica realizados no Hospital Vila Franca de Xira (no internamento, nas consultas externas e no serviço de urgência), em 2021 e 2022 (n.º).....	83
Tabela 16. Retrato das entidades gestoras de cuidados continuados integrados, na NUTS III Lezíria do Tejo, em 2020 (n.º).....	91
Tabela 17. Análise da Coerência entre os Eixos Estratégicos e os ODS.....	119
Tabela 18. Análise da Coerência entre os Eixos Estratégicos e as Recomendações do Plano Nacional de Saúde 2021-2030.....	120
Tabela 19. Programa de Ação, 2022 a 2030 .....	133

## Acrónimos

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
AML	Área Metropolitana de Lisboa
ARS	Administração Regional de Saúde
ARSLVT	Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
CAD	Comportamentos Aditivos e Dependências
CCI	Cuidados Continuados Integrados
CIM	Comunidade Intermunicipal
CIMLT	Comunidade Intermunicipal da Lezíria do Tejo
COVID-19	Doença provocada pelo vírus SARS-COV-2
CRI	Centro de Respostas Integradas
CS	Centro de Saúde
CSP	Cuidados de saúde Primários
CUF	Companhia União Fabril
DICAD	Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
EAD	Equipa de Apoio Domiciliário
ECCI	Equipa de Cuidados Continuados Integrados
EPE	Entidade Pública Empresarial
ETET	Equipas Técnicas Especializadas de Tratamento
GEP	Gabinete de Estratégia e Planeamento
LAC	Livre Acesso e Circulação de Utentes
IEFP	Instituto do Emprego e Formação Profissional
INE	Instituto Nacional de Estatística
NUTS	Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
PNS	Plano Nacional de Saúde
PRR	Plano de Recuperação e Resiliência
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RNCP	Rede Nacional de Cuidados Paliativos
RSI	Rendimento Social de Inserção
SAP	Serviço de Atendimento Permanente
SARS-CoV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome coronavirus 2
SUB	Serviço de Urgência Básica
SCM	Santa Casa da Misericórdia
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
TAC	Tomografia Axial Computorizada
UCC	Unidade de Cuidados Continuados
UCCI	Unidade de Cuidados Continuados Integrados
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UIL	Unidades de Intervenção Local
ULD	Unidade de Longa Duração e Manutenção
UMDR	Unidade de Média Duração e Reabilitação
URAP	Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF	Unidade de Saúde Familiar
USP	Unidade de Saúde Pública

---

## 1. INTRODUÇÃO

---

## 1. INTRODUÇÃO

O presente documento constitui o Relatório Final da “Carta dos Equipamentos de Saúde da Lezíria do Tejo”, adjudicada pela Comunidade Intermunicipal da Lezíria do Tejo, à *Planning 4 People*.

Nos últimos anos, a reflexão e o debate sobre as mais diversas questões na área da saúde têm adquirido uma crescente relevância na esfera política, social e do planeamento e gestão do território.

Estas preocupações resultam de alterações profundas que têm vindo a ocorrer no país e no mundo, fortemente associadas entre si. A concentração da população nas principais cidades e aglomerações metropolitanas, as alterações nos estilos de vida com forte impacto nos quadros de doença e nos padrões de mortalidade, o acentuar do fenómeno do envelhecimento demográfico com impacto significativo no aumento da esperança média de vida e no acréscimo das situações de dependência e utilização dos cuidados de saúde, a par da revolução tecnológica em curso, das alterações climáticas e das crescentes preocupações com a necessária rentabilização dos recursos médicos são algumas das tendências emergentes que acarretam novos desafios e conseqüentes novas respostas.

Mais recentemente, a pandemia COVID-19, pelas repercussões registadas no quotidiano dos indivíduos, das vivências pessoais e sociais às profissionais, pelos impactes em termos de doença, morbidade e mortalidade, veio reiterar a importância do planeamento estratégico dos recursos na área da saúde, essencial para uma gestão eficaz, bem como para conseguir, atempadamente, avançar com respostas no controlo da disseminação de doenças e subsequente promoção da necessária resiliência dos sistemas de saúde.

Neste contexto, o reordenamento da rede de equipamentos de saúde representa um fator central na estratégia de desenvolvimento territorial, pelo que a Carta dos Equipamentos de Saúde da Lezíria do Tejo constitui uma oportunidade de adequação à procura atual e àquela que se prevê para os próximos anos, representando também, uma oportunidade para operacionalizar uma política de saúde transversal, dinâmica e evolutiva, que se adapte ao progresso do conhecimento científico e às necessidades, contextos e recursos da realidade nacional, regional, concelhia e local, visando a obtenção de ganhos em saúde, tal como estabelecido na Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro).

Face a este enquadramento legal, as autarquias locais participam na efetivação do direito à proteção da saúde, nas suas vertentes individual e coletiva. A sua intervenção manifesta-se, designadamente, no acompanhamento aos sistemas locais de saúde, em especial nos cuidados de proximidade e nos cuidados na comunidade, no planeamento da rede de estabelecimentos prestadores e na participação nos órgãos consultivos e de avaliação do sistema de saúde.

O presente documento é composto por sete capítulos, designadamente a:

- › Introdução;
- › Contextualização;
- › Caracterização da Procura Atual e Prospetiva de Equipamentos de Saúde;
- › Caracterização da Oferta Atual de Cuidados de Saúde;
- › Análise SWOT;

- › Estratégia de Intervenção;
- › Programa de Ação.

Integra, igualmente, em volume autónomo (Anexos), um conjunto de fichas para cada um dos municípios da Lezíria do Tejo, com a informação estatística mais relevante de suporte à presente análise, bem como os vários inquéritos realizados aos *stakeholders* pertinentes e a lista dos participantes nos *workshops* de debate e ainda um último capítulo com as fichas de investimento de cada uma das ações prioritárias apresentadas no programa de ação.

A informação analisada esteve dependente de vários fatores, nomeadamente do período a que se refere e do nível de desagregação. Neste âmbito, destaque-se o facto de alguns dados utilizados, aquando da realização do diagnóstico em março de 2022, reportarem aos Censos 2011, do Instituto Nacional de Estatística. No sentido de ultrapassar este constrangimento, procurou-se utilizar informação estatística oficial mais atualizada, com recurso a estimativas populacionais, tendo apenas em alguns casos sido possível realizar a respetiva atualização com dados dos Censos de 2021. Na análise das determinantes de saúde e do estado de saúde da população, a inexistência de dados disponíveis com a desagregação territorial à escala necessária, nomeadamente do concelho, mas também da freguesia, impossibilitou a realização de análises mais detalhadas, uma vez que o Inquérito Nacional de Saúde não dispõe de informação a estas escalas de análise e são inexistentes análises similares à escala concelhia ou mesmo sub-regional.

A Carta dos Equipamentos de Saúde da Lezíria do Tejo deve ser entendida como uma fase do planeamento da Rede Pública de Equipamentos de Saúde neste território, que garanta taxas de cobertura dos serviços de saúde e níveis de acessibilidade, atendendo às novas dinâmicas populacionais e às previsões de evolução, adequados aos mais recentes padrões de exigência e necessidade da população.

Por outro lado, espera-se que seja possível, através do exercício a realizar, robustecer alguns objetivos centrais do sistema de saúde sub-regional, nomeadamente:

- › promover uma lógica integrada de oferta de equipamentos e de prestação de serviços de saúde, à escala sub-regional;
- › melhorar as taxas de cobertura dos serviços de saúde, considerando as dinâmicas populacionais e os cenários demográficos;
- › contribuir para aumentar a acessibilidade, a eficiência e a equidade no acesso aos equipamentos e aos serviços de saúde;
- › melhorar a qualidade da oferta de equipamentos e de serviços de saúde e aumentar os níveis de satisfação da população, assim como o seu estado de saúde e qualidade de vida.

---

## 2. CONTEXTUALIZAÇÃO

---

## 2. CONTEXTUALIZAÇÃO

### 2.1. Enquadramento Normativo

As políticas de saúde apresentam um longo histórico em Portugal, com indissociável influência dos vários ciclos políticos e das doutrinas vigentes em cada período. Daí resulta o atual enquadramento normativo, que se caracteriza por ser relativamente vasto, com aspetos basilares correlativos entre si, ao qual obedece o planeamento estratégico da política da saúde em Portugal.

Seguidamente, são revisitados alguns dos principais diplomas legais com maior relevância em matéria de planeamento estratégico da política de saúde, nomeadamente no que concerne às redes de equipamentos e serviços de saúde, sem prejuízo de não inclusão de outros de considerável relevância para uma análise mais abrangente da temática:

- › **Constituição da República Portuguesa**, aprovada a 2 de abril de 1976, consagrou pela primeira vez a temática da saúde enquanto entidade autónoma, num claro reconhecimento da universalidade do direito à promoção da saúde e à prevenção da doença, aspetos inovadores então emergentes, irrompendo com as referências à caridade na resposta aos problemas de saúde dos portugueses. Estes persistiram ao longo das subseqüentes revisões, até à 7.ª Revisão Constitucional (Lei Constitucional n.º 1/2005, de 12 de Agosto), em que, no seu Artigo 64.º, estabelece a proteção à saúde enquanto direito universal e tendencialmente gratuito, sendo prioritariamente competência do Estado assegurar uma adequada cobertura territorial dos serviços de saúde, condicionante estrutural para o cumprimento efetivo deste direito constitucional;
- › **Lei de Bases da Saúde** (Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto), aprovada no ano em que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) comemorou o seu 40.º aniversário, reconhece o importante papel do cuidador informal, define os fundamentos da política de saúde, robustece a responsabilidade do Estado pela realização do direito à proteção da saúde a qual se efetiva primeiramente através do SNS e de outros serviços públicos e, estabelece as autarquias locais como participantes na efetivação do direito à proteção da saúde;
- › **Estatuto do Serviço Nacional de Saúde** (Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro), norteado pela preocupação de proporcionar aos utentes cuidados de elevada qualidade, entre outros aspetos, alterou as Administrações Regionais de Saúde (ARS) e definiu regiões de saúde divididas em sub-regiões correspondentes às áreas dos distritos do Continente;
- › **Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados** (Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho), criada no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, representou um marco importante em matéria de rede de equipamentos e respostas, de saúde e sociais, na medida em que veio dar resposta às necessidades criadas pelo progressivo envelhecimento da população, aumento da esperança média de vida e crescente prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes, possibilitando a criação e a implementação de unidades e equipas de cuidados continuados, financeiramente sustentáveis, dirigidos às pessoas em situação de dependência, com base numa tipologia de respostas adequadas, assentes em parcerias públicas, sociais e privadas;
- › **Regime Jurídico da Organização e do Funcionamento das Unidades de Saúde Familiares** (USF) – (Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto), estabelece a forma de

organização, funcionamento e o próprio regime jurídico das USF, que constituem unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares. Estas assentam em equipas multiprofissionais e têm por missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos;

- › **Criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES)** do Serviço Nacional de Saúde e o estabelecimento do seu regime de organização e funcionamento (Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro) representou mais um importante passo na reforma dos cuidados de saúde primários, na medida em que dar estabilidade à organização da prestação de cuidados de saúde primários, visava assegurar uma gestão rigorosa e equilibrada, bem como promover níveis superiores de acessibilidade aos cuidados de saúde. Os ACES têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica, desenvolvem atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, bem como atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e participam na formação de diversos grupos profissionais;
- › a **Lei de Bases dos Cuidados Paliativos** (Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro) consagra e regula o direito ao acesso dos cidadãos aos cuidados paliativos e define a responsabilidade do Estado nessa matéria, criando a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), a funcionar sob tutela do Ministério da Saúde. Esta viria a ser regulamentada em 2015 pela Portaria n.º 340/2015, de 8 de outubro, no que diz respeito aos serviços, à admissão dessa valência nas equipas locais e às instalações de cuidados paliativos, viabilizando assim a RNCP.

Sensivelmente ao longo da última década e meia, assistiu-se a significativas mudanças nas orientações políticas para o setor da saúde, nomeadamente enquanto resposta a insuficiências que marcaram os anos anteriores. Desde então, promoveram-se múltiplos investimentos em saúde, designadamente, em matéria de modelos de funcionamento mais modernos, com uma multiplicação das formas de gestão (públicas, privadas ou assentes em parcerias), maior incorporação de recursos tecnológicos, maior investimento na modernização e qualidade dos meios e dos equipamentos coletivos de saúde, indo de encontro às mais recentes aspirações e exigências da população, enquadrado por princípios de governança.

## 2.2. Política Setorial e Transferência de Competências

O contínuo processo de aperfeiçoamento do serviço público, através do desenvolvimento de projetos de inovação e de excelência, traduziu-se em respostas mais eficazes e num crescente envolvimento da comunidade, seja na participação na gestão dos cuidados de saúde, seja na responsabilização de diferentes entidades públicas na qualificação dos serviços de saúde prestado à população.

O Decreto-Lei n.º 23/2019, de 30 de janeiro, relativo à transferência de competências no setor da saúde para os Municípios e desenvolvido em articulação com a Associação Nacional de Municípios Portugueses, visa consolidar esse maior envolvimento e o papel de alguns atores-chave, nomeadamente, das autarquias locais e das entidades intermunicipais, essencial para assegurar níveis superiores de acessibilidade na saúde e equidade de acesso.

No Artigo 2.º são competência das Câmaras Municipais as seguintes cinco dimensões, sem comprometer as competências de acompanhamento do Ministério da Saúde, no que se refere à prestação do serviço e ao cumprimento das obrigações definidas:

- › participação no planeamento, na gestão e na realização de investimentos relativos a novas unidades de prestação de cuidados de saúde primários, nomeadamente na sua construção, equipamento e manutenção;
- › gestão, manutenção e conservação de outros equipamentos afetos aos cuidados de saúde primários;
- › gestão dos trabalhadores, inseridos na carreira de assistente operacional, das unidades funcionais dos ACES que integram o SNS;
- › gestão dos serviços de apoio logístico das unidades funcionais dos ACES que integram o SNS;
- › parceria estratégica nos programas de prevenção da doença, com especial incidência na promoção de estilos de vida saudáveis e de envelhecimento ativo.

Em matéria de exercício de competências, é responsabilidade dos conselhos intermunicipais nas comunidades intermunicipais e dos conselhos metropolitanos nas áreas metropolitanas o exercício das competências previstas no artigo 33.º da Lei n.º 50/2018, de 16 de agosto, estabelecido pela Lei-Quadro da Transferência de Competências para as Autarquias Locais e Entidades Intermunicipais, designadamente:

- › participar na definição da rede de unidades de cuidados de saúde primários e de unidades de cuidados continuados de âmbito intermunicipal;
- › emitir parecer sobre acordos em matéria de cuidados de saúde primários e de cuidados continuados;
- › designar um representante nos órgãos de gestão das unidades locais de saúde, na respetiva área de influência;
- › presidir ao conselho consultivo das unidades de saúde do setor público administrativo ou entidades públicas empresariais.

No contexto do planeamento e gestão do território em matéria de saúde, este diploma legal vem assim corrigir algumas das assimetrias territoriais existentes, decorrentes da concentração populacional e económica nas Áreas Metropolitanas e nas principais cidades do litoral, que ao longo dos anos induziu a uma forte concentração do investimento em saúde, do setor público e privado.

A possibilidade de uma atividade de planeamento em saúde acompanhada por atores de vários domínios, num nível mais próximo dos cidadãos, vem assim criar condições mais favoráveis para o fortalecimento da resiliência dos territórios e dos cidadãos, essencial para a superação ou mitigação de perigos múltiplos e de situações desfavoráveis a bons estados de saúde individual e pública das populações.

### 2.3. Organização dos Cuidados de Saúde na Lezíria do Tejo

A prestação de cuidados de saúde na Lezíria do Tejo enquadra-se na esfera de intervenção da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP. (ARSLVT), pessoa coletiva de direito público, integrada na administração indireta do Estado, que tem por missão garantir à população da respetiva área geográfica de intervenção o acesso à prestação de cuidados de saúde de qualidade, adequando os recursos disponíveis às necessidades, cumprindo e fazendo cumprir o Plano Nacional de Saúde.

A ARSLVT integra dois ACES na Lezíria do Tejo, designadamente o ACES Lezíria que engloba nove concelhos (Almeirim, Alpiarça, Cartaxo, Chamusca, Coruche, Golegã, Rio Maior, Salvaterra de

Magos e Santarém), abrangendo uma área aproximada de 3.500 km<sup>2</sup>, e o ACES Estuário do Tejo, cuja área de influência se estende por cinco concelhos, Alenquer, Arruda dos Vinhos, Azambuja, Benavente e Vila Franca de Xira, abrangendo uma área geográfica de 1.482,7 Km<sup>2</sup>, com os municípios de Azambuja e Benavente a integrarem a CIMLT.

O ACES Lezíria e o ACES Estuário do Tejo são serviços com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, muito embora na qualidade de serviços desconcentrados da ARSLVT, estão sujeitos ao seu poder de direção.

Os ACES têm como missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população da área geográfica da Lezíria do Tejo, assumindo um papel nevrálgico na oferta de cuidados de proximidade, uma vez que representam o primeiro contacto dos cidadãos, em geral, com os cuidados do SNS. Com atribuições no desenvolvimento de atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, na prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados, mas também o desenvolvimento de atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e participação na formação de diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases, pré-graduada, pós-graduada e contínua.

A prestação de cuidados de saúde na Lezíria do Tejo integra, para além dos cuidados de saúde primários, cuidados de saúde hospitalares ou diferenciados, com uma rede de referenciação que extravasa o território da própria NUTS III. Os cuidados de saúde diferenciados, com um propósito essencialmente curativo, atuam ao nível do internamento, atos ambulatoriais especializados para diagnóstico, terapêutica e reabilitação, consultas externas de especialidade e cuidados de urgência na doença e em situação de acidente. Também estes cuidados se encontram na área de jurisdição da ARSLVT, que abrange, para além do distrito de Santarém, os distritos de Lisboa, Setúbal e Leiria.

A prestação de cuidados de saúde conta ainda com cuidados continuados integrados, uma rede constituída por instituições de natureza jurídica pública ou privada, que asseguram cuidados continuados de saúde e de apoio social a pessoas que se encontram, de forma transitória ou permanente, em situação de dependência, tanto na sua residência, como em unidades de internamento da RNCCI.

As organizações dos cuidados de saúde na Lezíria do Tejo integram ainda uma oferta na área dos comportamentos aditivos e dependências. Em 2013, após a ARSLVT ter sucedido a algumas das atribuições do Instituto da Droga e Toxicodependência, I.P., em concordância com o estabelecido no Decreto-Lei n.º 22/2012, de 30 janeiro, mais especificamente na componente operacional da intervenção no domínio dos problemas dos comportamentos aditivos e dependências, no âmbito da sua área geográfica de intervenção, dispõe de um serviço central, a Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD), que tem como missão promover a redução do consumo de substâncias psicoativas, a prevenção dos comportamentos aditivos e a diminuição das dependências, na área da Região de Lisboa e Vale do Tejo. A sua atividade desenvolve-se no território com diversas unidades e equipas descentralizadas, com presença na Lezíria do Tejo.

Na prestação de cuidados de saúde da área de intervenção, estão ainda integradas uma rede de prestadores convencionados da ARSLVT e uma rede de farmácias.

---

### 3. CARACTERIZAÇÃO DA PROCURA ATUAL E PROSPETIVA DE EQUIPAMENTOS DE SAÚDE

---

### 3. CARATERIZAÇÃO DA PROCURA ATUAL E PROSPETIVA DE EQUIPAMENTOS DE SAÚDE

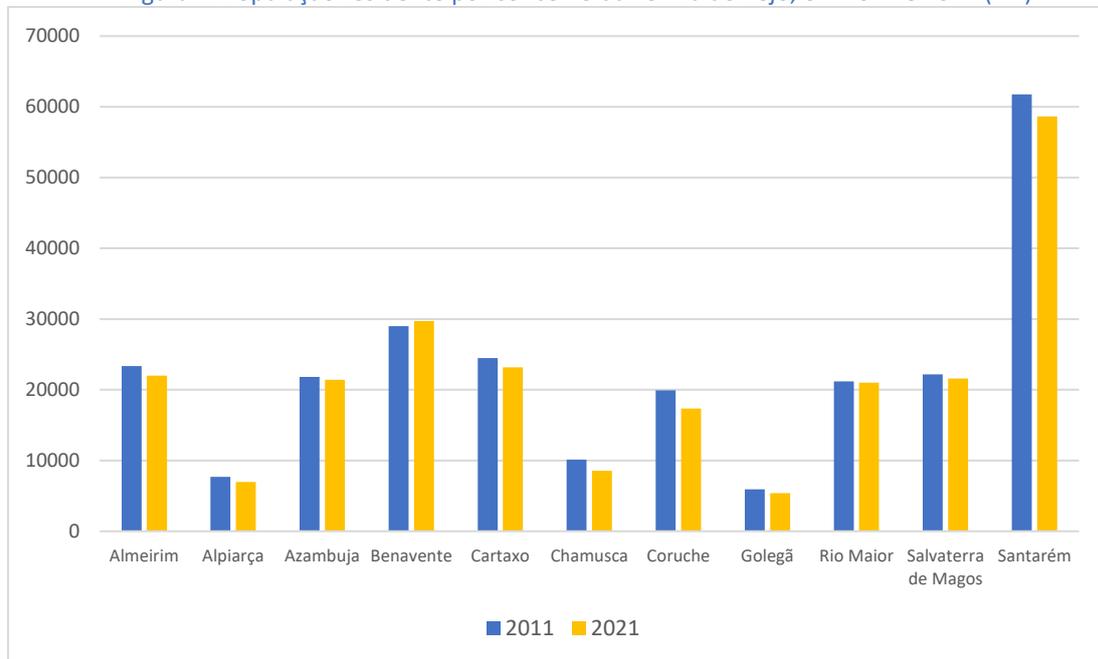
#### 3.1. Dinâmicas Demográficas

A população residente diminuiu no último período intercensitário

De acordo com os Censos 2021, residiam, nesse ano, na Lezíria do Tejo, 235.892 habitantes. Observou-se, assim, uma variação populacional negativa de -4,7% face a 2011, sintomático de uma inversão da tendência de crescimento populacional observada na Região nos decénios anteriores.

Com um crescimento demográfico impulsionado anteriormente pela forte proximidade à principal aglomeração metropolitana do país (AML) e pelas vantagens associadas ao seu património natural, nomeadamente a planície inundável pelo rio Tejo e os seus adjacentes, os solos de aluvião, os vales do Tejo e do Sorraia e o montado de sobro, que caracterizam a identidade ribatejana, em 2021, cerca de um quarto da população concentrava-se no concelho de Santarém (24,9%, situação semelhante à verificada em 2011, em que concentrava 25,1%), notoriedade em parte associada ao seu papel de capital de distrito. A distribuição populacional nos restantes dez municípios apresenta-se tendencialmente equilibrada, detendo cada um deles entre 7,4% (Coruche) e 12,6% da população (Benavente), com exceção de três municípios (Golegã 2,3%, Alpiarça 3% e Chamusca 3,6%), precisamente os que se encontram mais distantes da AML.

Figura 1. População residente por concelho da Lezíria do Tejo, em 2011 e 2021 (n.º)



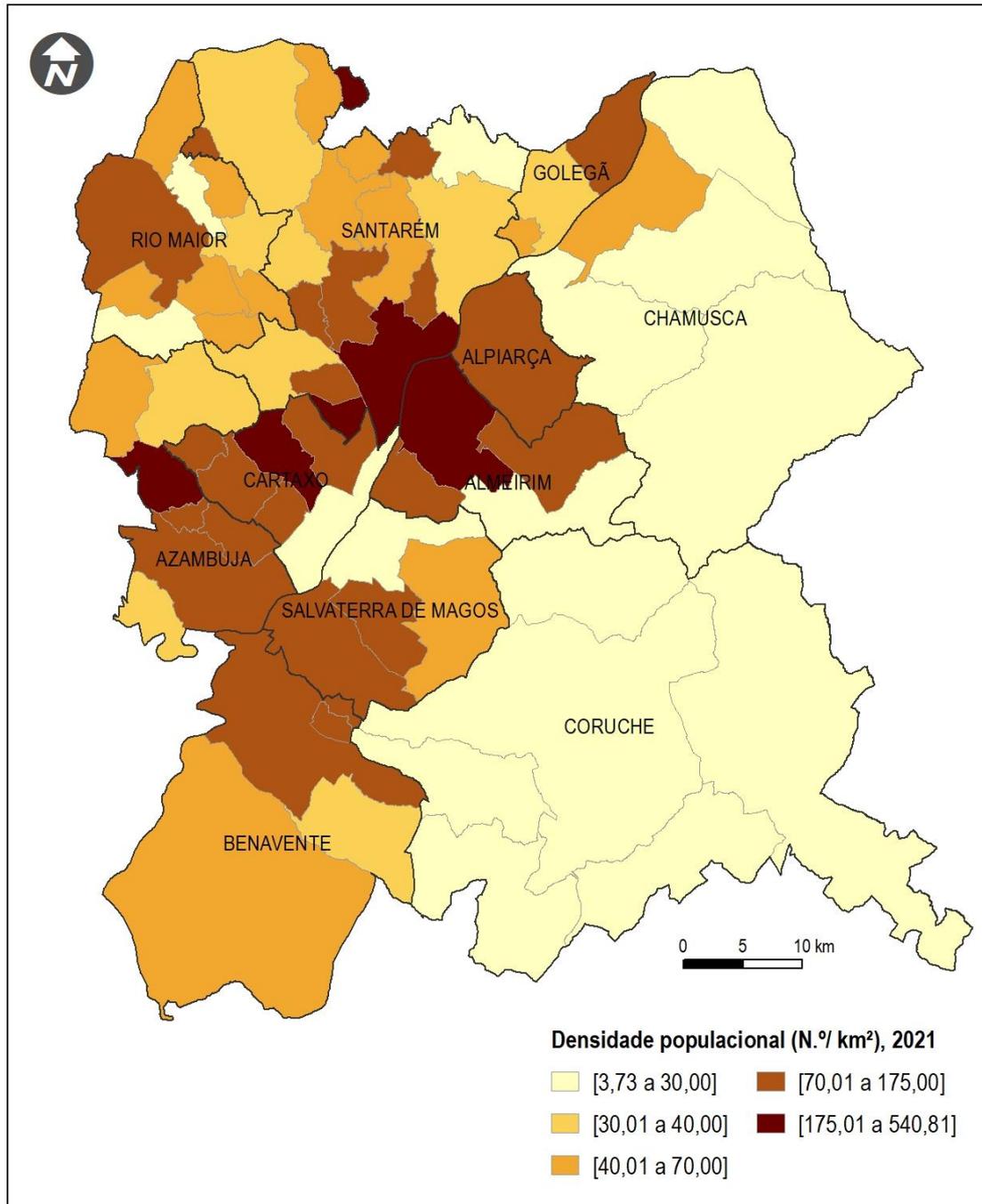
Fonte: INE, 2011 e 2021

As densidades populacionais apresentam alguma heterogeneidade, registando-se uma assinalável amplitude entre a mínima de 11,4 hab/km<sup>2</sup> na Chamusca (com Coruche a registar uma densidade populacional relativamente próxima de 15,6 hab/km<sup>2</sup>) e a mais elevada,

verificada no Cartaxo (146,6 hab/km<sup>2</sup>). Apenas um outro concelho supera os 100 hab/km<sup>2</sup> (Santarém 106,2 hab/km<sup>2</sup>), embora Almeirim se encontre bastante próximo (99,1 hab/km<sup>2</sup>). Nos restantes a distribuição da população é relativamente homogénea: Benavente 57 hab/km<sup>2</sup>, Golegã 64 hab/km<sup>2</sup>, Alpiarça 73,2 hab/km<sup>2</sup>, Rio Maior 77 hab/km<sup>2</sup>, Azambuja 81,2 hab/km<sup>2</sup> e Salvaterra de Magos 88,6 hab/km<sup>2</sup>.

Uma leitura à escala das freguesias permite identificar maiores contrastes na distribuição da população, com algumas a registarem elevadas concentrações populacionais, em particular, no Cartaxo (União das freguesias do Cartaxo e Vale da Pinta 435,76 hab/km<sup>2</sup>) e em Santarém (União das freguesias da cidade de Santarém, 540,81 hab/km<sup>2</sup>).

Figura 2. Densidade populacional por freguesia, nos concelhos da Lezíria do Tejo, em 2021 (hab./ km<sup>2</sup>)



Fonte: INE, 2011. Cálculos Equipa Técnica, 2022

### Estrutura etária da população caracterizada pelo fenómeno do envelhecimento demográfico

Em 2019, estima-se que a Lezíria do Tejo acompanhasse as tendências observadas no país em matéria de taxa de crescimento natural e de taxa de crescimento migratório, embora superando-as. A taxa de crescimento natural da população foi negativa (-0,6% na Lezíria do Tejo e -0,3% em Portugal) e a taxa de crescimento migratório foi positiva (0,8% na Lezíria do Tejo e 0,4% em Portugal). A conjugação destes fatores reforça a importância dos movimentos migratórios na Região, sem os quais o decréscimo de residentes seria ainda mais acentuado.

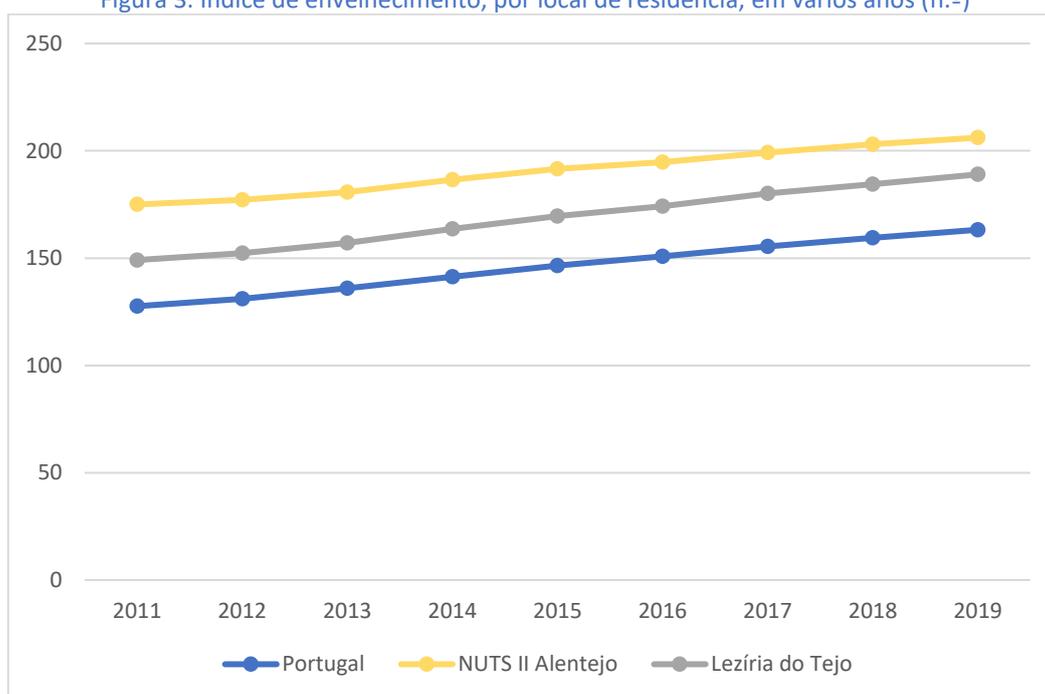
Com a taxa bruta de natalidade a decrescer nos anos mais recentes (de 8,3 ‰ para 7,5 ‰, entre 2011 e 2019) e a esperança de vida à nascença a situar-se próxima dos 80 anos de idade, no período 2011-2013 (79,4 anos), a Lezíria do Tejo apresenta uma população envelhecida, sendo este um desafio crítico e complexo.

Em 2021, a população jovem era bastante inferior à população idosa, correspondendo o grupo das crianças e jovens até aos 14 anos de idade a 13% dos residentes, enquanto a população com idade  $\geq 65$  anos representava mais de um quarto da população (26%). Esta tendência de envelhecimento regista um agravamento considerável relativamente a 2011, quando os jovens correspondiam a 14,7% da população e os idosos a 22%.

Embora comum a toda a sub-região, este acréscimo de população idosa, em 2021, tem a maior incidência no concelho de Coruche (33,2% dos residentes), contrastando com o município de Benavente que apresenta o valor mais baixo (19,7%).

Esta dinâmica populacional era já expectável, uma vez que, nos últimos anos, o índice de envelhecimento demográfico se acentuou, de 149,1, em 2011, para 189, em 2019, demonstrando uma trajetória de crescimento ininterrupta, mais significativa do que a observada na NUTS II Alentejo (175, em 2011 e 206,1, em 2019) e no país (127,6, em 2011 e 163,2, em 2019), ainda que registando um índice inferior ao do Alentejo.

Figura 3. Índice de envelhecimento, por local de residência, em vários anos (n.º)



Fonte: INE, vários anos

Esta é uma realidade que acaba por se fazer sentir em múltiplos indicadores, com particular destaque para o índice de dependência total, que cresceu na Lezíria do Tejo de 57,6, em 2011, para 58,8, em 2019, com uma trajetória evolutiva que o aproxima mais da situação mais desfavorável da NUTS II Alentejo (de 59,6, em 2011, para 61,2, em 2019), do que por exemplo, da situação nacional, que registou 51,4, em 2011 e 55,6, em 2019.

## 3.2. Determinantes de Saúde

O estado de saúde da população resulta da combinação de fatores diversos, nomeadamente genéticos, fisiológicos, ambientais e comportamentais. Também conhecidas por determinantes de saúde, assumem particular relevância as que resultam do ambiente físico e social em que os indivíduos se inserem. Estas últimas são consideradas particularmente relevantes num quadro de promoção de saúde, uma vez que configuram as determinantes em que as políticas públicas de saúde mais facilmente poderão intervir, educando e conferindo às populações a capacidade de exercer uma maior intervenção e controlo sobre a sua própria saúde.

É apresentada, seguidamente, uma análise das principais determinantes socioeconómicas e ambientais na Lezíria do Tejo passível de estruturar um retrato dos fatores e condições com influência no estado geral da saúde da população residente.

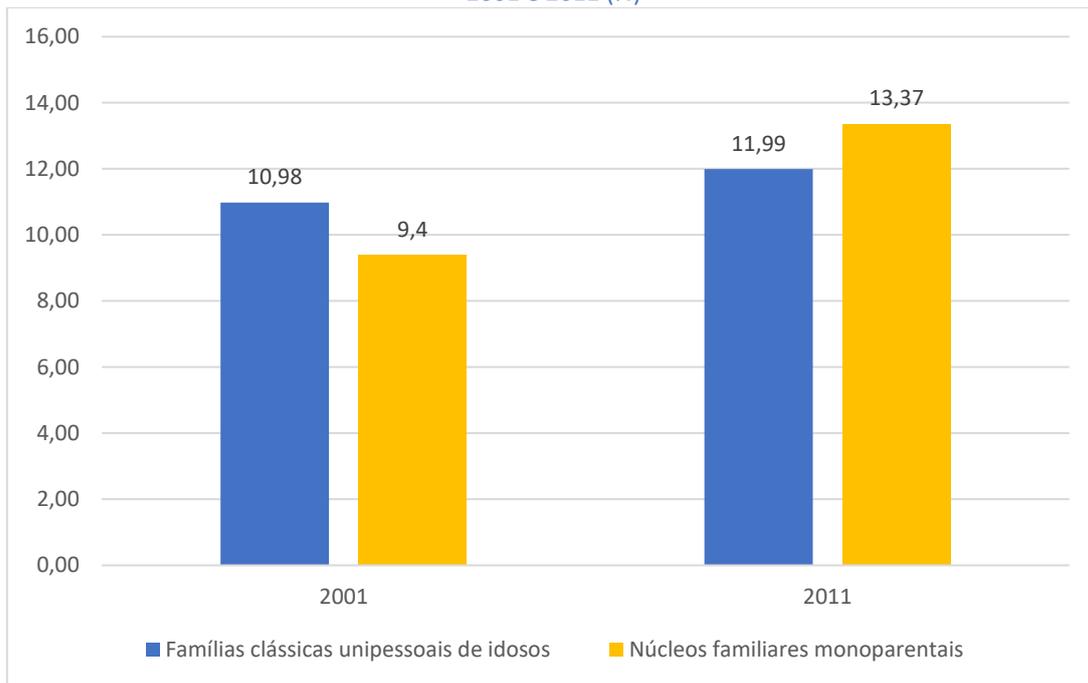
### 1 Determinantes Socioeconómicas

**Nos fatores composicionais do contexto familiar, os idosos isolados e a monoparentalidade representam grupos vulneráveis em crescimento**

As determinantes socioeconómicas são múltiplas e influenciam o estado de saúde das populações. Desde logo, a pobreza e a exclusão social representam fatores muito significativos que têm vindo a registar crescente complexidade nos anos mais recentes. E embora não se tendo verificado alterações muito significativas na dimensão média das famílias, regista-se uma ténue oscilação negativa, de 2,6 para 2,5 indivíduos por família, entre 2001 e 2011 na Lezíria do Tejo. O número de idosos, que integra muitas vezes grupos desfavorecidos associados aos baixos rendimentos, aumentou nos anos mais recentes (9,1%, em 1991, 11%, em 2001 e 12%, em 2011), não superando a incidência do fenómeno no Alentejo (13,5%), mas com relativa preponderância sobre a situação nacional (10%).

Entre os fatores composicionais no contexto familiar, assumem ainda expressão as famílias monoparentais, associadas em geral a uma maior exclusão social, na medida em que os menores rendimentos económicos associados, que muitas vezes traduzem situações efetivas de pobreza, acabam por se traduzir em maiores desigualdades em saúde, quer no acesso, quer no nível de cuidados múltiplos, como por exemplo, na alimentação, na habitação e numa maior privação em geral. O fenómeno da monoparentalidade cresceu na Região, passando de 9,4% dos agregados familiares, em 2001, para 13,4%, em 2011, uma incidência ligeiramente superior à da NUTS II (13,2%) e inferior à do país (14,9%).

Figura 4. Evolução das famílias unipessoais idosas e das famílias monoparentais na Lezíria do Tejo, entre 2001 e 2011 (%)



Fonte: INE, 2001 e 2011

#### A persistência de níveis de escolaridade moderados é comprometedora de potenciais ganhos em saúde e controlo de maiores desigualdades em saúde

A escolaridade constitui um dos atributos individuais mais relevantes nas determinantes socioeconómicas, na medida em que a maior disponibilidade de informação, conhecimento e rendimento associado potencia o acesso a diferentes estilos de vida e promove a prática de comportamentos saudáveis e o acesso a cuidados de saúde de melhor qualidade, com impacte muito significativo na promoção da saúde e na prevenção da doença. Desiguais níveis de instrução estão fortemente associados a assimetrias no estado de saúde, com a população com menores níveis de escolaridade a apresentar maior propensão para sofrerem de doenças crónicas, problemas de saúde mental, hipertensão arterial, obesidade ou diabetes.

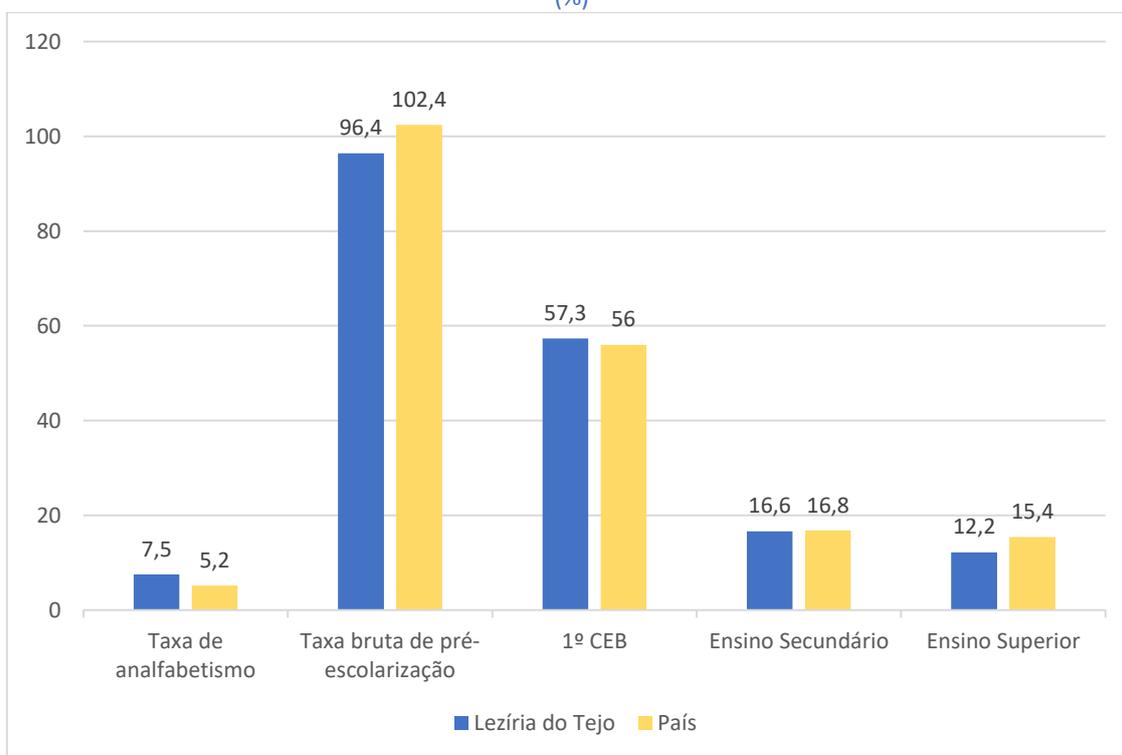
A ampla consciencialização social e política do papel da escola tem motivado grandes investimentos no setor, no período democrático pós-25 de abril de 1974, à escala nacional, indissociável de melhorias muito expressivas nos níveis de instrução da população nos anos mais recentes, evidenciados no país e na Lezíria do Tejo.

Não obstante os progressos verificados, em 2011, a taxa de analfabetismo era de 7,5%, superior à nacional (5,2%), uma condicionante particularmente severa pelos impactes múltiplos que o analfabetismo representa em matéria de saúde. No extremo oposto, a análise da população residente com ensino superior, embora acompanhando os valores nacionais de crescimento (15,4%), apresenta-se inferior na Lezíria do Tejo (12,2%).

Estes dados, articulados com o facto de aproximadamente 60% da população residente ter atingido apenas um dos três níveis que compõem o ensino básico (57,3%, face a 56% no país), é revelador da persistência de níveis de escolaridade reduzidos, o que pode comprometer o alcance de alguns resultados em saúde. No âmbito da população residente que atingiu o ensino secundário, observa-se um paralelismo com a estrutura de escolaridade da população portuguesa (16,6% e 16,8%, respetivamente).

A taxa bruta de pré-escolarização na Lezíria do Tejo tem registado uma trajetória significativa nos anos mais recentes. No ano letivo 2003/2004, situava-se nos 82,7%, enquanto em 2011/2012 era de 95,7%, ultrapassando os 100% no ano letivo 2018/2019, com 102,4% de crianças inscritas na educação pré-escolar face à população residente com idade entre 3 a 5 anos, o que configura uma trajetória mais positiva do que a nacional (77,9%, 90,9% e 96,4%, respetivamente). Embora não existindo uma relação direta significativa, no curto prazo, dos benefícios para a criança em matéria de saúde decorrente da frequência do ensino pré-escolar, verificar-se-á a médio e longo prazo, a taxa bruta de pré-escolarização encontra-se fortemente articulada com as características socioeconómicas das famílias, refletindo uma valorização precoce da educação, em detrimento de opções mais tradicionais, muitas vezes assentes em redes de suporte familiar ou serviços informais, como é o caso das amas sem formação específica, ou até sem autorização para o exercício da atividade.

Figura 5. População residente segundo o nível de escolaridade atingido, por local de residência, em 2011 (%)



Fonte: INE, 2011

Por conseguinte, a estrutura dos níveis de escolaridade da população residente na Região decalca, genericamente, a estrutura observada na população portuguesa, com a persistência de níveis de escolaridade moderados a comprometer potenciais ganhos em saúde e a constância de assimetrias consideráveis nos níveis de escolaridade a motivar maiores desigualdades em saúde.

Região acompanha a tendência nacional de aumento do desemprego, impulsionado pela pandemia COVID-19

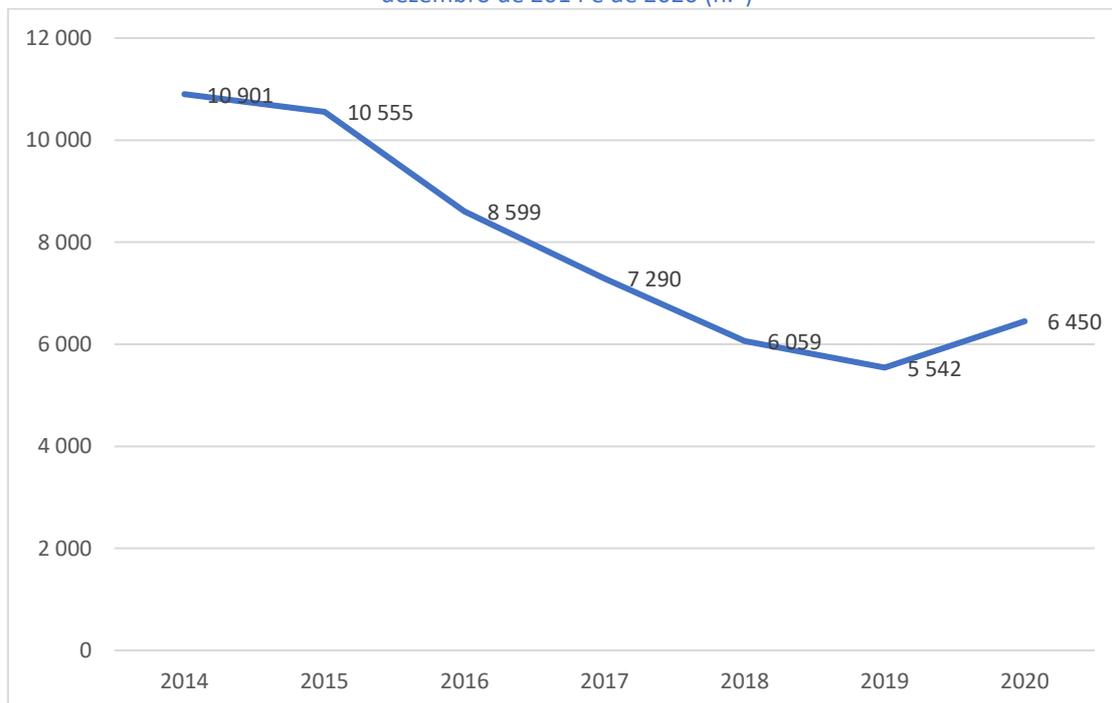
O emprego encontra-se entre as principais determinantes socioeconómicas da saúde, na medida em que condiciona amplamente os rendimentos disponíveis e subsequentemente os

comportamentos para a saúde que são adotados, mas também pelos efeitos que a inserção/exclusão do mercado de trabalho representa em termos de saúde física e mental.

A crise económica e financeira de 2008 que atingiu o país, reflexo também da grave crise internacional, conduziu a um crescimento exponencial da taxa de desemprego em Portugal (13,2%, em 2011), com reflexos na generalidade das regiões, situando-se na Lezíria do Tejo, nos 12,7%, o que faz aumentar as situações de pobreza.

Uma análise da evolução do número de pessoas desempregadas registadas nos centros de emprego, de acordo com o IEFP, indica que, em dezembro de 2014, um total de 10.901 indivíduos encontravam-se nesta situação na Lezíria do Tejo. Desde então, observou-se uma redução significativa e paulatina deste fenómeno, impulsionado pelo período de recuperação económica e forte crescimento do turismo, nomeadamente a partir de 2016 (entre 2014 e 2016, verificou-se uma variação de -21% do número de desempregados), cuja tendência regressiva se manteve até 2018, ano em que se registou o menor número de desempregados inscritos (5.542 e uma taxa de variação de -49%, entre 2014 e 2019). Situação esta que viria a inverter-se em 2020, na sequência da atual crise pandémica motivada pela COVID-19, que conduziu a um novo ciclo de agravamento do desemprego que, em dezembro desse ano, atingia os 6.450 indivíduos na região e representava uma taxa de crescimento de 16% face ao mês homólogo de 2019, ainda que contida face às medidas excecionais e temporárias na sequência da pandemia.

Figura 6. População residente desempregada inscrita nos centros de emprego na Lezíria do Tejo, entre dezembro de 2014 e de 2020 (n.º)

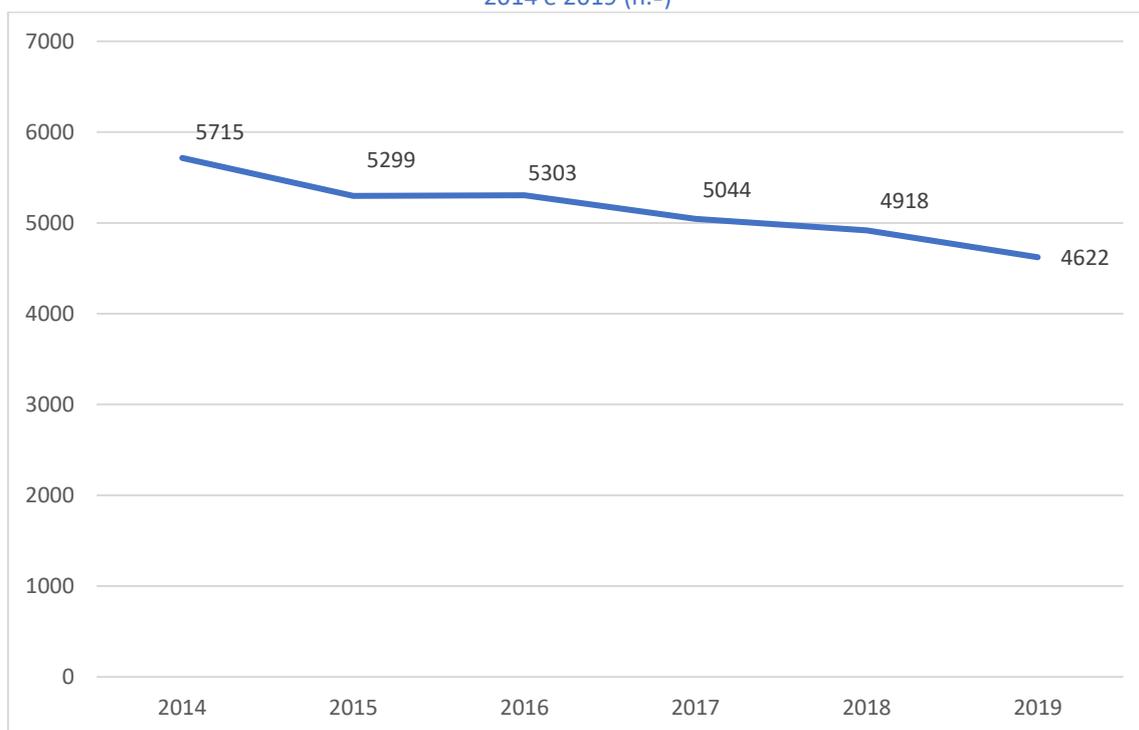


Fonte: IEFP, 2014 a 2020

O rendimento representa outra dimensão da maior importância no âmbito das determinantes socioeconómicas. Em 2018, o ganho médio mensal de um trabalhador por conta de outrem a tempo completo e com remuneração completa era de 1.016€ na Lezíria do Tejo e, portanto, inferior ao observado em termos nacionais (1.167€).

Ainda neste contexto, a população beneficiária do Rendimento Social de Inserção (RSI) representa um grupo particularmente vulnerável, em consequência dos baixos rendimentos, por vezes, de forma bastante prolongada, mas também pela exclusão associada relativamente a determinados bens e serviços, entre os quais na área da saúde, exclusão que não depende apenas do rendimento.

Figura 7. Beneficiários do rendimento social de inserção, da segurança social, na Lezíria do Tejo, entre 2014 e 2019 (n.º)



Fonte: INE, vários anos

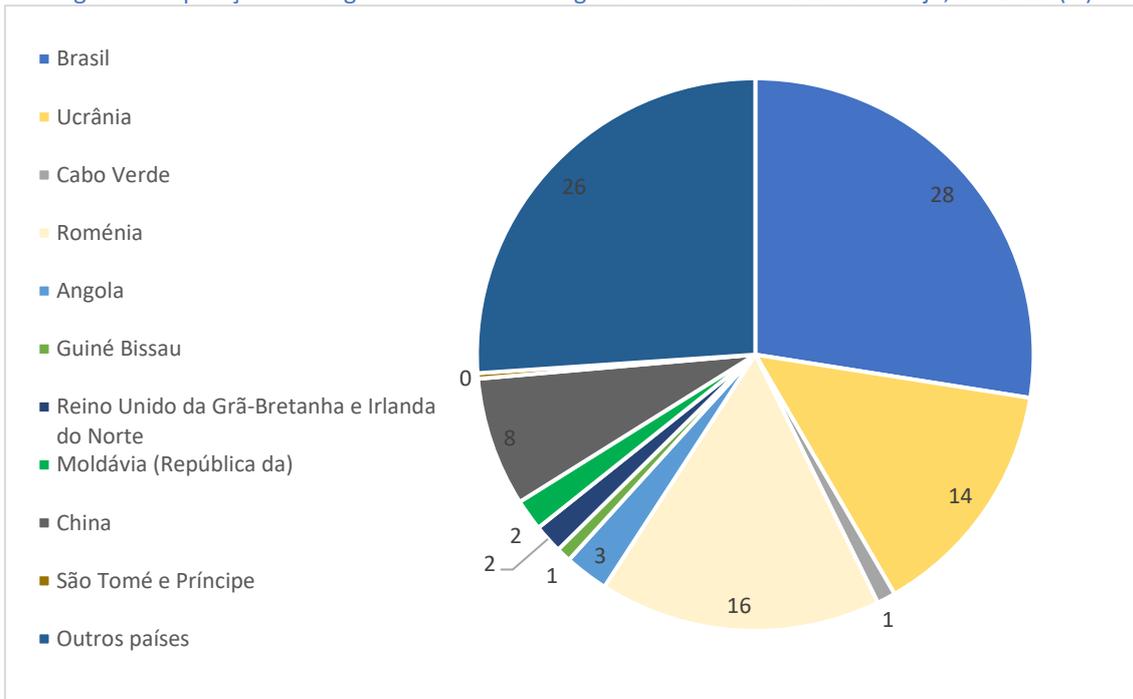
A Lezíria do Tejo tem registado uma polarização de população estrangeira, a qual representa um grupo particularmente vulnerável

A população imigrante, ainda que constituindo um grupo bastante heterogéneo no que se refere às suas características sociais económicas e culturais, é geralmente entendida como particularmente vulnerável no acesso à saúde, na medida em que se confronta com múltiplas barreiras que limitam ou dificultam o acesso aos equipamentos e serviços de saúde, mas também em termos de adoção de comportamentos saudáveis. O não domínio da língua portuguesa, a maior incidência de situações de precariedade laboral, os menores rendimentos, ou o desconhecimento dos respetivos deveres e direitos representam barreiras que comprometem globalmente o estado de saúde da população imigrante.

Em 2019, residiam 9.271 estrangeiros com estatuto legal de residente na Lezíria do Tejo, o que representava um crescimento de 16% face a 2014 (7.965). Esta situação reflete os novos e recentes padrões espaciais da imigração em Portugal, de uma fase de forte polarização urbano-metropolitana dos fluxos migratórios, para uma fase de centrifugação dos movimentos migratórios em direção a cidades médias e áreas rurais. Acompanhando as oportunidades de emprego criadas pela dinâmica de modernização e crescimento de algumas cidades médias, como Santarém, pela necessidades de trabalhadores para alguns ramos da agricultura, em

regiões onde a oferta de mão-de-obra nacional é manifestamente insuficiente como é o caso do Ribatejo, dada a conjugação dos fenómenos de envelhecimento demográfico, de deslocação de ativos jovens para profissões mais bem remuneradas ou socialmente mais valorizadas, ao mesmo tempo que alguns setores que tradicionalmente absorviam muita mão-de-obra imigrante, como a construção civil e o comércio e a restauração, registaram uma contração na sequência da crise económica e financeira iniciada em 2008.

Figura 8. População estrangeira com estatuto legal de residente na Lezíria do Tejo, em 2019 (%)



Fonte: INE, 2019

As nacionalidades mais expressivas, em 2019, eram originárias de Países de Língua Portuguesa (32%), com uma forte relevância da comunidade brasileira, que representava 85% deste grupo (2.550 indivíduos) e os oriundos dos países do Leste Europeu, que constituíam igualmente 32% dos estrangeiros, em particular da Roménia (1.518 indivíduos) e da Ucrânia (1.313 indivíduos). De notar ainda a expressão dos fluxos migratórios asiáticos, nomeadamente da China, contabilizando-se 700 indivíduos.

Amplamente conhecidos os benefícios da integração da população estrangeira na sociedade de acolhimento, estes tornam-se tanto mais significativos em matéria de saúde, cuja omissão apresenta custos particularmente elevados.

## 2 Determinantes Ambientais

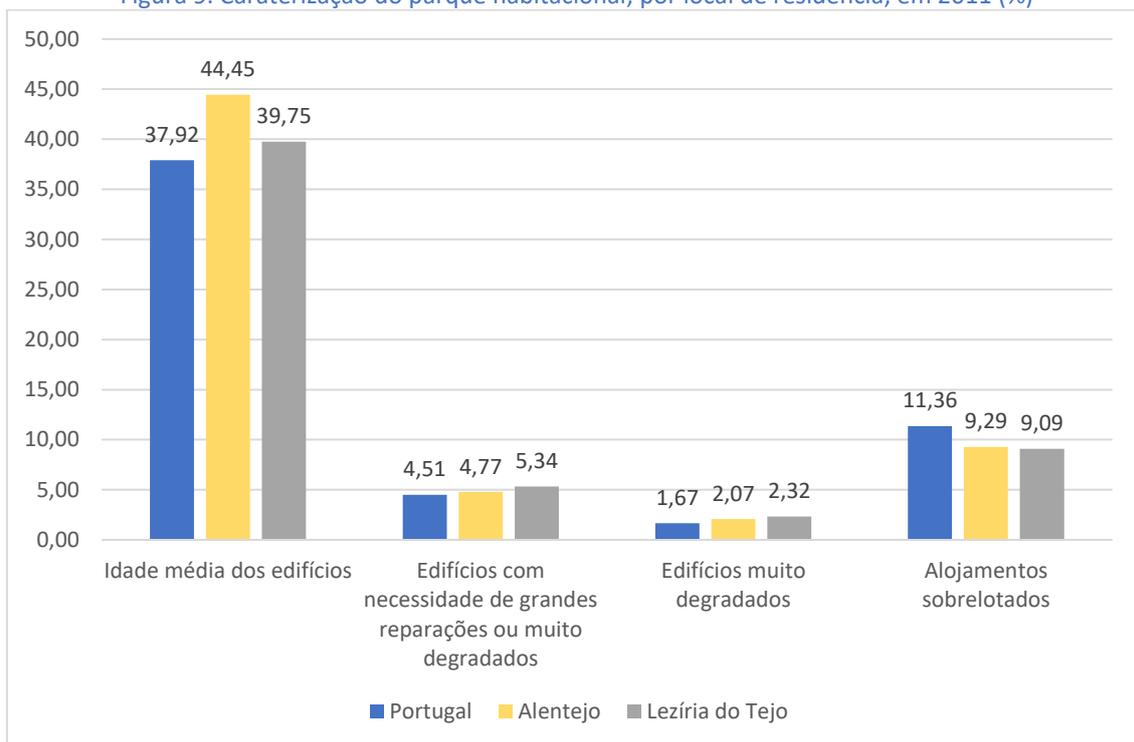
O parque habitacional apresenta-se envelhecido e regista fragilidades não negligenciáveis, sintomáticas da privação material em que vivem alguns residentes

Entre as determinantes ambientais, assumem a maior relevância as características das habitações. Constituindo fator de risco para a saúde o estado das habitações, importa salientar

que na Lezíria do Tejo, a idade média dos edifícios é de aproximadamente quarenta anos (39,8 anos), acompanhando assim, o padrão regional e nacional (44,5 anos no Alentejo e 38 anos no país), em 2011.

O estado global de conservação do parque edificado apresenta-se numa situação mais desfavorável (com 5,3% de edifícios com necessidade de grandes reparações ou muito degradados, sendo que 2,3% se encontram efetivamente muito degradados), comparativamente com a situação observada quer no Alentejo (4,8% e 2,1%), quer em Portugal (4,4% e 1,7% respetivamente).

Figura 9. Caracterização do parque habitacional, por local de residência, em 2011 (%)



Fonte: INE, 2019

Um total de 9,1% dos alojamentos encontravam-se em situação de sobrelotação em 2011, o que traduz uma privação de alguns residentes em usufruírem das devidas condições de alojamento.

De salientar, no entanto, que a proporção de alojamentos servidos por abastecimento de água melhorou consideravelmente nos anos mais recentes, tendo passado de 94%, em 2011, para 97%, em 2019, uma trajetória que permite um posicionamento mais favorável do que o do Alentejo (92%) ou Portugal continental (96%). No que se refere à proporção de alojamentos servidos por drenagem de águas residuais, constata-se que a Lezíria do Tejo registou progressos entre 2011 e 2019 (de 62% para 78%).

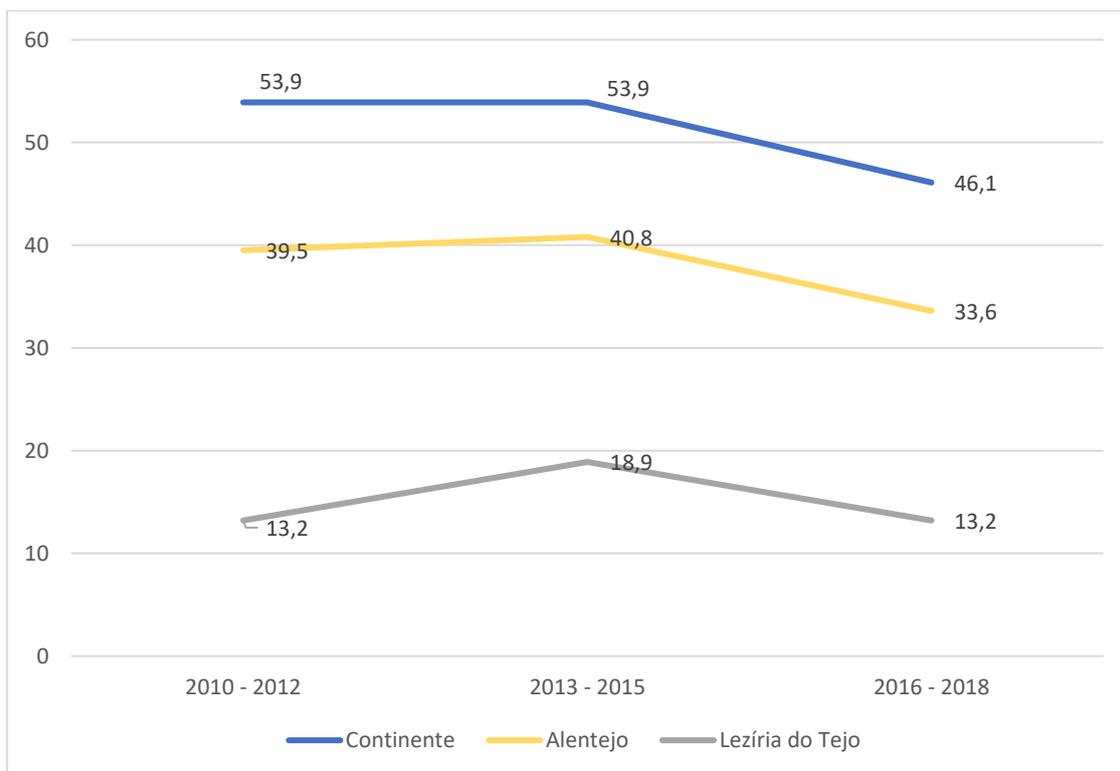
As preocupações com a qualidade dos ecossistemas e dos recursos naturais, pelos seus efeitos na saúde e na sua sustentabilidade futura, tem motivado investimentos consideráveis

De igual modo, as características dos lugares apresentam-se cada vez mais impactantes na qualidade da saúde dos indivíduos, determinantes de saúde que ganham atualmente maior significado, atendendo às crescentes preocupações com os efeitos das alterações climáticas, em particular com a progressiva escassez de precipitação e aumento da frequência e severidade das secas meteorológicas na Lezíria do Tejo. Acresce o facto de a água ser um recurso limitado e essencial à vida, ao equilíbrio e à sustentabilidade dos ecossistemas locais e para a saúde das populações, cuja qualidade pode ser afetada pelas atividades económicas e, em particular, por alguns setores mais intensivos no consumo de recursos hídricos.

Assim, ao nível dos recursos hídricos registaram-se, ao longo dos anos mais recentes, alguns investimentos, refletindo-se na proporção de água segura, de 87,7%, em 2004, para 98,5%, em 2011, situando-se nos 99,3%, em 2019, configurando uma situação mais satisfatória do que a apresentada pelo Alentejo e pelo país (98,7%, em 2019).

Em matéria de qualidade das águas para consumo humano, importa salientar que a Lezíria do Tejo não apresentou análises em falta, quer em 2014, quer em 2019. No entanto, é observada uma situação menos favorável no que se refere às massas de água com bom estado/potencial ecológico face aos contextos regional e nacional.

Figura 10. Massas de água com bom estado/potencial ecológico, por local de residência, em 2011 (%)

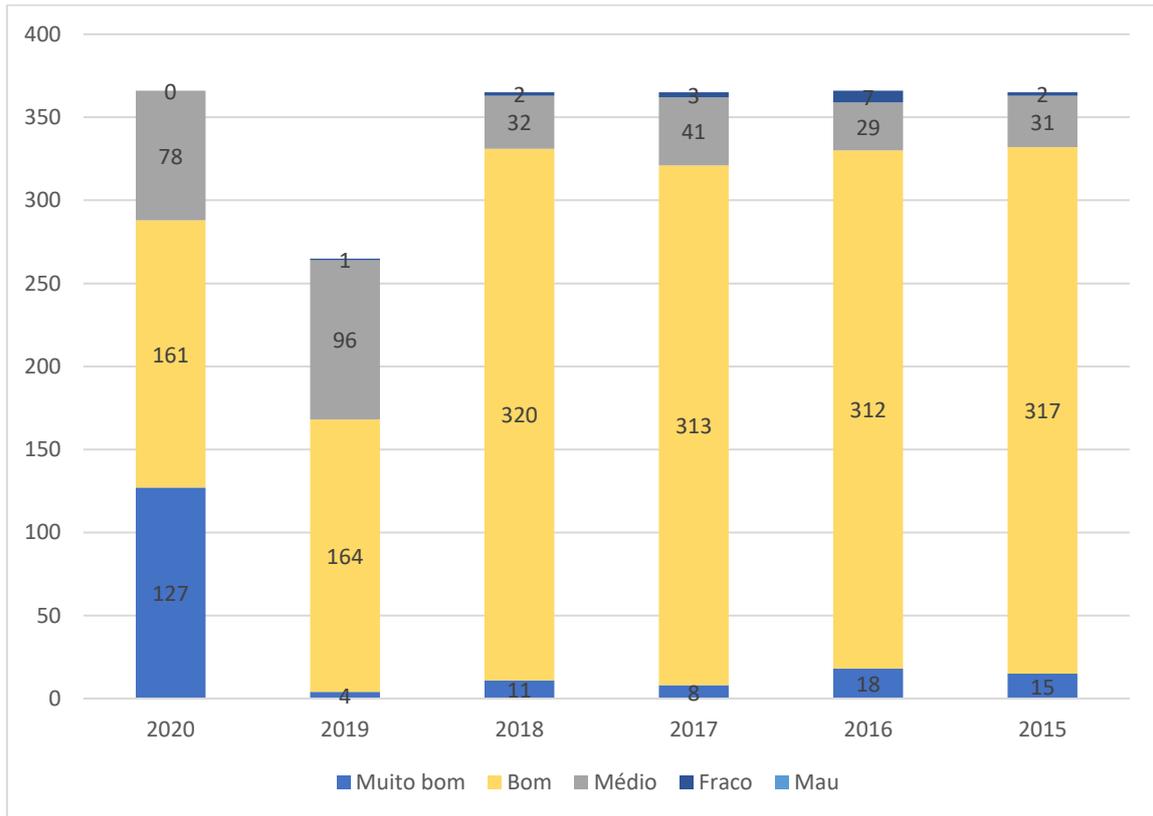


Fonte: INE, vários anos

A qualidade do ar assume elevada importância na saúde humana, encontrando-se, desde logo, amplamente associada a problemas respiratórios.

Considerando os dados da qualidade do ar para a zona Oeste, Vale do Tejo e Península de Setúbal, em que a Lezíria do Tejo se insere, no quinquénio 2015-2020, verifica-se a ausência de dias considerados “maus” e uma supressão dos dias de qualidade do ar “fraca”. Todavia, quanto aos dias classificados com “muito bom”, embora tendo crescido substancialmente, de 15, em 2015, para 127 dias, em 2020, a agregação das melhores classes (“muito bom” e “bom”) é revelador de uma diminuição, de 332, em 2015, para 288, em 2020.

Figura 11. Evolução da qualidade do ar na zona Oeste, Vale do Tejo e Península de Setúbal, por ano, entre 2015 e 2020 (n.º de dias)



Fonte: Agência Portuguesa do Ambiente, QualAr – Qualidade do Ar, vários anos

As preocupações com a preservação do ambiente e a sustentabilidade dos recursos naturais locais é evidenciada através de diversos fatores, tais como o crescimento das estações de tratamento de águas residuais que, de 71, em 2011, passaram para 88, em 2019; também no acréscimo de resíduos urbanos recolhidos seletivamente, de 6% para 14%, em igual período ou ainda na própria proporção de resíduos urbanos preparados para reutilização e reciclagem, que na Lezíria do Tejo registou um crescimento considerável (9,7%, em 2012, face a 70,3%, em 2019).

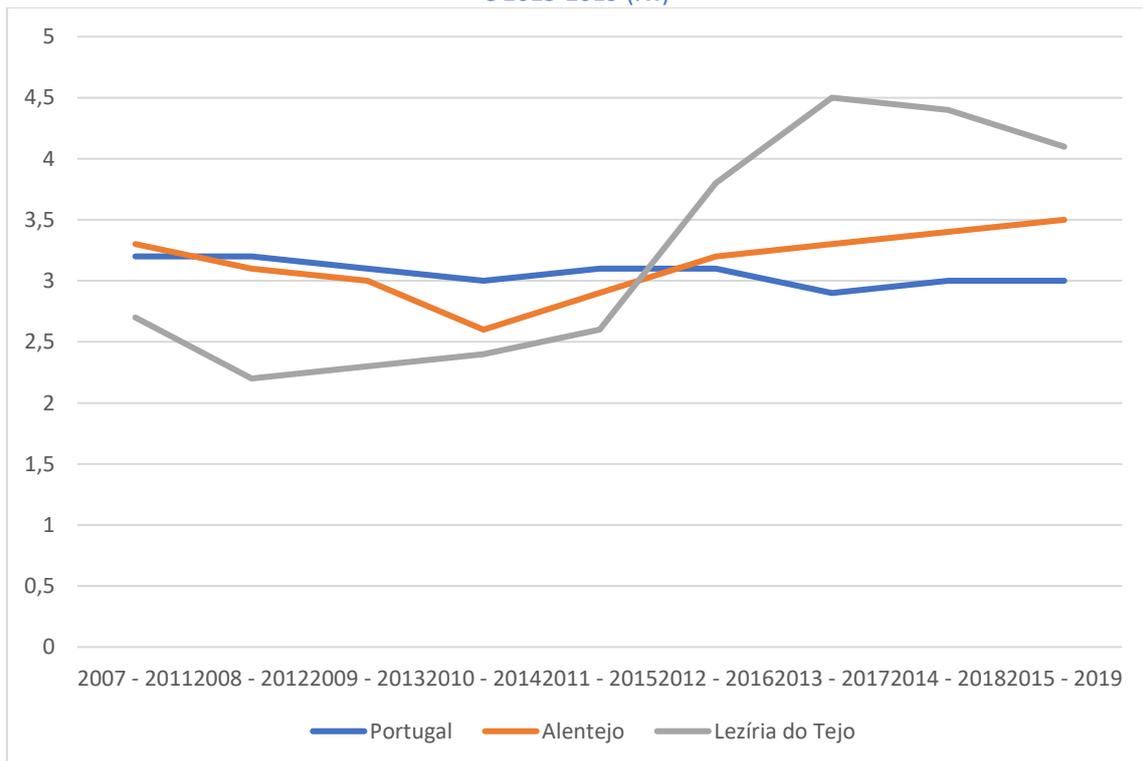
### 3.3. Estado de Saúde

Observou-se, nos anos mais recentes, um aumento da taxa de mortalidade infantil, interrompendo decénios de progressos neste domínio

A taxa de mortalidade infantil oferece um importante retrato sobre o desenvolvimento das sociedades e países, na medida em que agrega em si mesmo os progressos realizados em múltiplos domínios, tais como na alimentação, na habitação, na instrução da população, mas também no que respeita à prestação de cuidados de saúde maternos, de vacinação, para a primeira infância, entre outros.

Ao longo das últimas décadas, o país registou um importante recuo da taxa de mortalidade infantil. Todavia, nos anos mais recentes, a taxa quinquenal de mortalidade infantil revelou um ligeiro aumento na Lezíria do Tejo, tendo passado de 2,7‰ óbitos antes do primeiro ano de idade, entre 2007 e 2011, para 4,1‰, entre 2015-2019, aumento também verificado no Alentejo (de 3,3‰ para 3,5‰), ainda que não confirmado pela dinâmica nacional (descida de 3,2‰, para 3,0‰).

Figura 12. Taxa quinquenal de mortalidade infantil, por local de residência, entre os períodos 2007-2011 e 2015-2019 (‰)



Fonte: INE, vários anos

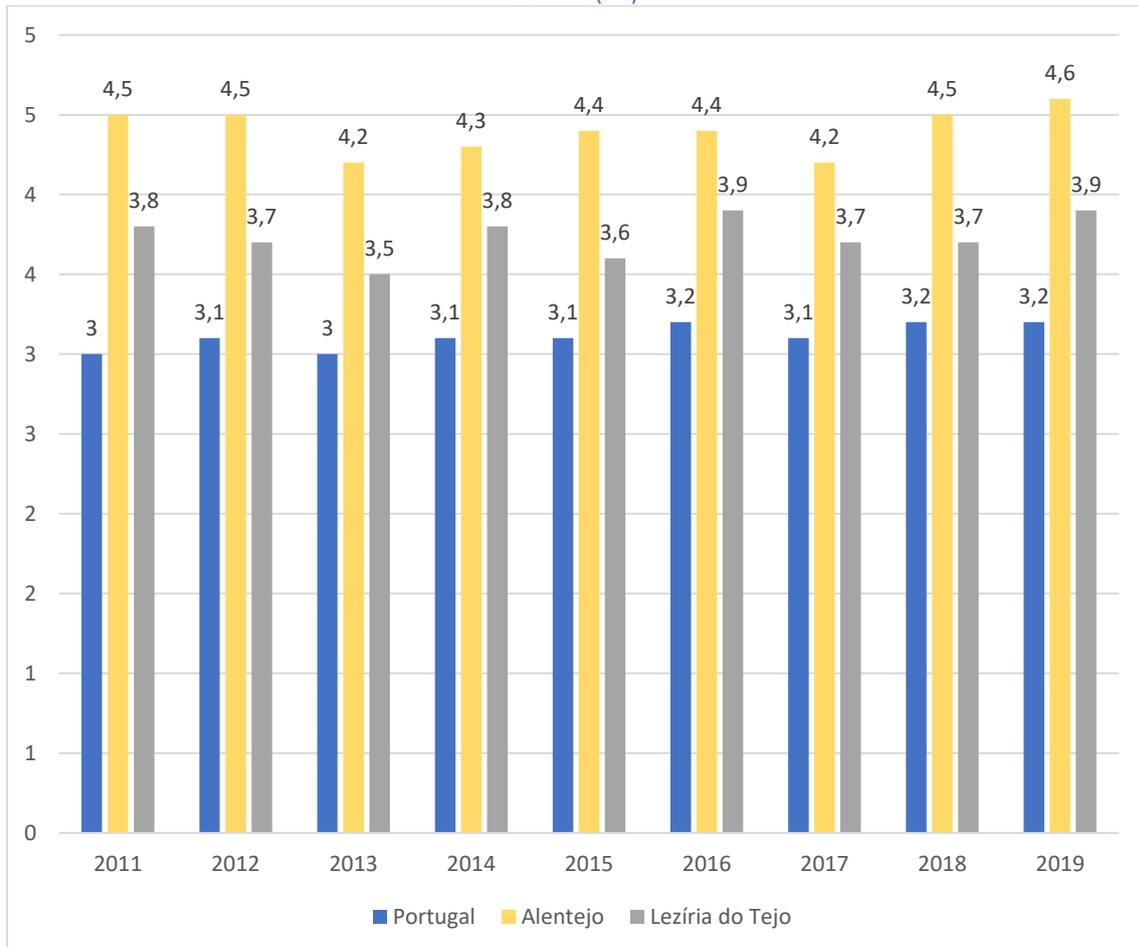
Não se tendo ainda identificado especificamente as causas explicativas para a inversão de uma tendência consolidada, até pelo facto de se tratar de oscilações muito reduzidas, a mudança no padrão da gravidez é apontada como o principal fator. Por conseguinte, aspetos como o adiamento da maternidade e o aumento do recurso a cesarianas nos partos são apontados como as principais causas.

### Doenças do aparelho circulatório continuam a representar a principal causa de morte

De acordo com a lista da OCDE, o número médio de anos potenciais de vida perdidos na Lezíria do Tejo, considerando todas as causas de morte, situa-se em 12,6, em 2019.

Em 2018 e de acordo com o que se observara em anos anteriores, a principal causa de morte eram as doenças do aparelho circulatório (29%). Entre 2011 e 2019, não obstante uma certa flutuação na taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, verificou-se uma certa constância, variando entre um mínimo de 3,5% e 3,9%.

Figura 13. Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, por local de residência, entre 2011 e 2019 (%)



Fonte: INE, vários anos

As doenças oncológicas têm tido um aumento muito significativo entre a população portuguesa, constituindo nos últimos anos a segunda principal causa de morte. Assim, em 2018, os tumores (neoplasmas) eram responsáveis por 23% dos óbitos na Lezíria do Tejo.

Entre 2011 e 2018, a taxa de mortalidade por tumores malignos aumentou ligeiramente, de 2,5%, para 2,9% na Região, acompanhando a tendência de crescimento destas doenças no Alentejo (3% e 3,2%), superando, no entanto, os valores nacionais, ainda que acompanhando o ritmo de crescimento (2,4% e 2,7%).

### 3.4. Utilização dos Serviços de Saúde

Na análise do estado de saúde das populações interferem, para além das determinantes ambientais, socioeconómicas e genéticas, entre outras, a utilização dos cuidados de saúde.

A utilização que os indivíduos fazem dos cuidados de saúde resulta de uma estreita articulação entre diversos fatores, entre os quais a situação epidemiológica existente, o próprio estado de saúde dos indivíduos, a auto percepção da sua saúde e do impacte que a utilização dos cuidados tem na sua qualidade de vida, as múltiplas determinantes de saúde, assim como a própria oferta de cuidados de saúde.

Nos últimos anos, apesar do aumento da utilização dos cuidados de saúde e da melhoria da qualidade dessa utilização, persistem diferenças que importa identificar, essenciais para a promoção de uma maior e mais transversal utilização dos cuidados de saúde na população e ponderação de medidas de discriminação positiva, nomeadamente, no âmbito de certos cuidados preventivos.

#### 1 Utilização dos cuidados de saúde primários

Com o aumento da esperança média de vida, acentuam-se as discrepâncias com base no género no que se refere às classes de utilizadores frequentes de cuidados de saúde primários

Em março de 2021, encontravam-se inscritos 249.841 utentes nas diversas unidades funcionais dos cuidados de saúde primários da Lezíria do Tejo. Tal indicava, potencialmente, uma total cobertura populacional ao nível destes cuidados de saúde, uma vez que, considerando as estimativas populacionais do INE para 2019, registava-se uma taxa de cobertura de 105% e, atendendo à população residente na Região, em 2011, de 101%.

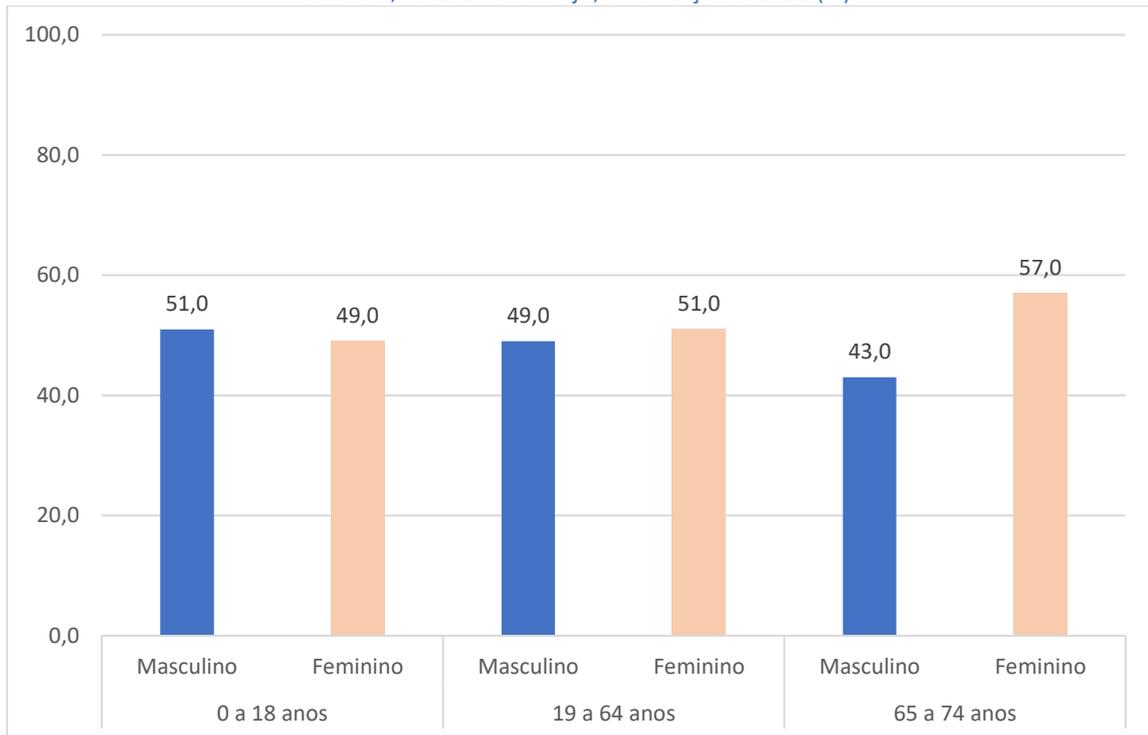
A maioria dos utentes integrava o ACES Lezíria (79%), encontrando-se inscritos no ACES Estuário do Tejo 53.737 utentes (22%). Em termos de unidades funcionais, a maioria da população (66%) integrava Unidades de Saúde Familiares (USF), enquanto as Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e os Centros de Saúde registavam cumulativos de utentes inferiores e relativamente homogéneos (19% e 15%, respetivamente).

Os utentes inscritos não frequentes em termos de utilização destas unidades de cuidados de saúde representavam 7%. As mudanças verificadas nos últimos anos têm possibilitado melhorias significativas em termos de utilização dos cuidados de saúde, verificando-se que a população inscrita com médico de família atribuído atinge os 87%, importando salientar que entre os 13% de utentes desprovidos de médico de família, tal decorre, em algumas situações, da opção do próprio utente.

No que concerne à variável idade, a população em idade ativa é a que assume maior expressão no âmbito dos utilizadores frequentes (58%), a que se associa o facto de se tratar do grupo etário de maior dimensão. A estes, segue-se o grupo da população idosa, correspondente a 25% dos utilizadores frequentes das unidades de cuidados de saúde primários. Ao envelhecimento da população, associam-se as doenças crónicas, assim como comorbilidades, incapacidade e perda de autonomia, o que faz aumentar a necessidade de utilização de cuidados de saúde. A população jovem (< 18 anos) é a classe de utilizador que assume menor relevância (17%), beneficiando em geral de melhores estados globais de saúde.

Ainda que na generalidade dos utentes frequentes dos cuidados de saúde primários não se observem discrepâncias significativas com base no sexo, assim como na classe da população jovem e da população em idade ativa, o mesmo não se verifica no que se refere à população idosa. Efetivamente uma das características do grupo etário com idade  $\geq 65$  anos em termos de utilização deste nível de cuidados de saúde é o desequilíbrio com base no sexo, com as mulheres a constituírem os utilizadores mais frequentes (57%, face a 43%).

Figura 14. Utente frequente das unidades funcionais dos cuidados de saúde primários, segundo a idade e o sexo, na Lezíria do Tejo, em março de 2021 (%)



Fonte: ACES Lezíria e no ACES Estuário do Tejo, março de 2021

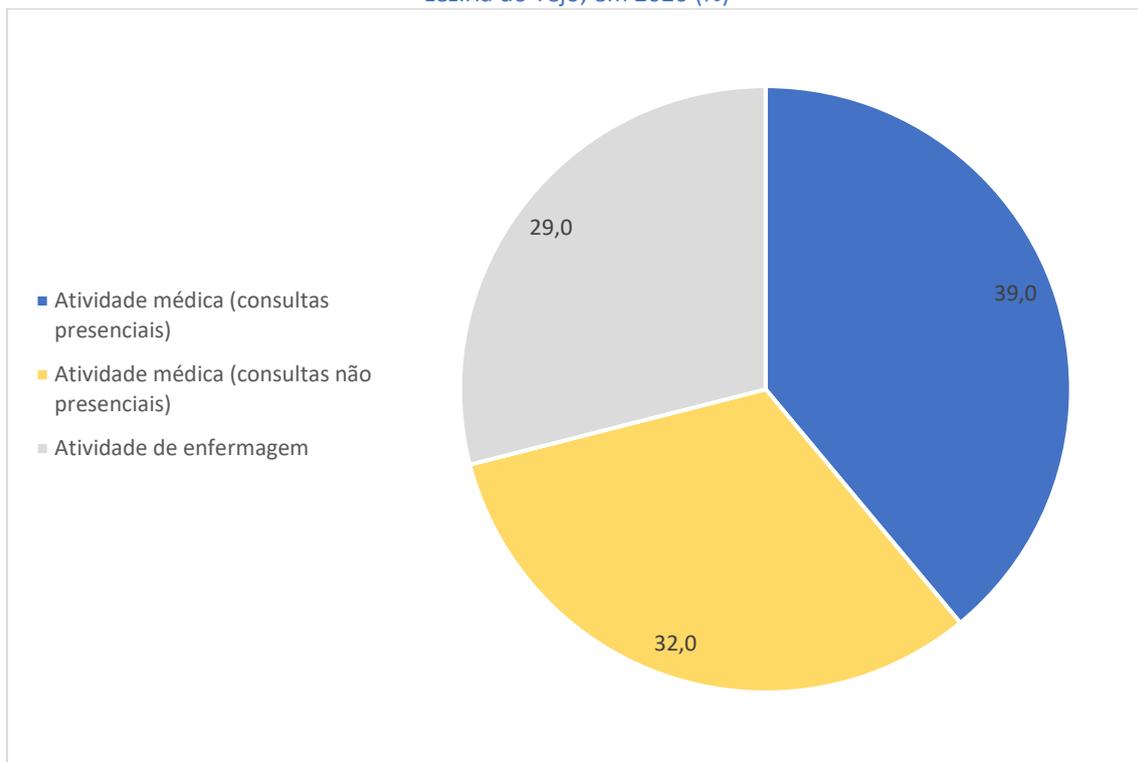
### Elevada utilização dos cuidados de saúde primários, seja pelo recurso a atos médicos ou de enfermagem

Os 249.841 utentes inscritos nas unidades dos cuidados de saúde da Lezíria do Tejo geraram um número muito elevado de atos médicos e de enfermagem (1.201.812). Foram registadas 848.984 consultas médicas, o que corresponde a 3,4 consultas por utente e 352.828 atividades de enfermagem, que se traduzem num rácio de 1,4 atos desta natureza por utente inscrito.

A atividade médica é realizada primordialmente por via presencial (55%). A reduzida discrepância observada entre a atividade médica presencial e não presencial, em 2020, foi em muito impulsionada pela atual situação de pandemia COVID-19 não só na Região como no país, em geral. Um contexto que acabou por penalizar amplamente a atividade assistencial presencial e promover uma forte disseminação da telemedicina sem precedentes no SNS, desenvolvida com recurso a vias alternativas, tais como as consultas programadas ou de doença aguda via telefone ou e-mail e as solicitações de telecontato por parte dos utentes, beneficiando de uma ampla generalização e integração de tecnologias de informação e de comunicação na sociedade.

Na maioria das unidades funcionais que integram o ACES Lezíria e o ACES Estuário do Tejo, foram assegurados cuidados ao domicílio (24 unidades asseguraram domicílios de natureza médica e 29 asseguraram domicílios no âmbito da enfermagem). A taxa de domicílios apresenta-se, no entanto, bastante variável entre as diversas unidades funcionais, com as atividades de enfermagem, pela natureza dos cuidados subjacentes, a registarem taxas de domicílio, em geral, mais elevadas, ainda que com acentuada variação entre as diversas unidades de saúde (entre 0,08% e 68,7%). Quanto às atividades médicas, as taxas de domicílio oscilaram entre 0,03% e um máximo de 33,9%.

Figura 15. Atos médicos e de enfermagem nas unidades funcionais dos cuidados de saúde primários, na Lezíria do Tejo, em 2020 (%)



Fonte: ACES Lezíria e no ACES Estuário do Tejo, março de 2021

### 3.5. Cenários Prospetivos da Procura: Projeções Demográficas

#### 1 Modelo de Estimativa Populacional Adotado e Anos-Horizonte

O modelo *cohort - survival* aberto corresponde a um modelo que se baseia na capacidade de sobrevivência de um grupo de indivíduos que sofre o mesmo tipo de acontecimentos demográficos, no decorrer de uma determinada unidade de tempo. O modelo assenta em dois pressupostos de base: i. a existência de um grupo etário e um período de projeção, sendo que este deve corresponder à amplitude do primeiro; ii. a probabilidade que um grupo etário tem, num dado momento, de sobreviver e passar a constituir o grupo etário seguinte, num momento posterior. Neste último, está subjacente uma equação de concordância onde a população final é igual à população inicial, a que se adicionam os nascimentos e as imigrações e se subtraem os

óbitos e as emigrações, traduzindo o efeito do crescimento natural e da variação migratória, na evolução da população, durante um determinado período.

No quadro de elaboração do presente instrumento de planeamento setorial, aplicou-se o modelo com o objetivo de estimar a população residente nos 11 concelhos da Lezíria do Tejo, nos anos de 2021, 2025 e 2031, a partir da evolução demográfica patenteada durante a primeira década do século XXI, a vários níveis: estrutura etária, taxas brutas e específicas de mortalidade e natalidade e saldo migratório.

Com a população residente em 2001, com o saldo fisiológico (crescimento natural) durante o período (2001 a 2010) e com a população recenseada em 2011, foi encontrado o saldo migratório (à população recenseada em 2011, subtraiu-se o saldo fisiológico) e a respetiva taxa. Posteriormente, elaboraram-se as taxas de natalidade específicas ((nados-vivos por grupo etário/população residente por grupo etário) \*Taxa de sobrevivência infantil) e as taxas de sobrevivência associadas a cada grupo etário (1-(óbitos por grupo etário/população residente média do grupo etário na década)). Para se encontrarem as taxas de sobrevivência a aplicar nas décadas de projeção, consideraram-se, igualmente, os nados-vivos registados ao longo da primeira década do século XXI. As taxas de natalidade específicas consideradas para o período em projeção foram as registadas entre 2001 e 2010, aplicando-se, depois, a probabilidade de sobrevivência (1- taxa mortalidade infantil).

As taxas de migração utilizadas na projeção para os anos de 2021, 2025 e 2031 foram as obtidas na década anterior, mas aplicadas à população residente em 2011, pois considerou-se que a tendência se iria manter (partiu-se do pressuposto de que no período de projeção - 2021 a 2031 -, o saldo migratório iria ser semelhante ao observado entre 2001 e 2010).

Neste quadro, a projeção, num cenário tendencial, corresponde à equação de concordância, traduzindo o efeito do crescimento natural e da variação migratória na evolução da população (a população final, em cada um dos concelhos e em cada uma das freguesias, é igual à população inicial, mais os nascimentos e as imigrações, menos os óbitos e as emigrações ocorridos ao longo da década).

Foi igualmente construído um cenário alternativo (expansionista voluntarista), no caso das freguesias sede de concelho e de outras freguesias que, dada a sua maior dinâmica urbana e económica e face à capacidade que alguns aglomerados têm vindo a manifestar de consolidar e reforçar centralidades residenciais e de dinâmica empresarial, permitem perspetivar, potencialmente, acréscimos populacionais nos próximos anos. Para estas freguesias, assumiram-se valores mais elevados de natalidade e, fundamentalmente, uma maior capacidade atrativa, traduzida em incrementos na taxa migratória. Estas duas dimensões conjugam-se e complementam-se, concorrendo para acréscimos populacionais, dado que os incrementos nos saldos migratórios se observam, sobretudo, nos grupos etários com maior propensão para procriar (em idade fértil) o que contribuirá, naturalmente, para incrementar as probabilidades de acréscimos nas taxas de natalidade.

Finalmente, foi ainda criado um outro cenário alternativo (recessivo), à escala concelhia, que procura refletir uma trajetória de perda demográfica que se vinha a observar nos últimos anos (traduzida nas estimativas populacionais que o INE tem vindo a realizar recentemente, que consubstanciam uma diminuição significativa de população residente em todos os concelhos da Lezíria do Tejo) e que o contexto atual de pandemia veio acelerar, nomeadamente com resultado direto na redução da natalidade, no aumento da mortalidade e na redução dos saldos migratórios.

## 2 Estimativas da População Total: Concelhia e por Grupos Decenais

Tendo por base os três cenários de projeção demográfica anteriormente referenciados, desenvolveram-se as estimativas populacionais para os 11 concelhos que integram a Lezíria do Tejo (e para cada uma das suas freguesias – neste caso, para dois cenários de referência – tendencial e expansionista voluntarista), para os anos de 2025 e 2031 (este último, assumido como ano de referência para este processo de elaboração da Carta de Saúde).

Em síntese, verifica-se que a população na Lezíria do Tejo, em 2031, se situará entre os 233.191 habitantes (cenário recessivo), os 253.782 habitantes (cenário tendencial) e os 278.730 habitantes (cenário expansionista voluntarista).

Deste modo, os ritmos de variação demográfica serão distintos de acordo com cada um dos cenários, indo da tendência para um decréscimo moderado de aproximadamente 6% (cenário recessivo) ao acréscimo considerável de aproximadamente 12,6% (cenário expansionista voluntarista).

Tabela 1. Estimativa populacional (total e por grupo decenal), para a Lezíria do Tejo (2025 e 2031)

Grupos decenais	LEZÍRIA DO TEJO								
	CENÁRIO TENDENCIAL			CENÁRIO ALTERNATIVO (EXPANSIONISTA VOLUNTARISTA)			CENÁRIO ALTERNATIVO (RECESSIVO)		
	2011	2025	2031	2011	2025	2031	2011	2025	2031
0-9	23.582	22.899	22.831	23.582	26.432	26.753	23.582	22.429	22.209
10-19	24.473	23.194	22.889	24.473	26.886	26.910	24.473	22.840	22.436
20-29	26.092	26.351	26.032	26.092	28.332	29.501	26.092	25.087	24.616
30-39	36.347	26.586	27.000	36.347	28.401	29.261	36.347	28.080	28.001
40-49	34.797	32.795	27.935	34.797	35.206	31.180	34.797	31.841	28.297
50-59	32.089	38.172	39.898	32.089	39.560	42.285	32.089	33.002	33.054
60-69	30.018	34.754	36.798	30.018	35.919	38.668	30.018	30.540	30.904
≥ 70	40.055	47.952	50.399	40.055	50.585	54.171	40.055	42.738	43.674
<b>TOTAL</b>	<b>247.453</b>	<b>252703</b>	<b>253.782</b>	<b>247.453</b>	<b>271.320</b>	<b>278.730</b>	<b>247.453</b>	<b>236.557</b>	<b>233.191</b>
TX. var.(face a 2011; %)		2,1	2,6		9,6	12,6		-4,4	-5,8

Fonte: Equipa Técnica, 2021

Os quadros seguintes sintetizam as estimativas populacionais para cada um dos 11 concelhos, segundo os três cenários considerados (anos de 2025 e 2031), referenciando ainda a evolução registada face aos valores contabilizados no Recenseamento Geral da População de 2011.

Tabela 2. Estimativa populacional (total e por grupo decenal), para os municípios de Alpiarça e Almeirim (2025 e 2031)

ALPIARÇA										ALMEIRIM								
CENÁRIO TENDENCIAL			CENÁRIO ALTERNATIVO (VOLUNTARISTA EXPANSIONISTA)			CENÁRIO ALTERNATIVO (RECESSIVO)			CENÁRIO TENDENCIAL			CENÁRIO ALTERNATIVO (VOLUNTARISTA EXPANSIONISTA)			CENÁRIO ALTERNATIVO (RECESSIVO)			
Grupos decenais	2011	2025	2031	2011	2025	2031	2011	2025	2031	2011	2025	2031	2011	2025	2031	2011	2025	2031
0-9	760	694	681	760	790	805	760	684	671	2.353	2.374	2.379	2.353	2.771	2.816	2.353	2.136	2.022
10-19	716	781	752	716	830	836	716	769	741	2.270	2.322	2.321	2.270	2.783	2.892	2.270	2.090	1.973
20-29	713	792	840	713	742	763	713	780	828	2.386	2.490	2.518	2.386	2.770	2.994	2.386	2.241	2.140
30-39	1.049	671	685	1.049	1.062	1.064	1.049	660	675	3.662	2.555	2.591	3.662	2.589	2.811	3.662	2.299	2.202
40-49	1.016	806	620	1.016	1.057	1.087	1.016	794	611	3.161	3.473	2.841	3.161	3.479	2.789	3.161	3.126	2.415
50-59	1.031	1.037	1.025	1.031	1.058	1.075	1.031	1.022	1.009	2.875	3.730	4.216	2.875	3.852	4.355	2.875	3.357	3.583
60-69	1.012	1.004	1.013	1.012	1.015	1.009	1.012	988	998	2.900	3.091	3.277	2.900	3.191	3.436	2.900	2.782	2.785
≥ 70	1.405	1.404	1.397	1.405	1.425	1.430	1.405	1.383	1.376	3.769	4.775	4.965	3.769	5.099	5.389	3.769	4.298	4.220
TOTAL	7.702	7.188	7.013	7.702	7.978	8.069	7.702	7.080	6.908	23.376	24.809	25.107	23.376	26.533	27.482	23.376	22.328	21.341
TX. var.(face a 2011; %)		-6,7	-8,9		3,6	4,8		-8,1	-10,3		6,1	7,4		13,5	17,6		-4,5	-8,7

Fonte: Equipa Técnica, 2021

Tabela 3. Estimativa populacional (total e por grupo decenal), para os municípios de Azambuja e Golegã (2025 e 2031)

AZAMBUJA										GOLEGÃ								
CENÁRIO TENDENCIAL			CENÁRIO ALTERNATIVO (VOLUNTARISTA EXPANSIONISTA)			CENÁRIO ALTERNATIVO (RECESSIVO)			CENÁRIO TENDENCIAL			CENÁRIO ALTERNATIVO (VOLUNTARISTA EXPANSIONISTA)			CENÁRIO ALTERNATIVO (RECESSIVO)			
	2011	2025	2031	2011	2025	2031	2011	2025	2031	2011	2025	2031	2011	2025	2031	2011	2025	2031
0-9	2.090	1.994	1.988	2.090	2.041	2.069	2.090	1.964	1.958	455	440	439	455	484	488	455	477	481
10-19	2.074	2.063	2.034	2.074	2.108	2.078	2.074	2.032	2.004	535	479	490	535	475	487	535	468	479
20-29	2.353	2.284	2.330	2.353	2.215	2.247	2.353	2.249	2.295	567	516	480	567	480	446	567	473	440
30-39	3.639	2.481	2.374	3.639	2.479	2.402	3.639	2.444	2.338	702	462	440	702	528	502	702	520	494
40-49	3.140	3.554	3.001	3.140	3.638	3.080	3.140	3.501	2.956	730	576	505	730	552	484	730	544	477
50-59	2.808	3.919	4.427	2.808	3.882	4.484	2.808	3.861	4.361	765	693	639	765	644	589	765	634	581
60-69	2.552	3.028	3.209	2.552	3.073	3.390	2.552	2.983	3.161	663	724	691	663	678	648	663	668	638
≥ 70	3.158	3.667	3.836	3.158	3.956	4.461	3.158	3.612	3.778	1.048	1.161	1.245	1.048	1.453	1.573	1.048	1.431	1.549
TOTAL	21.814	22.990	23.199	21.814	23.392	24.211	21.814	22.646	22.851	5.465	5.050	4.928	5.465	5.295	5.217	5.465	5.216	5.139
TX. var.(face a 2011; %)		5,4	6,3		7,2	11,0		3,8	4,8		-7,6	-9,8		-3,1	-4,5		-4,6	-6,0

Fonte: Equipa Técnica, 2021

Tabela 4. Estimativa populacional (total e por grupo decenal), para os municípios de Benavente e Cartaxo (2025 e 2031)

BENAVENTE										CARTAXO								
CENÁRIO TENDENCIAL			CENÁRIO ALTERNATIVO (VOLUNTARISTA EXPANSIONISTA)			CENÁRIO ALTERNATIVO (RECESSIVO)			CENÁRIO TENDENCIAL			CENÁRIO ALTERNATIVO (VOLUNTARISTA EXPANSIONISTA)			CENÁRIO ALTERNATIVO (RECESSIVO)			
Grupos decenais	2011	2025	2031	2011	2025	2031	2011	2025	2031	2011	2025	2031	2011	2025	2031	2011	2025	2031
0-9	3.400	3.371	3.383	3.400	4.802	4.881	3.400	3.677	3.825	2.323	2.273	2.274	2.323	2.548	2.564	2.323	2.186	2.120
10-19	3.321	3.502	3.462	3.321	4.780	5.021	3.321	3.592	3.736	2.446	2.291	2.291	2.446	2.545	2.525	2.446	2.301	2.232
20-29	3.374	4.135	4.289	3.374	4.910	5.705	3.374	3.649	3.795	2.664	2.676	2.601	2.664	2.830	2.842	2.664	2.507	2.431
30-39	4.885	4.425	4.799	4.885	4.806	5.200	4.885	5.284	5.495	3.699	2.785	2.771	3.699	3.042	3.172	3.699	3.480	3.376
40-49	4.413	5.597	5.067	4.413	6.106	5.806	4.413	4.773	4.964	3.546	3.270	2.920	3.546	3.616	3.220	3.546	3.336	3.236
50-59	3.409	6.189	7.217	3.409	6.490	7.891	3.409	3.687	3.835	3.180	3.927	4.140	3.180	4.154	4.393	3.180	2.992	2.902
60-69	2.973	4.749	5.737	2.973	4.946	5.896	2.973	3.216	3.344	3.001	3.641	3.827	3.001	3.727	4.096	3.001	2.824	2.739
≥ 70	3.244	5.176	5.862	3.244	5.720	6.550	3.244	3.509	3.649	3.603	4.612	4.820	3.603	4.736	5.098	3.603	3.390	3.288
TOTAL	29.019	37.144	39.816	29.019	42.558	46.950	29.019	31.387	32.642	24.462	25.475	25.644	24.462	27.198	27.910	24.462	23.016	22.326
TX. var. (face a 2011; %)		28,0	37,2		46,7	61,8		8,2	12,5		4,1	4,8		11,2	14,1		-5,9	-8,7

Fonte: Equipa Técnica, 2021

Tabela 5. Estimativa populacional (total e por grupo decenal), para os municípios de Chamusca e Coruche (2025 e 2031)

CHAMUSCA										CORUCHE								
CENÁRIO TENDENCIAL			CENÁRIO ALTERNATIVO (VOLUNTARISTA EXPANSIONISTA)			CENÁRIO ALTERNATIVO (RECESSIVO)			CENÁRIO TENDENCIAL			CENÁRIO ALTERNATIVO (VOLUNTARISTA EXPANSIONISTA)			CENÁRIO ALTERNATIVO (RECESSIVO)			
	2011	2025	2031	2011	2025	2031	2011	2025	2031	2011	2025	2031	2011	2025	2031	2011	2025	2031
0-9	781	649	625	781	708	694	781	722	708	1.513	1.572	1.586	1.513	1.597	1.612	1.513	1.525	1.538
10-19	830	769	710	830	838	794	830	855	809	1.708	1.486	1.503	1.708	1.680	1.645	1.708	1.441	1.458
20-29	1.086	783	775	1.086	868	861	1.086	886	878	1.741	1.682	1.546	1.741	1.720	1.714	1.741	1.631	1.500
30-39	1.252	781	657	1.252	896	796	1.252	914	812	2.364	1.507	1.551	2.364	1.556	1.557	2.364	1.462	1.504
40-49	1.381	834	692	1.381	979	890	1.381	999	908	2.586	1.687	1.303	2.586	1.917	1.554	2.586	1.636	1.264
50-59	1.381	1.119	928	1.381	1.170	1.009	1.381	1.193	1.029	2.874	2.350	2.090	2.874	2.377	2.222	2.874	2.280	2.027
60-69	1.379	1.266	1.233	1.379	1.296	1.260	1.379	1.321	1.285	2.650	2.744	2.613	2.650	2.943	2.934	2.650	2.662	2.535
≥ 70	2.030	1.797	1.735	2.030	1.912	1.937	2.030	1.950	1.976	4.508	4.593	4.710	4.508	4.943	5.164	4.508	4.455	4.568
TOTAL	10.120	7.996	7.356	10.120	8.667	8.241	10.120	8.841	8.406	19.944	17.621	16.902	19.944	18.732	18.403	19.944	17.092	16.395
TX. var. (face a 2011; %)		-21,0	-27,3		-14,4	-18,6		-12,6	-16,9		-11,6	-15,3		-6,1	-7,7		-14,3	-17,8

Fonte: Equipa Técnica, 2021

Tabela 6. Estimativa populacional (total e por grupo decenal), para os municípios de Salvaterra de Magos e Rio Maior (2025 e 2031)

SALVATERRA DE MAGOS										RIO MAIOR								
CENÁRIO TENDENCIAL			CENÁRIO ALTERNATIVO (VOLUNTARISTA EXPANSIONISTA)			CENÁRIO ALTERNATIVO (RECESSIVO)			CENÁRIO TENDENCIAL			CENÁRIO ALTERNATIVO (VOLUNTARISTA EXPANSIONISTA)			CENÁRIO ALTERNATIVO (RECESSIVO)			
Grupos decenais	2011	2025	2031	2011	2025	2031	2011	2025	2031	2011	2025	2031	2011	2025	2031	2011	2025	2031
0-9	2.077	1.948,5	1.936	2.077	2.113	2.125	2.077	1.775	1.705	2.058	2.112	2.129	2.058	2.237	2.265	2.058	1.948	1.905
10-19	2.278	2.113	2.043	2.278	2.356	2.302	2.278	1.975	1.848	2.223	2.044	2.053	2.223	2.292	2.161	2.223	2.105	2.058
20-29	2.194	2.619	2.565	2.194	2.816	2.925	2.194	2.420	2.292	2.387	2.231	2.133	2.387	2.456	2.552	2.387	2.260	2.210
30-39	3.135	2.364	2.602	3.135	2.377	2.617	3.135	1.924	2.068	3.111	2.251	2.217	3.111	2.291	2.264	3.111	2.945	2.880
40-49	3.197	2.862	2.316	3.197	2.854	2.378	3.197	3.083	2.504	3.037	2.779	2.361	3.037	2.831	2.419	3.037	2.875	2.812
50-59	2.936	3.726	3.859	2.936	3.733	3.855	2.936	3.251	3.260	2.712	3.114	3.198	2.712	3.190	3.294	2.712	2.567	2.511
60-69	2.816	3.509	3.876	2.816	3.569	3.979	2.816	2.844	3.071	2.464	2.876	3.048	2.464	2.945	3.128	2.464	2.333	2.281
≥ 70	3.526	5.235	5.728	3.526	5.365	5.971	3.526	4.291	4.581	3.200	3.851	4.076	3.200	3.936	4.175	3.200	3.029	2.963
TOTAL	22.159	24.376	24.925	22.159	25.184	26.152	22.159	21.562	21.329	21.192	21.257	21.216	21.192	22.179	22.257	21.192	20.063	19.621
TX. var. (face a 2011; %)		10,0	12,5		13,7	18,0		-2,7	-3,7		0,3	0,1		4,7	5,0		-5,3	-7,4

Fonte: Equipa Técnica, 2021

Tabela 7. Estimativa populacional (total e por grupo decenal), para o município de Santarém (2025 e 2031)

SANTARÉM									
Grupos decenais	CENÁRIO TENDENCIAL			CENÁRIO ALTERNATIVO (VOLUNTARISTA EXPANSIONISTA)			CENÁRIO ALTERNATIVO (RECESSIVO)		
	2011	2025	2031	2011	2025	2031	2011	2025	2031
0-9	5.772	5.472	5.411	5.772	6.343	6.434	5.772	5.335	5.276
10-19	6.072	5.347	5.228	6.072	6.199	6.169	6.072	5.213	5.097
20-29	6.627	6.145	5.955	6.627	6.525	6.452	6.627	5.991	5.806
30-39	8.849	6.305	6.314	8.849	6.775	6.876	8.849	6.147	6.156
40-49	8.590	7.357	6.309	8.590	8.178	7.473	8.590	7.173	6.151
50-59	8.118	8.368	8.160	8.118	9.010	9.118	8.118	8.159	7.956
60-69	7.608	8.123	8.274	7.608	8.536	8.893	7.608	7.920	8.067
≥ 70	10.564	11.681	12.026	10.564	12.038	12.423	10.564	11.389	11.725
TOTAL	62.200	58.797	57.676	62.200	63.603	63.838	62.200	57.327	56.235
TX. var.(face a 2011; %)		-5,5	-7,3		2,3	2,6		-7,8	-9,6

Fonte: Equipa Técnica, 2021

### 3 Estimativas da População para os Grupos-Alvo de Cuidados de Saúde

Nas estimativas demográficas, o primeiro aspeto que deve ser considerado é a seleção dos grupos-alvo com relevância para o setor da saúde. Neste contexto, foram identificados dois públicos como prioritários e estratégicos, o das crianças e jovens, que remete para todas as idades até aos 17 anos e o dos adultos, que considera todos os indivíduos com idade  $\geq 18$  anos. Esta é uma divisão estruturante para a política nacional de saúde, com múltiplos reflexos na prestação de cuidados de saúde.

O primeiro grupo, que se inicia com os cuidados durante a gravidez e aquando do nascimento e se prolonga pela infância e adolescência, representa um momento fulcral para a saúde dos indivíduos e que, por isso, prevê um acompanhamento e monitorização regular do estado de saúde dos indivíduos, com vista a assegurar diagnóstico precoce de quadros de doença que possam comprometer o bem-estar e a sua qualidade de vida ao longo da vida, bem como promover estilos e comportamentos saudáveis.

Procurando acompanhar as orientações mais estruturais em matéria de saúde, considerou-se como segundo grupo o dos indivíduos com idade  $\geq 18$  anos, com um enquadramento em matéria de política de saúde comum, mas diferenciado do das crianças e jovens.

Face à divisão essencial das idades-alvo para os cuidados de saúde do ponto de vista formal (até aos 17 anos e com idade  $\geq 18$  anos) e em função das tipologias de cuidados específicos relevantes, o passo metodológico seguinte centrou-se na repartição da população estimada pelas idades ano a ano, para definir as estimativas populacionais para os grupos-alvo, nos anos-horizonte referenciados (2025 e 2031). Assim, optou-se por, em primeiro lugar, verificar qual o peso relativo que, em 1991, 2001 e 2011, cada ano representava no total do grupo decenal e, em segundo lugar, aplicar a mesma proporção (média dos três momentos censitários) aos valores estimados para 2021, 2025 e 2031. De tal opção resulta que, por exemplo, todas as crianças que em 2011 possuíam 1 ano, terão previsivelmente 11 anos, em 2021, e 21 anos, em 2031, a manterem-se, como preconiza o modelo, as suas probabilidades de sobrevivência e migração (cenário tendencial) ou um valor mais elevado caso se alterarem alguns fenómenos demográficos (cenário expansionista voluntarista).

Assim, e tomando como exemplo as estimativas populacionais desenvolvidas para o município de Almeirim, verifica-se que:

- › cenário tendencial - pautado pela estabilidade das dimensões subjacentes à sobrevivência e dos fluxos migratórios, ambos os grupos etários considerados irão registar uma tendência de ligeira regressão, no período 2025-2031 (crianças e jovens passarão de 1.308 para 1.273 e a população adulta de 5.880 para 5.740), com repercussões multissetoriais e em particular no setor da saúde;
- › cenário alternativo voluntarista/expansionista – considerando um primeiro cenário alternativo ao tendencial, com eventuais alterações positivas nos fenómenos demográficos, irá registar-se um aumento da população transversal a ambos os grupos etários considerados (crianças e jovens situar-se-ão nos 1.443, em 2025, e nos 1.463, em 2031, enquanto a população adulta situar-se-á nos 6.535, em 2025, continuando a registar uma trajetória de crescimento em 2031, atingindo os 6.606 indivíduos);
- › cenário alternativo regressivo - considerando um segundo cenário alternativo ao tendencial, mas com transformações demográficas negativas, o município registará quebras demográficas observáveis em ambos os grupos etários embora menos significativas, comparativamente ao impulso demográfico observado no cenário alternativo voluntarista/expansionista. Assim, as crianças e os jovens atingirão os 1.289 indivíduos, em 2025, e nos 1.254, em 2031, enquanto a população adulta será de 5.792 indivíduos, em 2025, e de 5.654 indivíduos, em 2031.

As tabelas seguintes, sintetizam, à escala concelhia, as estimativas populacionais produzidas para cada um dos 11 municípios, para os dois grupos-alvo considerados, nos horizontes temporais de 2025 e 2031, para cada um dos cenários demográficos apresentados. Esta análise constitui-se determinante para os exercícios de avaliação, programação e monitorização das redes de equipamentos e de serviços de saúde, possibilitando o ajustamento necessário da oferta à procura, assegurando uma capacidade de adaptação tão célere quanto possível, a par dos ganhos em matéria de promoção da saúde e de prevenção de estados de doença na população.

Tabela 8. Estimativa populacional por grupo-alvo e por cenários, para os municípios de Alpiarça, Almeirim e Azambuja (2025 e 2031)

Grupo Etário	Alpiarça						Almeirim						Azambuja							
	Cenário tendencial		Cenário alternativo (voluntarista expansionista)		Cenário alternativo (regressivo)		Grupo etário	Cenário tendencial		Cenário alternativo (voluntarista expansionista)		Cenário alternativo (regressivo)		Grupo etário	Cenário tendencial		Cenário alternativo (voluntarista expansionista)		Cenário alternativo (regressivo)	
	2025	2031	2025	2031	2025	2031		2025	2031	2025	2031	2025	2031		2025	2031	2025	2031	2025	2031
0-17 anos	1.308	1.273	1443	1.463	1.289	1.254	0-17 anos	4.222	4.227	4.986	5.118	3.799	3.593	0-17 anos	3.508	3.481	3.588	3.595	3.455	3.429
≥18 anos	5.880	5.740	6535	6.606	5.792	5.654	≥18 anos	20.587	20.880	21.548	22.364	18.528	17.748	≥18 anos	19.482	19.718	19.804	20.617	19.190	19.422
TOTAL	7.188	7.013	7978	8.069	7.080	6.908	TOTAL	24.809	25.107	26.533	27.482	22.328	2.1341	TOTAL	22.990	23.199	23.392	24.211	22.646	22.851

Fonte: Equipa Técnica, 2021

Tabela 9. Estimativa populacional por grupo-alvo e por cenários, para os municípios de Golegã, Benavente e Cartaxo (2025 e 2031)

Grupo Etário	Golegã						Benavente						Cartaxo							
	Cenário tendencial		Cenário alternativo (voluntarista expansionista)		Cenário alternativo (regressivo)		Grupo etário	Cenário tendencial		Cenário alternativo (voluntarista expansionista)		Cenário alternativo (regressivo)		Grupo etário	Cenário tendencial		Cenário alternativo (voluntarista expansionista)		Cenário alternativo (regressivo)	
	2025	2031	2025	2031	2025	2031		2025	2031	2025	2031	2025	2031		2025	2031	2025	2031	2025	2031
0-17 anos	823	832	865	878	852	865	0-17 anos	6.158	6.139	8.607	8.878	6.537	6.798	0-17 anos	4.111	4.112	4.589	4.589	4.031	3.911
≥18 anos	4.227	4.096	4.430	4.339	4.364	4.274	≥18 anos	30.986	33.677	33.952	38.072	24.850	25.844	≥18 anos	21.365	21.532	22.609	23.321	18.985	18.415
TOTAL	5.050	4.928	5.295	5.217	5.216	5.139	TOTAL	37.144	39.816	42.558	46.950	31.387	32.642	TOTAL	25.475	25.644	27.198	27.910	23.016	22.326

Fonte: Equipa Técnica, 2021

Tabela 10. Estimativa populacional por grupo-alvo e por cenários, para os municípios de Chamusca, Coruche e Salvaterra de Magos (2025 e 2031)

Grupo Etário	chamusca						Coruche						Salvaterra de Magos							
	Cenário tendencial		Cenário alternativo (voluntarista expansionista)		Cenário alternativo (regressivo)		Grupo etário	Cenário tendencial		Cenário alternativo (voluntarista expansionista)		Cenário alternativo (regressivo)		Grupo etário	Cenário tendencial		Cenário alternativo (voluntarista expansionista)		Cenário alternativo (regressivo)	
	2025	2031	2025	2031	2025	2031		2025	2031	2025	2031	2025	2031		2025	2031	2025	2031	2025	2031
0-17 anos	1.262	1.192	1.377	1.327	1.405	1.354	0-17 anos	2.705	2.733	2.879	2.867	2.624	2.651	0-17 anos	3.590	3.524	3.943	3.914	3.309	3.141
≥18 anos	6.734	6.164	7.290	6.914	7.436	7.052	≥18 anos	14.915	14.169	15.854	15.536	14.468	13.744	≥18 anos	20.786	21.402	21.241	22.238	18.253	18.187
TOTAL	7.996	7.356	8.667	8.241	8.841	8.406	TOTAL	17.621	16.902	18.732	18.403	17.092	16.395	TOTAL	24.376	24.925	25.184	26.152	21.562	21.329

Fonte: Equipa Técnica, 2021

Tabela 11. Estimativa populacional por grupo-alvo e por cenários, para os municípios de Rio Maior e Santarém (2025 e 2031)

Grupo Etário	Rio Maior						Santarém							
	Cenário tendencial		Cenário alternativo (voluntarista expansionista)		Cenário alternativo (regressivo)		Grupo etário	Cenário tendencial		Cenário alternativo (voluntarista expansionista)		Cenário alternativo (regressivo)		
	2025	2031	2025	2031	2025	2031		2025	2031	2025	2031	2025	2031	
0-17 anos	4.046	4.048	4.518	4.519	3.967	3.848	0-17 anos	9.669	9.515	11.209	11.276	9.427	9.277	
≥18 anos	21.429	21.597	22.680	23.392	19.049	18.478	≥18 anos	49.128	48.162	52.395	52.561	47.900	46.958	
TOTAL	25.475	25.644	27.198	27.910	23.016	22.326	TOTAL	58.797	57.676	63.603	63.838	57.327	56.235	

Fonte: Equipa Técnica, 2021

---

## 4. CARACTERIZAÇÃO DA OFERTA ATUAL DE CUIDADOS DE SAÚDE

---

## 4. CARATERIZAÇÃO DA OFERTA ATUAL DE CUIDADOS DE SAÚDE

### 4.1. Enquadramento

Este capítulo visa promover um conhecimento mais aprofundado da oferta de equipamentos de saúde na Região, isto é, das estruturas físicas onde se desenvolvem os serviços ou onde se encontram instalados os serviços de saúde, assim como o perfil das entidades gestoras, suas principais dificuldades e potencialidades. Conhecer a localização e as características dos equipamentos de saúde e das respetivas entidades gestoras constitui-se crucial para responder aos objetivos do presente instrumento.

Na oferta de cuidados de saúde, assume a maior relevância o conhecimento da disponibilidade da oferta de equipamentos e serviços de saúde, dos profissionais do setor, das áreas de influência dos equipamentos, dos tempos de deslocação dos utentes até aos equipamentos e serviços, das especificidades da oferta destes mesmos equipamentos e serviços (horários de funcionamento, valências e serviços disponibilizados, etc.). Estas várias dimensões apresentam um potencial efetivo de constituírem barreiras à acessibilidade em saúde, pelo que o seu estudo e conhecimento aprofundado se reveste da maior importância para garantir níveis adequados de acesso e utilização dos mesmos, devidamente ajustados ao perfil de necessidades da população.

### 4.2. Processo de Recenseamento

Do ponto de vista metodológico, a análise da oferta de cuidados de saúde foi suportada a partir de um processo de recenseamento que se desenvolveu entre novembro de 2021 e junho de 2022, representando o exercício basilar da presente Carta. Por essa razão, a sua realização constituiu um procedimento exigente, para além de que a sua elaboração coincidiu temporalmente com o segundo período de outono/inverno da pandemia COVID-19, aspetos que motivaram a concretização num período mais alargado.

O processo de recenseamento compreendeu diversos momentos sequenciais, articulados entre si, nomeadamente:

- › levantamento de todas as entidades, equipamentos, respostas e serviços de saúde existentes na NUTS III Lezíria do Tejo;
- › elaboração de fichas de caracterização das entidades, dos equipamentos e das respostas de saúde;
- › recenseamento *online* da totalidade das entidades, equipamentos, serviços e respostas de saúde;
- › monitorização do processo de recenseamento, com o necessário acompanhamento às entidades gestoras;
- › sistematização e tratamento estatístico e analítico da globalidade da informação recolhida.

Finalizado o processo de recenseamento, verificou-se que a NUTS III Lezíria do Tejo apresenta uma oferta de cuidados de saúde em quatro tipologias de respostas, nomeadamente:

- › Cuidados de Saúde Primários;
- › Cuidados de Saúde Hospitalares;
- › Cuidados Continuados Integrados;

- › Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.

Esta oferta de cuidados de saúde é composta por 78 equipamentos, que se apresentam na tabela seguinte, não tendo sido obtida informação para um destes equipamentos.

Tabela 12. Síntese do processo de recenseamento da oferta de cuidados de saúde, na NUTS III Lezíria do Tejo, em 2022 (n.º e %)

Tipologias de Cuidados de Saúde	Equipamentos (n.º)	Taxa de Resposta (%)	Ausência de resposta/respostas parciais
Cuidados de Saúde Primários	60	100	21 inquéritos aos equipamentos parciais
Cuidados de Saúde Hospitalares	3	100	-
Cuidados Continuados Integrados	14	86	1 inquéritos à entidade/equipamento sem resposta 1 inquéritos ao equipamento sem resposta
Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências	1	100	-

Fonte: Equipa Técnica, 2022

O processo de recenseamento das entidades, equipamentos e respostas de saúde foi realizado, ao longo de diversas fases, em estreita articulação com a Equipa da CIM Lezíria do Tejo, responsável pelo acompanhamento do projeto. Sempre que considerado pertinente, alargou-se a reflexão/concertação a outros parceiros, com particular destaque para a ARSLVT e respetivos ACES Lezíria e ACES Estuário do Tejo, que apoiaram amplamente a sua concretização.

Este processo permitiu uma análise detalhada da oferta e da procura de equipamentos, serviços e respostas de saúde neste território, mas também um aprofundamento do entendimento geral desta realidade, das novas tendências e desafios emergentes, sobretudo as mais recentes resultantes da pandemia COVID-19, que obrigou a uma importante reorganização dos serviços de saúde, com um impacto que se prolongou mesmo após a fase mais crítica da pandemia.

Para cada uma das quatro tipologias de cuidados de saúde existentes, desenvolveu-se uma análise específica das entidades gestoras, dos equipamentos existentes e seu padrão locativo e níveis de acessibilidade atuais, do perfil de recursos humanos e dos utentes, da estrutura de financiamento e investimentos previstos, assim como da principal matriz de potencialidades e constrangimentos com que se confrontam e que importa conhecer. Sempre que considerado pertinente, recorreu-se a fontes de informação oficiais que facultassem leituras complementares relevantes.

### 4.3. Nota Metodológica sobre a Acessibilidade Geográfica aos Equipamentos de Saúde

A cartografia de acessibilidade foi elaborada com recurso à ferramenta “*Network Analyst*”, do ArcGIS, através do método “*new service area*”, que define uma área de distância-tempo em veículo motorizado a partir de um determinado ponto. Para a análise, foi utilizada a rede de estradas atualizada (fonte: Geofabrik – *openStreetMap*) e a base de equipamentos e de serviços dos municípios da Lezíria do Tejo.

Numa primeira fase, definiu-se a localização dos vários equipamentos e serviços em análise, tendo para tal sido utilizada a informação em formato *shapefile* e no sistema de referência PT-TM06/ETRS89.

Nos casos em que a informação necessária não estava devidamente cartografada, a equipa técnica procedeu à georreferenciação desses elementos.

A segunda fase do processo centrou-se no tratamento da rede viária, nomeadamente na atribuição de valores de velocidade máxima permitida por lei em troços onde esta não estava definida, permitindo assim, posteriormente, definir o tempo (em minutos) necessário para percorrer cada troço de estrada.

Para além dos fatores geográficos considerados no presente trabalho (distribuição e acessibilidade), reconhece-se a importância de se considerarem outros fatores, como sendo o perfil sociodemográfico dos utentes (por exemplo, grupos etários, nível de escolaridade, rendimento e cobertura dos seguros de saúde), a perceção individual sobre a capacidade/qualidade do serviço disponibilizado nos vários equipamentos de saúde, as características dos recursos de saúde disponíveis (por exemplo, horários de funcionamento dos equipamentos de saúde, promotores de lacunas no serviço em determinados períodos, não obstante a existência de equipamento, agravando assim as desigualdades territoriais em matéria de acessibilidade geográfica), ou ainda o motivo do acesso, com forte relação aos modos de transporte utilizados (apresentando, a utilização de viatura própria, os transportes públicos ou as viaturas médicas de emergência uma forte assimetria nos tempos de deslocação).

São fatores inequivocamente relevantes. No entanto, a heterogeneidade de situações passíveis de serem aqui abrangidas, bem como as disparidades na disponibilidade de estatísticas em fontes de informação oficiais, assim como o facto de se tratar de um estudo mais abrangente para a sub-região, optou-se pela análise da acessibilidade e utilização dos serviços de saúde suportado na ligação entre a distribuição e organização desses mesmos serviços com as condicionantes diretas da acessibilidade (oferta da rede de estradas e suas características essenciais). Não obstante, estudos de âmbito concelhio, com aprofundamento da interação dos múltiplos fatores relevantes para a acessibilidade, é certamente um dos aspetos a considerar futuramente num quadro de políticas públicas de promoção do acesso da população aos cuidados de saúde.

## 4.4. Cuidados de Saúde Primários

### 4.4.1. Prestadores de Cuidados de Saúde Primários

#### 1 Perfil Geral

O Estado português, representado pela ARSLVT/ACES Lezíria e ACES Estuário do Tejo, constitui o *stakeholder* por excelência na provisão de cuidados de saúde primários

A ARSLVT é a única entidade prestadora de cuidados de saúde primários na Região da Lezíria do Tejo. A ARSLVT é uma entidade pública, integrada na administração indireta do Estado, que tem como missão garantir o acesso a cuidados de saúde e assegurar a adequação dos recursos disponíveis às necessidades da população. Integra os dois ACES (ACES Estuário do Tejo e ACES Lezíria).

Trata-se, portanto, de um nível de cuidados de saúde na exclusiva dependência do Estado, constituindo assim este um *stakeholder* por excelência na provisão de cuidados de saúde primários, à semelhança do que se observa no país, vetor determinante para assegurar um acesso equitativo e de qualidade aos cuidados de saúde de toda a população.

Na análise do padrão locativo, o ACES Lezíria tem a sua sede localizada no concelho de Santarém, enquanto a sede do ACES Estuário do Tejo se encontra situada no município de Vila Franca de Xira e, como tal, fora do território da NUTS III Lezíria do Tejo. Este posicionamento decorre de um legado

histórico marcado pela concentração de funções sociais, económicas, culturais, nos concelhos de Santarém e de Vila Franca de Xira a que acresce uma certa centralidade geográfica.

O âmbito geográfico de intervenção destas entidades é interconcelhio, uma vez que para além de atuantes em cada um dos municípios indicados, intervém simultaneamente e de forma articulada nos vários concelhos correspondentes à área de intervenção respetiva de cada ACES.

Os órgãos de gestão dos ACES são compostos por um número circunscrito de pessoas, em particular, no ACES Estuário do Tejo (um individuo do sexo feminino), enquanto o ACES Lezíria integra no total dos órgãos de gestão seis pessoas, com uma repartição relativamente equilibrada segundo o género (quatro homens e duas mulheres).

Em ambos os ACES, todos dos órgãos de gestão têm como nível de escolaridade o ensino superior, decorrente da necessária especialização das funções desempenhadas.

## 2 Dinâmica de Empregabilidade

### Perfil de trabalhadores dos ACES marcado pela primazia de recursos humanos de nacionalidade portuguesa

De acordo com os inquéritos realizados, os dois ACES, na qualidade de entidade empregadora, abrangiam um total de 703 trabalhadores, em 2020. A maioria encontrava-se afeta ao ACES Lezíria, que abrangia aproximadamente 90% (629 recursos humanos), enquanto o ACES Estuário do Tejo agregava cerca de 10%, equivalente a 74.

A população empregada nos ACES apresenta um forte desequilíbrio com base no género, com clara primazia de trabalhadoras mulheres, correspondentes a cerca de 82% (574) do total de recursos humanos, face a apenas 18% do sexo masculino (129). Esta disparidade de género é mais acentuada no ACES Estuário do Tejo, uma vez que os recursos humanos do sexo feminino representam 89% do total, comparativamente ao ACES Lezíria que apresenta uma incidência ligeiramente inferior (81%).

O quantitativo de trabalhadores de nacionalidade estrangeira apresenta-se residual, pouco ultrapassando o 1%. Apesar da tendência crescente, verificada nos últimos anos, de aumento dos profissionais de nacionalidade estrangeira na área da saúde, esta continua a ser uma área de trabalho primordialmente desempenhada pela população portuguesa. Acresce salientar que os oito trabalhadores estrangeiros se encontram afetos ao ACES Lezíria, não se identificando qualquer cidadão estrangeiro a desempenhar funções no ACES Estuário do Tejo.

O papel de ambos os ACES no emprego de pessoas com deficiência apresentam-se ainda mais circunscrito, com apenas um trabalhador no ACES Lezíria.

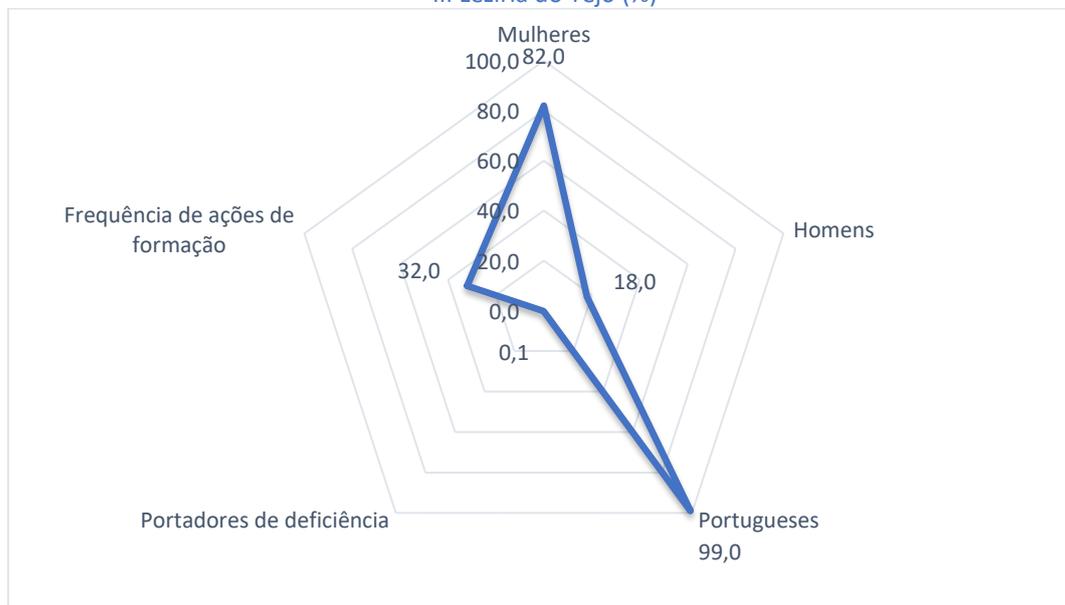
Ambas as entidades gestoras indicaram apoiar a frequência de ações de capacitação, formação e qualificação por parte dos seus trabalhadores.

Esta é uma evidencia que se entende pelo facto de a formação constituir uma valência decisiva na área da saúde, que apela a níveis de qualificação cada vez mais exigentes. Assim, nos últimos dois anos, 32% dos trabalhadores frequentaram ações de formação proporcionadas pela Entidade gestora.

Considerando os investimentos realizados, em particular no ano de 2019, esse esforço abarcou 27% dos profissionais que realizaram ações de capacitação, formação e qualificação. No entanto, os níveis do investimento realizado foram assimétricos entre os dois ACES, com o Estuário do Tejo a suportar

um maior investimento (81% dos recursos humanos foram abrangidos por ações de formação), enquanto na Lezíria a proporção de profissionais inseridos em ações similares foi de 21%.

Figura 16. Perfil dos profissionais de saúde, nas Entidades Gestoras dos Cuidados de Saúde Primários, na NUTS III Lezíria do Tejo (%)



Fonte: Equipa Técnica, 2022

O ano de 2020 foi amplamente disruptivo no que se refere ao esforço de investimento na capacitação, formação e qualificação dos trabalhadores, quer pela forte pressão desencadeada pela pandemia COVID-19 sobre estas entidades e serviços, o que conduziu a uma forte reafecção dos esforços dos profissionais e dos investimentos realizados para o combate à pandemia, quer também pela contração da oferta de formação, em resultado dos sucessivos confinamentos obrigatórios. Esta foi uma situação comum à generalidade do sistema de saúde português, pelo que, no ano de eclosão da pandemia, no conjunto de ambos os ACES apenas 5% dos trabalhadores beneficiaram de ações deste tipo.

#### Pandemia COVID-19 com forte impacto na dinâmica de empregabilidade dos ACES, à semelhança do observado na generalidade do país

Durante o ano de 2020, como consequência direta da pandemia, assistiu-se à intensificação da dinâmica de contratação de recursos humanos nos cuidados de saúde primários da Lezíria do Tejo. Comparativamente ao ano anterior, assistiu-se a um aumento da contratação anual de trabalhadores, de 40 para 148, em 2020; assim, 21% dos trabalhadores dos ACES, no ano de 2020, tinham sido contratados nesse mesmo ano. Os elevados níveis de contratação verificados são sintomáticos das necessidades então existentes para fazer face aos múltiplos desafios desencadeados pela COVID-19.

A integração de um maior volume de profissionais de saúde nos ACES, ainda que inserida num quadro de reforço e de diferenciação das respostas de Cuidados de Saúde Primários (e de Cuidados Continuados Integrados, uma vez que estas entidades gestoras abrangem também respostas desta natureza), nem sempre foi acompanhada pela necessária e desejável oferta de estabilidade laboral, sendo que a maioria dos contratos de trabalho celebrados, nos últimos dois anos, são a termo certo (54%), situação comum aos dois ACES.

As demais tipologias de contratos de trabalho apresentaram incidências mais moderadas e similares, muito embora os contratos de trabalho por tempo indeterminado (efetivo ou sem termo) tenham assumido o peso mais reduzido no conjunto dos novos contratos celebrados (12,9% face a 14,9% na prestação de serviços e a 18% os contratos a termo incerto).

### 3 Financiamento e Perspetivas de Investimento

#### Funcionamento dos ACES com dependência de financiamento proveniente da Administração Central do Sistema de Saúde

As fontes de financiamento utilizadas para o funcionamento e manutenção da entidade influem fortemente na sua capacidade de resposta enquanto prestadores de cuidados de saúde. Estas podem afetar, favorável ou desfavoravelmente, os objetivos e metas com que estas entidades se encontram comprometidas, designadamente em termos de eficiência, de equidade no acesso e de qualidade na prestação dos serviços e respostas, bem como afetar os níveis de satisfação dos utentes.

As entidades gestoras de equipamentos e serviços no âmbito dos cuidados de saúde primários apresentam como fonte de financiamento exclusiva a Administração Central (resposta não obtida para o ACES Estuário do Tejo).

Esta é uma situação que decorre do modelo de financiamento do SNS ser em Portugal da responsabilidade da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS, I.P.), um instituto público que tem como missão assegurar a gestão dos recursos financeiros e humanos, das instalações e equipamentos do SNS, assim como proceder à definição e implementação de políticas e planeamento em saúde, em estreita articulação com as Administrações Regionais de Saúde.

A adoção de medidas de gestão ambiental têm registado uma importância crescente no decurso dos últimos anos, acompanhando assim a maior relevância atribuída à sustentabilidade ambiental. De acordo com os padrões ambientais atuais, a gestão ambiental no setor da saúde constitui-se impreterível, atendendo ao tipo de resíduos gerados, pelo que uma gestão ambiental efetiva e adequada é essencial para minimizar problemas de saúde de profissionais e utentes, bem como de saúde pública, a que acresce uma relevância ambiental incontornável.

Contudo, no âmbito das entidades gestoras de cuidados de saúde primários, apenas o ACES Lezíria tem gastos regulares em medidas de gestão ambiental, uma despesa suportada financeiramente pela ARSLVT.

Na matriz de potencialidades e constrangimentos com que estas entidades se deparam, a motivação para o desenvolvimento de novos projetos é o principal aspeto positivo a destacar, essencial num quadro de adaptação constante destes serviços aos novos desafios e exigências nas várias áreas da saúde. Relativamente aos constrangimentos, coexistem dificuldades físicas, como sendo a necessidade de viaturas para realizar serviços ao domicílio e de reparações nos edifícios e sistemas de segurança e de eficiência energética, e humanas primordialmente assentes na necessidade de mais recursos humanos, em especial, de médicos.

Nenhum dos ACES prevê a abertura de novos equipamentos de saúde, na NUTS III Lezíria do Tejo, nos próximos dois anos.

## 4.4.2. Equipamentos de Cuidados de Saúde Primários

### 1 Caraterização geral

#### NUTS III Lezíria do Tejo com uma rede de cuidados de saúde primários composta por 60 equipamentos

Decorridos mais de trinta anos, desde a entrada dos cuidados de saúde primários em Portugal (Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro), estes constituem atualmente o pilar central do sistema de saúde, pois é através deles que se efetua o primeiro contato dos indivíduos e das famílias com os serviços de saúde.

Os cuidados de saúde primários têm como objetivos principais promover a saúde e a prevenção da doença, assim como assegurar a gestão dos problemas de saúde, agudos e crónicos, tendo em conta a sua dimensão física, psicológica, social e cultural.

A disponibilidade e a acessibilidade a esses cuidados de todo e qualquer cidadão insere-se num quadro de equidade e justiça social, pelo que de acordo com o Artigo 25.º da Declaração Universal dos Direitos do Homem: *“Todas as pessoas têm direito a um nível de vida adequado à sua saúde e bem-estar próprios e da sua família, incluindo alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e serviços sociais necessários”*.

O papel essencial dos cuidados de saúde primários para o bem-estar das populações tem obrigado à sua redefinição, no decurso das últimas décadas, introduzindo-se transformações importantes na rede existente.

Atualmente, na NUTS III Lezíria do Tejo, a rede de cuidados de saúde primários é composta por 60 equipamentos, em que 53 integram o ACES Lezíria e 7 o ACES Estuário do Tejo, uma discrepância diretamente associada à menor abrangência territorial deste segundo ACES e ao facto de se considerarem apenas os concelhos da Azambuja e de Benavente para efeitos da presente análise.

A oferta de cuidados de saúde primários encontra-se ainda organizada em diferentes unidades funcionais. Assim, o ACES Lezíria integra 14 Unidades de Saúde Familiares (USF), seis Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e 33 extensões. No processo de recenseamento realizado, apenas não foi possível obter a totalidade da informação para algumas destas extensões (21)<sup>1</sup>.

O ACES Estuário do Tejo integra uma USF e seis UCSP (sendo que quatro correspondem a extensões), tendo sido obtida informação para a totalidade destes equipamentos.

#### Oferta de cuidados de saúde primários com elevada heterogeneidade de horários de funcionamento

Os cuidados de saúde primários encontram-se em funcionamento em equipamentos construídos a partir da década de 80 do século passado, sendo que o mais antigo data de 1984 (Centro de Saúde de Rio Maior/USF Salinas de Rio Maior/USF Villa Romana/UCSP Rio Maior).

Quanto à tipologia de instalações, as unidades de cuidados de saúde primários funcionam sobretudo em edifícios (80%), com 12% a funcionarem em moradias/vivendas e apenas 8% em salas. Trata-se maioritariamente de equipamentos construídos de raiz para o efeito (83%), tendo sido adaptados cerca de 17%.

<sup>1</sup> O ACES Lezíria integra ainda outras Unidades Funcionais referidas mais adiante no presente trabalho, no âmbito dos Cuidados Continuados Integrados, assim como uma Unidade de Saúde Pública da Lezíria (USP) que abrange também os nove concelhos e uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP).

O regime de ocupação dos equipamentos reparte-se essencialmente por duas modalidades: propriedade plena (46%) cedência (38%), constituindo os restantes regimes, com exceção do arrendamento (13%), situações residuais.

Os equipamentos de cuidados de saúde primários apresentam uma heterogeneidade assinalável de horários de funcionamento. Assim, 31% destes funcionam nos dias úteis até às 18 horas, 36% funcionam em dias úteis até outra hora, embora tenham maioritariamente apresentando um horário mais alargado até às 20 horas, e os restantes apresentam horários muito diversos (funcionamento apenas em alguns dias úteis, funcionamento em dias úteis e sábados, etc...).

O horário de funcionamento destes equipamentos tem uma importância significativa, sobretudo em territórios mais afastados dos restantes equipamentos e serviços de saúde que compõem a rede da NUTS III, de baixa densidade populacional e com estruturas demográficas mais envelhecidas. A sua supressão ou rara atividade deixa os mais vulneráveis em situações de exclusão, com impactes na cadeia de oferta de cuidados de saúde, uma vez que tais situações acabam por se repercutir no uso inapropriado dos cuidados de saúde diferenciados. Sendo a continuidade destes serviços essencial num quadro de equidade do acesso, importa também assegurar a adequação dos custos aos níveis de procura verificados, situação que explica a heterogeneidade de horários de funcionamento coexistentes.

## 2 Acessibilidade geográfica

### Padrão locativo da oferta de cuidados de saúde primários marcado por uma dicotomia Santarém/restantes municípios da Região

O padrão locativo da oferta de cuidados de saúde primários na Lezíria do Tejo apresenta uma dicotomia entre o concelho de Santarém e o restante território da NUTS III. Santarém concentra mais de 1/3 da oferta (22 equipamentos correspondentes a 36,7% do total da Região) beneficiando do seu legado histórico, localização de funções polarizadoras de referência, posicionamento geográfico e características específicas da sua base económica que potenciaram uma assinalável dinâmica populacional, social e de empregabilidade, ao longo do tempo. Para além do quantitativo global diferenciador, Santarém reúne ainda um número de USF e de extensões igualmente diferenciador (5 e 16 respetivamente).

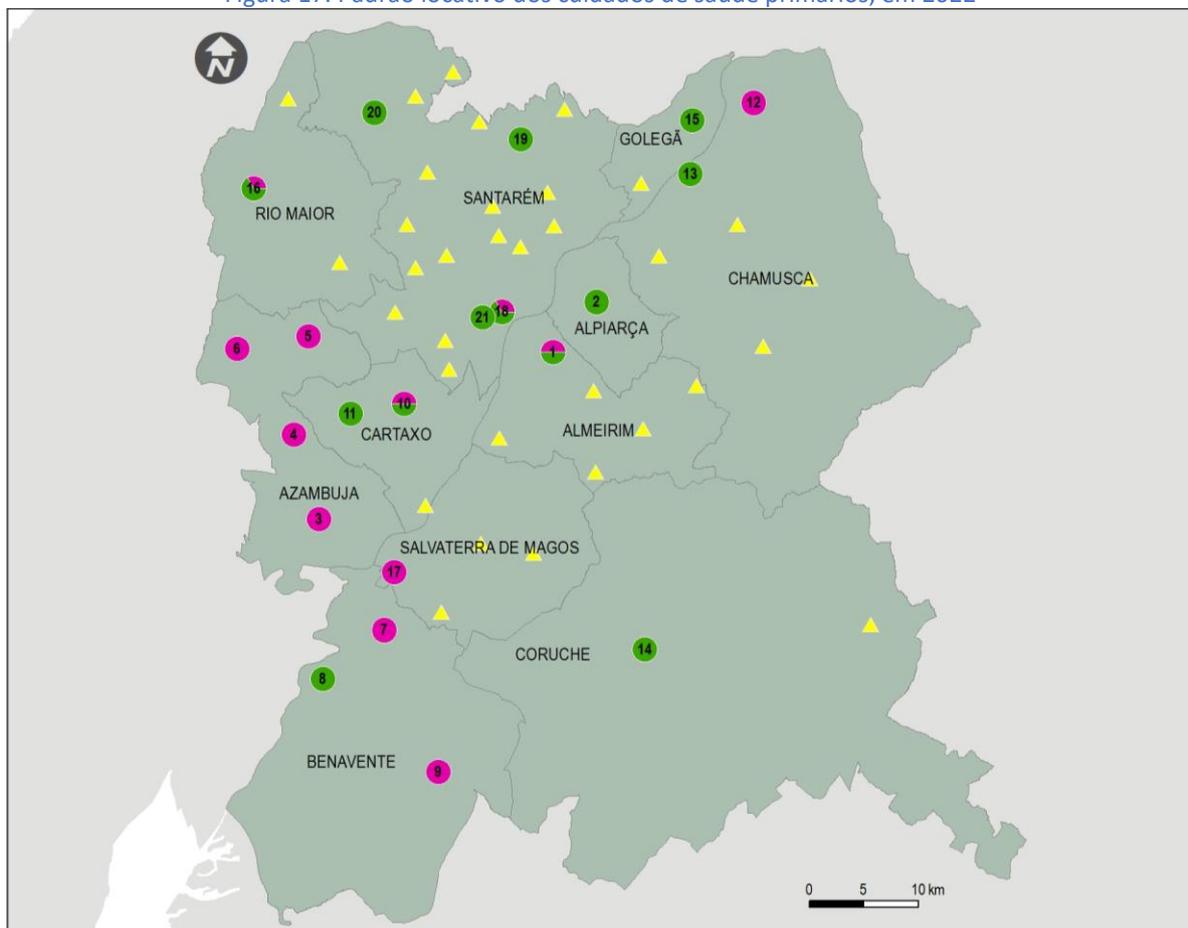
No restante território, a concentração destes equipamentos de saúde apresenta uma dotação relativamente homogénea entre municípios, não obstante as ténues diferenças identificadas. Alpiarça apresenta a menor oferta quantitativa, dispondo de um único equipamento, em contraste com Almeirim que apresenta o valor mais elevado (sete equipamentos de cuidados de saúde primários).

O mapa seguinte ilustra esta distribuição da oferta de cuidados de saúde primários, colocando em destaque o setor Este da Região, composto pelos municípios da Chamusca, Coruche e Benavente, por apresentarem uma oferta de equipamentos circunscrita face a áreas territoriais consideravelmente superiores.

Na análise da acessibilidade aos cuidados de saúde primários importa considerar, desde logo, dois princípios. Primeiro, o da igualdade, segundo o qual todos os cidadãos têm direito à proteção da saúde, através do SNS, universal e geral. Este deve ser tendencialmente gratuito, prevalecendo na sociedade a ideia de que para iguais necessidades, o Estado assegura igualdade de acesso e utilização, promovendo níveis homogéneos de qualidade. Segundo, o da racionalidade, que traduz a necessidade crescente de realizar investimentos considerando a necessária eficiência dos recursos humanos e

materiais, não sendo possível, todavia, assegurar à escala nacional níveis homogêneos de cobertura de todos os serviços e cuidados de saúde.

Figura 17. Padrão locativo dos cuidados de saúde primários, em 2022



**Cuidados de Saúde Primários**

● UCSP - Unidade de Cuidados Saúde Personalizados ● USF - Unidade de Saúde Familiar ▲ Polos / Extensões

**Centros de Saúde**

- |  |   |
|--|---|
| 1. CS de Almeirim: UCSP Almeirim / USF Córtes d'Almeirim | 12. CS da Chamusca: UCSP Chamusca   |
| 2. CS de Alpiarça: USF de Alpiarça                       | 13. CS da Chamusca: USF Chamusca  |
| 3. CS da Azambuja: UCSP Azambuja                         | 14. CS de Coruche: USF Vale Sorraia   |
| 4. CS da Azambuja: UCSP Aveiras de Cima                  | 15. CS da Golegã: USF CampuSaúde  |
| 5. CS da Azambuja: UCSP Manique do Intendente            | 16. CS de Rio Maior: UCSP Rio Maior / USF Villa Romana / USF Salinas de Rio Maior |
| 6. CS da Azambuja: UCSP Alcoentre                        | 17. CS de Salvaterra de Magos: UCSP Salvaterra de Magos                           |
| 7. CS de Benavente: UCSP Benavente                       | 18. CS de Santarém: UCSP Santarém / USF Almeida Garrett / USF Planalto            |
| 8. CS de Benavente: USF Samora Correia                   | 19. CS de Santarém: USF Alviela   |
| 9. CS de Benavente: UCSP Santo Estevão                   | 20. CS de Santarém: USF Foral Novo  |
| 10. CS do Cartaxo: UCSP Cartaxo / USF Cartaxo Terra Viva | 21. CS de Santarém: USF S. Domingos   |
| 11. CS do Cartaxo: USF D. Sancho I                       |   |

Fonte: Equipa Técnica, 2022

Sendo válidos ambos os princípios, traduzem o paradoxo entre as regiões mais ricas e povoadas que acolhem maiores níveis de investimento, em geral, e os territórios de baixa densidade e com maiores índices de envelhecimento – que são em geral aqueles onde se verificam maiores carências em matéria de prestação de cuidados de saúde –, registam dotações de serviços e equipamentos mais diminutos,

constituindo as distâncias-tempo aos equipamentos de saúde importantes barreiras à acessibilidade. Estes são ainda mais relevantes no que se refere aos cuidados de saúde primários, por se tratar de respostas tendencialmente de proximidade aos cidadãos, constituindo distâncias/tempo significativas, uma barreira muito relevante na acessibilidade aos SNS. Por conseguinte, a análise da perspetiva espacial na utilização dos equipamentos de saúde constitui-se determinante na avaliação das necessidades e desafios que o setor enfrenta num determinado território.

A análise das distâncias (m)/tempo(min) a partir dos cuidados de saúde primários evidencia que na generalidade dos municípios da Lezíria do Tejo a população se encontra bem servida. Dos onze concelhos da Região, dez encontram-se a uma distância(m)/tempo(min) até cinco minutos, a partir dos cuidados de saúde primários, indicativo de uma elevada proximidade e possibilidade de recurso às deslocações pedonais.

Porém, importa salientar novamente que a análise da acessibilidade geográfica aqui considerada assenta na relação entre a disponibilidade da oferta e as distâncias (m)/tempo(min) a partir dos cuidados de saúde primários, no entanto, mediante a consideração de outros fatores, como por exemplo, os horários de funcionamento dos equipamentos de saúde primários, o retrato da oferta seria certamente menos favorável.

No conjunto dos dez concelhos, Rio Maior apresenta a mais baixa proporção de população a uma distância (m)/tempo(min) de 5 minutos (66%), verificando-se que em Almeirim, Alpiarça, Golegã e Santarém, essa proporção é bem mais elevada (98%, 98%, 97% e 93% respetivamente).

Coruche apresenta um posicionamento singular e particularmente desfavorável, constituindo o único concelho onde uma grande parte dos residentes não se encontra a uma distância (m)/tempo(min) até 5 minutos (46%). Contudo, 63% encontram-se a uma distância-tempo até 10 minutos, o que constitui, ainda assim, distâncias-tempo de elevada proximidade. É em Coruche que se registam maiores proporções da população enquadradas em distâncias-tempo mais elevadas (37%, sendo que destes 9% fica sujeito a distâncias-tempo superiores a 20 minutos). Trata-se de uma barreira em matéria de acessibilidade aos equipamentos dos cuidados de saúde primários no município, mas também para a Região, uma vez que uma menor resposta ao nível dos cuidados de saúde primários poderá contribuir para uma procura maior e desnecessária dos cuidados diferenciados. No caso concreto de Coruche, a conjugação de uma considerável área territorial com uma das mais baixas dotações de equipamentos de saúde primários, apesar deste município registar um dos menores quantitativos populacionais da Lezíria do Tejo, concorrem para a situação descrita.

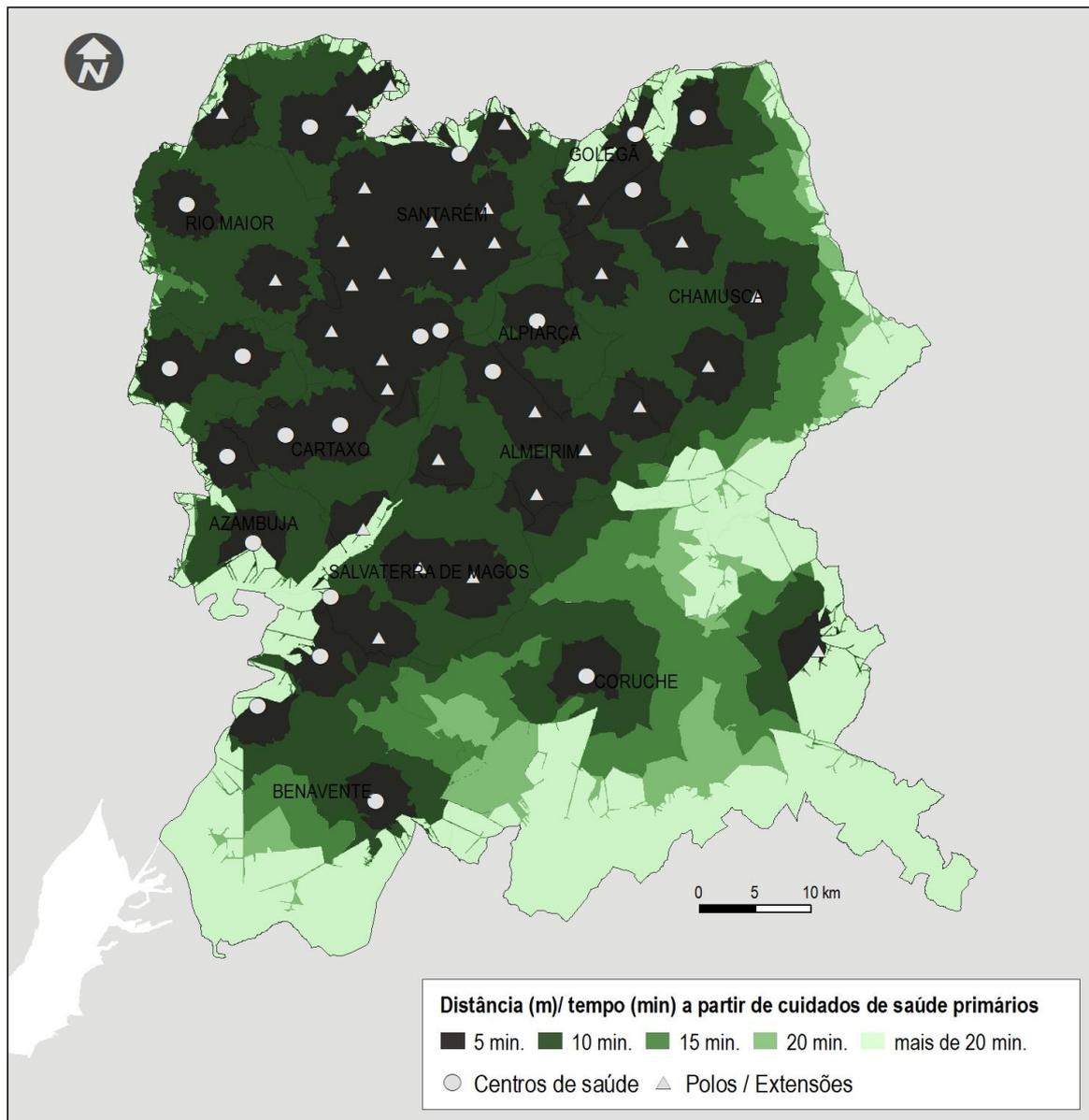
Nos restantes municípios, e apesar dos investimentos realizados em saúde no decurso das últimas décadas, observa-se uma persistência de franjas da população, ainda que muito residuais, enquadradas em distâncias (m)/tempo(min) superiores a 20 minutos, nomeadamente, 3% na Azambuja, 2% em Benavente e Golegã e 1% na Chamusca, Rio Maior, Salvaterra de Magos e Santarém.

Atendendo a critérios de eficiência e de racionalidade económica não será viável nem sustentável o investimento em equipamentos de cuidados de saúde primários que garantam distâncias (m)/tempo(min) homogéneas em todo o território. Importa ainda assim assegurar o princípio da equidade em saúde, garantindo resposta assentes num reconhecimento de necessidades diferenciadas da população, bem como aprofundar a análise de múltiplos fatores (por exemplo, existência de distintos horários de funcionamento dos equipamentos, de diferenciados modos de transporte, de disponibilidade de rendimento das populações, bem como dos seus níveis de escolaridade e subsequentes níveis de literacia em saúde), reduzindo os impactes das barreiras à acessibilidade, seja por recurso à telemedicina, unidades móveis de saúde, abertura de extensões, com

funcionamento circunscrito, disponibilidade regular de transporte de utentes, aposta nas mais modernas e qualificadas unidades de saúde, etc...

A proximidade aos equipamentos é uma premissa fundamental para todas as tipologias de equipamentos coletivos em saúde, ainda assim, particularmente relevante no caso dos cuidados de saúde primários, uma vez que aumenta as possibilidades de utilização destes serviços essenciais, face aos seus objetivos de promoção e de vigilância em saúde. Com efeito, as situações identificadas de pior desempenho devem ser, tanto quanto possível, objeto de análise, de modo a serem ultrapassadas.

Figura 18. Distância (m)/Tempo(min) a partir dos cuidados de saúde primários, considerando a população residente, em 2021



Concelhos	Indivíduos residentes, 2021 (n.º)	Distâncias-Tempo (%)				
		5 min	10 min	15 min	20 min	>20 min
Almeirim	22.016	98	2	0	0	0
Alpiarça	6.976	98	2	0	0	0
Azambuja	21.422	74	22	0	0	3
Benavente	29.716	89	7	2	1	2
Cartaxo	23.187	87	13	0	0	0
Chamusca	8.530	87	8	3	1	1
Coruche	17.356	46	17	18	10	9
Golegã	5.400	97	0	0	0	2
Rio Maior	21.005	66	33	1	0	1
Salvaterra de Magos	21.613	85	14	0	0	1
Santarém	58.671	93	6	0	0	1

Fonte: Equipa técnica, 2022

## 2 Avaliação do Edificado, Redes e Meio Envoltente

### Estado de conservação dos edifícios onde funcionam os equipamentos dos CSP globalmente positivo

A avaliação da acessibilidade aos edifícios onde funcionam os equipamentos de cuidados de saúde primários, de acordo com a perceção das entidades gestoras/responsáveis dos mesmos, é maioritariamente favorável (47,4% indicou “bom”). Em 9,6% destes equipamentos, registou-se mesmo uma avaliação de “excelente”, a que acresceram 21,8% com uma avaliação de “razoável”.

Nos últimos anos, têm-se registado importantes melhorias no que respeita à adoção de um conjunto de normas e técnicas básicas de eliminação de barreiras arquitetónicas em equipamentos coletivos, assim como na generalidade dos edifícios públicos e via pública, com o propósito central de melhorar a acessibilidade das pessoas com mobilidade condicionada. Considerando a heterogeneidade dos utentes dos centros de saúde, a existência de bons níveis de acessibilidade constitui-se como um fator muito positivo a destacar.

Persistem, no entanto, 8,3% de equipamentos com uma avaliação de “deficiente”. Trata-se de um segmento da oferta que merece especial atenção, na medida em que poderá traduzir a existência de barreiras ao acesso da população aos cuidados de saúde primários. Esta avaliação encontra-se primordialmente associada a constrangimentos na oferta de transportes públicos e apresenta-se transversal aos equipamentos de ambos os ACES.

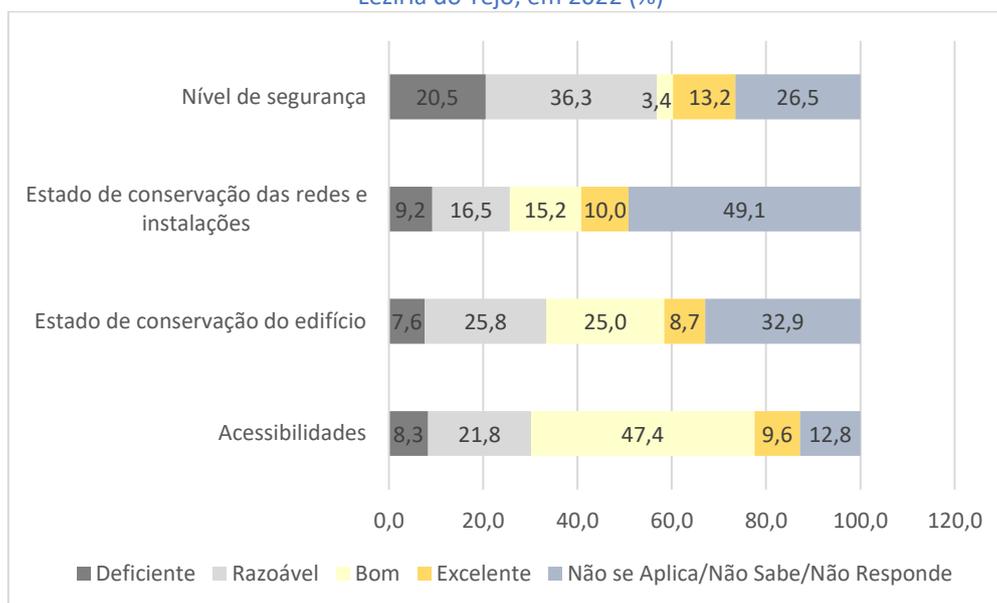
O estado de conservação dos edifícios é globalmente positivo na Lezíria do Tejo, com 48,7% destes avaliados como “razoável”, 41% como “bom” e 7,7% “excelente”, sendo que apenas em 2,6% a avaliação foi considerada “deficiente”.

Desta leitura global, na avaliação de cada uma das múltiplas dimensões consideradas em matéria de estado de conservação do edifício, verifica-se uma perceção positiva, por parte dos gestores e responsáveis destes equipamentos (“razoável” 25,8%, “bom” 25% e “excelente” 8,7%), ainda que 33% tenha optado por resposta não comprometida. As avaliações desfavoráveis sendo transversais às várias dimensões consideradas, recaem especialmente no que trata à climatização artificial, às caixilharia e portas exteriores e dispositivos de proteção de vãos exteriores (indicada em 17, 9 e 7 equipamentos respetivamente).

As redes e as instalações dos equipamentos apresentam hoje uma importância nevrálgica, quer para garantirem um normal funcionamento dos edifícios e da prestação de cuidados de saúde, mas também por questões de sustentabilidade ambiental e de eficiência energética. De acordo com os resultados obtidos, estes equipamentos apresentam uma prevalência de avaliações favoráveis ao seu estado de conservação (16,5% “razoável”, 15,2% “bom” e 10% “excelente”). Ainda assim, têm a segunda proporção mais elevada de avaliações negativas (9,2% considerou “deficiente”), situação apenas ultrapassada pelo campo relativo à segurança. Estas apreciações mais desfavoráveis ficam a dever-se essencialmente a uma triangulação de fatores, tais como a instalação de segurança contra incêndio, as instalações de climatização e as instalações de telecomunicações e contra intrusão (avaliação considerada “deficiente” em 11, 9 e 8 equipamentos respetivamente).

O último domínio considerado na avaliação do edificado, redes e meio envolvente, nos equipamentos onde são prestados os cuidados de saúde primários, foi o nível de segurança. Este domínio diferenciase dos restantes por reunir a maior proporção de equipamentos com avaliações de “deficiente” (20,5%), situação particularmente sensível considerando que regista a segunda menor taxa de respostas “não se aplica/não sabe/não responde” (26,5%). Entre as dimensões de análise sujeitas a avaliação, o sistema de deteção de incêndios, a proteção contra roubo e intrusão e o plano de evacuação foram os que registaram piores avaliações, por parte dos responsáveis e gestores dos equipamentos (sendo que num total de 39 equipamentos foram realizadas avaliações de “deficiente” em 14, 12 e 10 equipamentos).

Figura 19. Avaliação do edificado, Redes e Meio Envolvente, nos cuidados de saúde primários, na NUTS III Lezíria do Tejo, em 2022 (%)



Fonte: Equipa Técnica, 2022

Acresce notar que embora em 13,2% dos equipamentos sobressaia uma apreciação “excelente”, as classificações “bom” foram escassas (3,4%), sendo que as avaliações “bom” e “excelente”, conjuntamente, representaram menos de 1/5 da oferta de equipamentos (16,7% face a 57,1% no domínio das acessibilidades, 33,7% no estado de conservação do edifício e 25,2% no estado de conservação das redes e instalações).

Estes dados refletem a existência de contrastes significativos entre os equipamentos de cuidados de saúde primários existentes na sub-região, ao de nível da segurança. Globalmente, identifica-se um contraste entre ACES, não obstante a acentuada discrepância de equipamentos existentes entre ambos. O ACES Estuário do Tejo reúne neste domínio uma primazia de avaliações negativas, situação transversal a todos os aspetos analisados, ainda que com particular destaque para o plano de evacuação considerado “deficiente” em todos os equipamentos e para a simbologia de evacuação, proteção contra roubo e intrusão e sistema de deteção de incêndios, aspetos avaliados como “deficiente” na maioria dos equipamentos (em quatro num total de sete equipamentos que integram o ACES Estuário do Tejo). No âmbito do ACES Lezíria, a proteção contra roubo e intrusão, o sistema de deteção de incêndios e o plano de evacuação foram os que registaram maiores constrangimentos e carências, ainda que as avaliações “deficiente” tenham registado uma maior concentração nos equipamentos que servem de extensões do Centro de Saúde da Chamusca/USF Chamusca e do Centro de Saúde de Santarém/USF Alviela.

A presente avaliação do edificado, redes e meio envolvente, reflete subsequentemente necessidades heterogéneas entre os equipamentos dos cuidados de saúde primários, estreitamente associados ao seu tempo de funcionamento e obras de requalificação e melhoramentos entretanto realizadas. Tais constrangimentos devem assim ser tidos em conta num plano de hierarquização das intervenções a realizar, no curto e médio prazo, de forma a assegurar níveis de qualidade de serviço adequados para utentes e profissionais.

#### 4.4.3. Atividade Prestada

##### Atividade prestada nos equipamentos dos CSP com preponderância do atendimento médico e dos cuidados de enfermagem

Sendo que cuidados de saúde primários constituem a primeira linha de contacto da população com o SNS, a sua existência e os serviços disponíveis são determinantes para a prestação de cuidados à comunidade ao longo de todo o seu ciclo de vida. Identificada a oferta de equipamentos no território da Lezíria do Tejo, importa agora conhecer a atividade prestada e os níveis de procura recentemente verificados.

De acordo com os resultados dos inquéritos realizados, nos 39 equipamentos de saúde primários da Região são disponibilizados os serviços essenciais, designadamente, atendimento médico e cuidados de enfermagem. O serviço domiciliário é assegurado na maioria destas unidades funcionais (33), permitindo responder a distintas necessidades médicas da população residente, quer preventivas, quer curativas, sobretudo no caso de utentes impossibilitados de se deslocarem aos respetivos equipamentos ou com constrangimentos significativos em matéria de mobilidade.

Esta trilogia de serviços constitui a oferta central dos equipamentos de CSP, muito embora coexistam com outros, também eles relevantes. De acordo com a ARSLVT, os meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) integram a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados do ACES Lezíria (URAP), cujos profissionais prestam serviço/ colaboram em diversas Unidades Funcionais (USF; UCSP e UCC), não estando afetos em regime de exclusividade. Todos os Centros de Saúde do ACES Lezíria têm ou usufruem de alguns MCDT, como por exemplo, RX, Cardiopneumologia, entre outros.

##### Pandemia COVID-19 com impacte pronunciado nas diversas valências dos CSP, sem acompanhamento dos serviços de telemedicina

Estes equipamentos dispõem apenas da uma única área de especialidade médica, a medicina geral e familiar, situação que decorre diretamente natureza de nível primário destas unidades de saúde, ainda que indispensáveis e estruturantes na organização e funcionamento do SNS. Entre 2019 e 2020, registou-se um acréscimo de 1,5% do número de consultas realizadas nestes equipamentos, apesar do impacte despoletado pela pandemia COVID-19 (de 721.252 consultas, em 2019, para 732.614 consultas, em 2020).

Os dois ACES apresentam volumes de atividade bastante heterogéneos, sendo que em 2019, cerca de 83% das consultas médicas em medicina geral e familiar foram realizadas no contexto do ACES Lezíria, face a 17% no ACES Estuário do Tejo, que se justifica essencialmente, pela oferta/disponibilidade de equipamentos existente em cada um deles.

Este padrão no volume de consultas manteve-se no ano seguinte, com um ligeiro incremento da atividade no ACES Lezíria (3%), que passou de um volume de 595.100 para 612.336 consultas, entre 2019 e 2020. Em contrapartida, em igual período, o ACES Estuário do Tejo registou uma quebra de aproximadamente 5% das consultas médicas em medicina geral e familiar realizadas, passando de 126.152 para 120.278 consultas, refletindo assim um impacte diferenciado da pandemia em cada um dos ACES.

Apesar do acréscimo de consultas médicas em medicina geral e familiar, uma análise desagregada por valências indica que, no período considerado, apenas as consultas de vigilância na gravidez também tiveram um aumento (0,9%), diretamente associado à necessidade de prestação de cuidados regulares durante a gravidez. Contudo, a generalidade das restantes valências teve uma quebra, que oscilou entre ligeira (-13% os atendimentos no serviço de urgência básica (SUB) ou no serviço permanente ou prolongado (SAP), segundo o destino do utente - Domicílio, sem qualquer encaminhamento médico adicional) a mais pronunciada (-21,8% SUB/SAP, segundo o destino do utente – Hospital; -23,2% nas consultas médicas de saúde do recém-nascido, da criança e do adolescente; -41,2% nas consultas de saúde de planeamento familiar e -54,4% nas consultas de saúde oral). Esta quebra verificada em diversas valências traduz assim o impacte negativo e generalizado da pandemia no acesso a cuidados de saúde essenciais, indicando um retrocesso face aos esforços de melhoria e alargamento dos cuidados de saúde realizados no decurso das últimas décadas.

A pandemia COVID-19 impôs uma reorganização dos serviços de saúde e as teleconsultas ou consultas não presenciais foram uma das respostas encontradas para garantir a continuidade do acesso aos cuidados de saúde da população.

Muito embora as teleconsultas no SNS tenham passado de 15.000, em abril de 2020, para 138.000, em abril de 2021, indicando assim um aumento muito acentuado desta opção, estas não se verificaram nos CSP da Lezíria do Tejo. Não obstante as vantagens subjacentes para utentes, profissionais e SNS, a implantação da telemedicina acarreta desafios que importa considerar, para além de que o perfil do público-alvo pode comprometer a sua aplicação efetiva, sobretudo, em territórios com população mais envelhecida, com baixos níveis de instrução e literacia digital.

#### 4.4.4. Profissionais de Saúde

**Estrutura de recursos humanos com acréscimo de 9,4% induzida pela pandemia, com impacte mais significativo no pessoal dos serviços gerais e auxiliares**

Entre os critérios de avaliação do acesso e utilização dos cuidados de saúde hospitalares, a dotação de profissionais de saúde constitui-se particularmente relevante, na medida em que representa um fator

facilitador ou, pelo contrário, inibidor do acesso e respetiva utilização dos cuidados de saúde pela população.

No decurso da última década, o número de médicos por 1.000 habitantes melhorou significativamente, em Portugal, passando de 4,1, em 2011, para 5,7, em 2021, de acordo com o INE, o que perfaz um rácio positivo de mais 1,6 médicos por cada 1.000 habitantes. A maior atração/valorização social pela profissão, o aumento do *numerus clausus* definidos pelo Ministério da Ciência e Ensino Superior, assim como das vagas identificadas pela Ordem dos Médicos para a formação médica especializada explicam o aumento verificado.

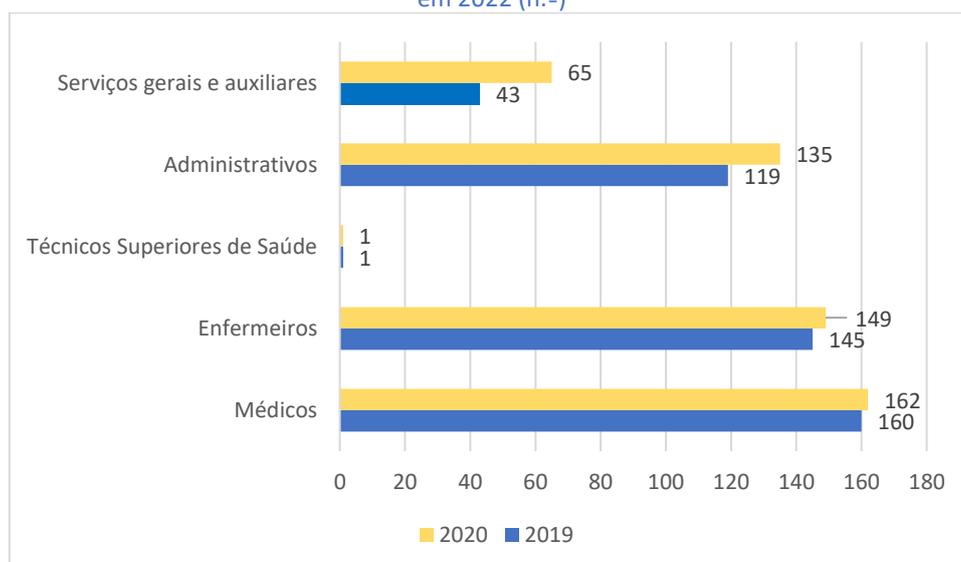
Este crescimento apresenta-se, no entanto, profundamente desigual no país, com a AML a apresentar o melhor rácio das NUTS II do Continente (6,8), seguida da Região Norte (5,7) e Centro (5,4), contrapondo com as NUTS II localizadas mais a Sul que apresentam rácios inferiores à média nacional (4,2 no Algarve e 3,2 no Alentejo).

A Lezíria do Tejo insere-se assim na Região NUTS II com menor dotação de médicos por 1.000 habitantes, com a agravante desta constituir uma das NUTS III com menor rácio (2,8) apenas ultrapassada pela NUTS III Alentejo Litoral, que apresenta a menor dotação (2,1), enquanto pelo contrário, o Alentejo Central apresenta a o rácio mais favorável (4,4).

A quantidade de recursos humanos disponibilizados pelos equipamentos de saúde assume a maior relevância, apresentando-se como uma determinante da equidade na saúde, sendo a sua fraca dotação, fator de elevada apreensão e reserva. A carência/insuficiência de recursos humanos nos CSP, compromete de forma evidente o normal funcionamento e o desejado desenvolvimento/progresso da resposta dos serviços de saúde, essencial nomeadamente, na prevenção de doenças.

Os CSP da Lezíria do Tejo totalizavam, em 2020, 512 funcionários; médicos e enfermeiros representavam o segmento mais expressivo (60,7%), sendo que 29,1% eram enfermeiros e 31,6% eram médicos. Já o pessoal administrativo constituía 26,4%, a que se seguia o pessoal dos serviços gerais e auxiliares (12,7%) e os técnicos superiores de saúde (0,2%).

Figura 20. Total de recursos humanos, por função, nos cuidados de saúde primários, na NUTS III Lezíria do Tejo, em 2022 (n.º)



Fonte: Equipa Técnica, 2022

Porém, esta estrutura de recursos humanos registou um incremento considerável no contexto da pandemia, face às necessidades de resposta com que estes serviços se confrontaram, tendo aumentado 9,4%, de 468 para 512, entre 2019 e 2020. Não obstante, não se registou um aumento homogéneo na estrutura de recursos humanos, tendo-se verificado o maior crescimento no pessoal dos serviços gerais e auxiliares (51,2%, de 43 para 65, no intervalo de um ano), uma vez que as funções de limpeza e de apoio prestado por estes profissionais, muito embora frequentemente consideradas invisíveis, revelaram-se ainda mais fundamentais. Com um crescimento bastante mais moderado, seguiu-se o pessoal administrativo, com acréscimo de 13,4%, em período homólogo.

A dinâmica evolutiva da estrutura de recursos humanos entre 2019 e 2020, indica que os restantes tiveram aumentos muito residuais ou nulos. Mais especificamente, os técnicos superiores de saúde mantiveram-se inalterados (apenas um recurso humano), os enfermeiros embora constituindo a segunda função quantitativamente mais relevante nos equipamentos de saúde, tiveram um aumento de apenas 2,8% (passaram de 145 para 149 profissionais) e, por fim, no que trata ao pessoal médico observou-se um reforço de apenas 1,3%, o que em termos práticos traduziu um aumento de apenas dois (de 160 para 162 médicos).

#### Disparidade na alocação de recursos humanos entre o ACES Lezíria e o ACES do Estuário do Tejo não imprime assimetrias significativas nos rácios de profissionais por equipamento

A desigual disponibilidade da oferta de equipamentos de CSP pelo território da Lezíria do Tejo é acompanhada de uma alocação heterogénea de recursos humanos. Com efeito, os 512 alocados, em 2020, concentravam-se primordialmente nos equipamentos do ACES Lezíria (82%), enquanto o ACES Estuário do Tejo agregava 18% do pessoal.

Uma análise detalhada da estrutura de recursos humanos sugere que, em geral, o ACES Estuário do Tejo reunia perto de 1/5 do total (16,7% dos médicos, 19,5% dos enfermeiros e 21,5% do pessoal administrativo). Constituía exceção apenas o pessoal dos serviços gerais e auxiliares, representando 10,8% e os técnicos superiores de saúde (a sua disponibilidade circunscrevia-se a este ACES).

Não obstante, os rácios de médicos e enfermeiros por equipamento de CSP apresentam-se similares entre os dois ACES. Assim, no que se refere aos médicos, verifica-se um rácio de 4,2 por equipamento no ACES Lezíria e de 3,9 no ACES Estuário do Tejo. Em relação aos profissionais de enfermagem, o ACES Estuário do Tejo apresenta uma dotação mais reforçada, com um rácio de 4,1 por equipamento, face a 3,8 no ACES Lezíria.

De salientar que na maioria dos equipamentos foi indicado que os recursos humanos atualmente alocados eram suficientes para as necessidades registadas. Esta é uma questão que divide fortemente os dois ACES, uma vez que no Estuário do Tejo houve uma prevalência de respostas negativas, pois em cinco indicaram que os recursos humanos atuais se apresentavam insuficientes, tendo apenas respondido afirmativamente o Centro de Saúde de Benavente/USF Samora Correia e o Centro de Saúde da Azambuja/UCSP Alcoentre indicou não saber/não responder).

As necessidades apontadas na maioria dos equipamentos de CSP do ACES Estuário do Tejo indicam carências apenas em termos de pessoal médico e enfermeiros, num total estimado de 22 recursos humanos (15 médicos e 7 enfermeiros).

#### Prevalência de profissionais de nacionalidade portuguesa nos CSP da Lezíria do Tejo, embora cerca de 18% dos médicos sejam de nacionalidade estrangeira

A análise do perfil do pessoal médico indica uma forte prevalência de profissionais de nacionalidade portuguesa nos CSP da Lezíria do Tejo (90%). Na esfera da nacionalidade dos recursos humanos, não são observadas disparidades entre os dois ACES, uma vez que o pessoal de nacionalidade portuguesa é dominante em ambos e tem uma incidência relativamente homogênea (88% no ACES Lezíria e 89% no ACES Estuário do Tejo). Ainda assim, importa salientar que o setor da saúde na Região integra, ao nível dos CSP, cerca de 1/10 de profissionais com nacionalidade estrangeira, sintomático quer da capacidade de absorção de cidadãos estrangeiros pelo setor, quer da importância dos mesmos na prestação de cuidados de saúde à população.

Uma desagregação por funções indica que é ao nível da enfermagem que há maior incidência de trabalhadores de nacionalidade portuguesa (95%), a que se seguem outros profissionais, tais como técnicos superiores de saúde, administrativos, assistentes técnicos e operativos (87%). Os valores mais reduzidos de recursos humanos de nacionalidade portuguesa verificam-se entre os médicos (82%), em que 18% destes profissionais são cidadãos estrangeiros. É efetivamente nesta área que o setor da saúde apresenta as maiores carências, em resultado do aumento do número de médicos portugueses que optaram por emigrar, nos últimos anos, ou por exercer funções fora do SNS, uma situação particularmente deficitária fora dos principais centros urbanos do país.

Atualmente, a falta de recursos humanos, nomeadamente de médicos e enfermeiros, é um dos maiores desafios com que o setor da saúde se depara, na generalidade do país. Não constituindo uma problemática recente, na medida em que se tem vindo a agravar no decurso dos últimos anos, esta configura uma ameaça séria à adequabilidade e eficiência do funcionamento do setor. Neste contexto, a tipologia de vínculos contratuais constitui-se como questão de destaque, verificando-se que na sub-região a grande maioria dos recursos humanos afetos aos equipamentos de CSP se encontram efetivos (81%), um fator positivo a sublinhar. Assim, aproximadamente 1/5 dos profissionais (18%) encontram-se a prazo, logo, com uma maior instabilidade laboral; existe também um grupo residual de profissionais com outros tipos de contratos (1%).

Uma análise desagregada por ACES revela a existência de ténues diferenças, com o ACES Lezíria a apresentar uma situação ligeiramente mais favorável, com 82% de efetivos, 17,5% a prazo e apenas 0,5% dos recursos humanos com outras situações contratuais. No ACES Estuário do Tejo, a proporção de profissionais efetivos constitui-se inferior (76,5%), a que acresce um segmento mais expressivo de pessoal a prazo (19,4%), bem como com outras tipologias de vínculos laborais (4,1%).

O ACES Lezíria do Tejo apresenta equipas domiciliárias de Cuidados Continuados Integrados, as quais abrangem um total de 51 profissionais, o que revela que cerca de 10% do total de recursos humanos dos equipamentos de CSP se encontram também alocados a estas funções. Dos 51 que integram estas equipas, 73% encontram-se abrangidos pelo ACES Lezíria e 27% pelo ACES Estuário do Tejo.

#### 4.4.5. Utentes

##### Utentes inscritos nos CSP registaram uma taxa de variação positiva de 7% entre 2019 e 2020

Em 2020, encontravam-se inscritos nos CSP da Lezíria do Tejo 233.371 utentes, o que correspondia a um acréscimo de aproximadamente 7% face a 2019, ano em que se encontravam inscritos 218.786. Este crescimento é particularmente significativo, considerando que se tratou de um ano marcado pelo aparecimento da COVID-19, demonstrando assim a capacidade de reorganização dos serviços e a implementação de novos procedimentos que permitiram ultrapassar os constrangimentos relacionados com a pandemia e aproximar os cidadãos do SNS, muito embora também os efeitos colaterais da pandemia tenham contribuído para esta aproximação.

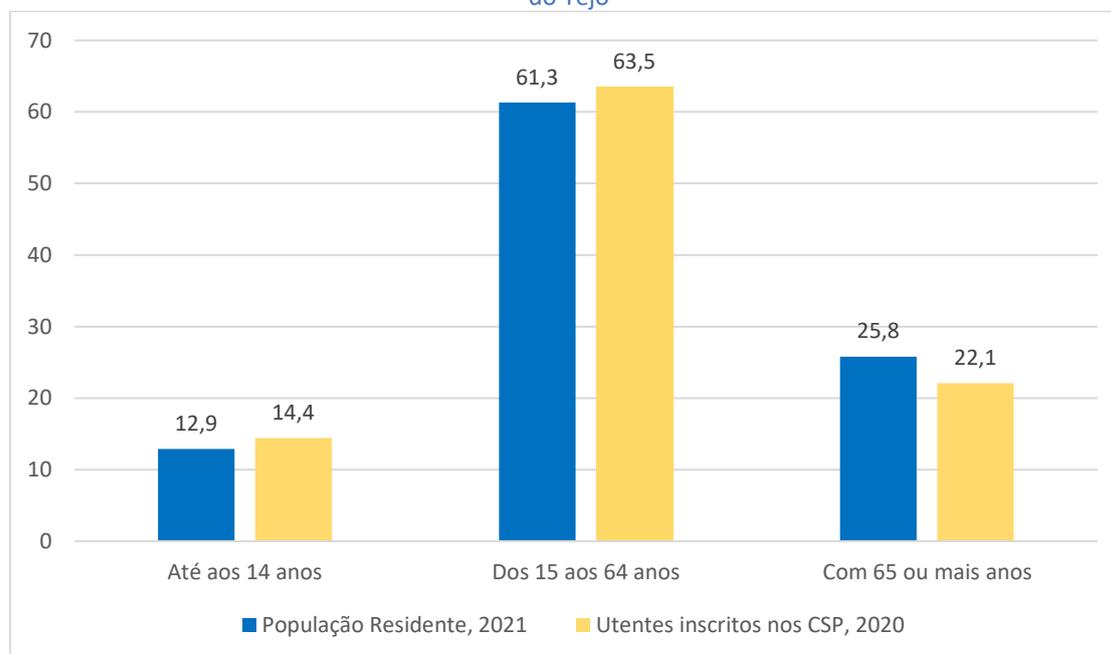
Os 233.371 utentes registados concentravam-se maioritariamente no ACES Lezíria do Tejo (80%). A dinâmica evolutiva do quantitativo de utentes, no período 2019 a 2020, indica que o ACES Lezíria do Tejo teve um crescimento mais pronunciado (7,2% da procura), face a uma tendência de crescimento mais ligeira no ACES Estuário do Tejo (4,5%).

O perfil dos utentes inscritos nos CSP em 2020, aponta para um equilíbrio de género, ainda que se verifique um número relativamente mais elevado de mulheres (53%). Esta ligeira discrepância resulta da conjugação de múltiplos fatores sociodemográficos, ainda que, em geral, as mulheres apresentem um padrão de procura mais elevado dos cuidados de saúde, o que pode explicar o diferencial registado.

A análise da estrutura etária dos utentes inscritos em 2020 demonstra que estes decalcam, em traços gerais, a estrutura da população residente, de acordo com os resultados preliminares dos Censos de 2021. Assim, a população em idade ativa (entre os 15 e os 64 anos de idade) constitui a maioria de utentes inscritos (63,5%), seguida pela população idosa (22,1%), enquanto as crianças e os jovens até aos 14 anos de idade constituem o grupo menos expressivo (14,4%).

Muito embora o progressivo envelhecimento da população se encontre fortemente associado a uma maior pressão do grupo etário com idade  $\geq 65$  anos sobre os cuidados de saúde, no caso concreto da Lezíria do Tejo, observa-se uma proporção de utentes inscritos nesta faixa etária abaixo da proporção de residentes (22,1% face a 25,8%), situação oposta à observada nos demais grupos etários. Esta circunstância reflete a complexidade da análise do acesso aos cuidados de saúde primários, devido às características da própria população e do território em causa (por exemplo, mobilidade da população residente e não residente, procura do SNS *versus* prestadores de saúde privados, a que acresce a disponibilidade da oferta privada de cuidados de saúde na Região e a forte proximidade à Grande Lisboa).

Figura 21. População por grupos etários, residente em 2021 e utentes inscritos nos CSP em 2020 (%), da Lezíria do Tejo

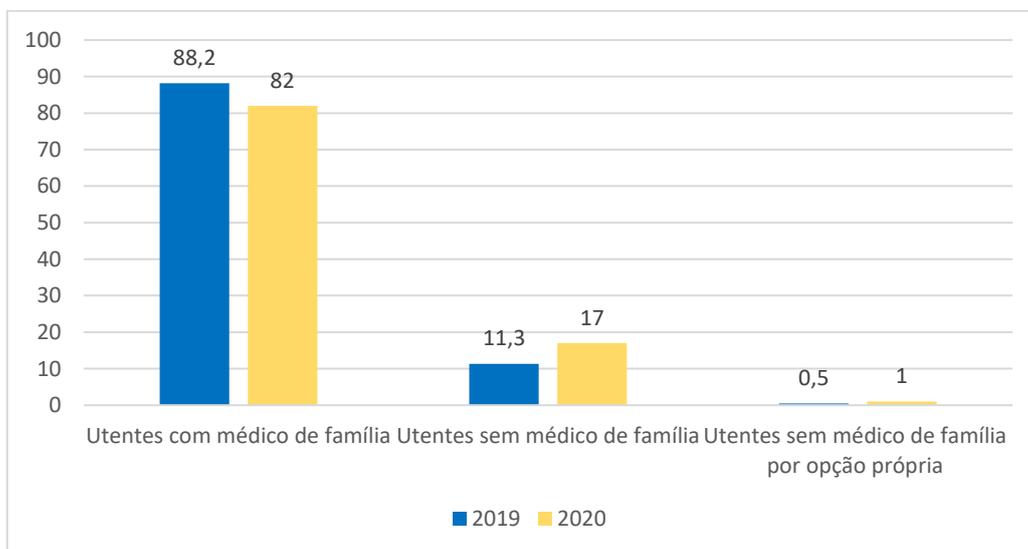


Fonte: Equipa Técnica, 2022

### Cerca de 17% dos utentes inscritos nos CSP da Lezíria do Tejo encontravam-se sem atribuição de médico de família em 2020

Em 2020, 82% dos utentes inscritos tinham médico de família (186.673), 17% não tinham médico de família (38.516) e cerca de 1% não tinha médico de família por opção própria (1.651). Estes valores resultam de uma oscilação considerável verificada, entre 2019 e 2020, com particular destaque para o muito significativo aumento de utentes sem médico de família (61,2%, que passaram de 23.894 para 38.516) e dos que não tinham médico de família por opção (70,2% que de 970, em 2019, passaram a 1.651, em 2020), enquanto os utentes inscritos com médico de família tiveram um ténue decréscimo (-0,2% diminuindo de 187.033, em 2019, para 186.673, em 2020).

Figura 22. Uteses inscritos nos CSP da Lezíria do Tejo (N.º), segundo a atribuição/não atribuição de médico de família, em 2019 e 2020



Fonte: Equipa Técnica, 2022

O facto de aproximadamente 1/5 dos utentes se encontrar sem médico de família atribuído, é um fator de risco acrescido e reflexo de relativa incapacidade de resposta na atividade dos cuidados de saúde primários. Esta circunstância leva a um aumento do recurso aos serviços de urgência, quer dos CSP, quer dos hospitais, pressionando, em particular, a capacidade de resposta destes equipamentos, o que acarreta, entre outros, custos financeiros consideráveis para o SNS. A falta de atratividade de determinados territórios, mesmo daqueles que dispõem de infraestruturas recentes, constitui um desafio efetivo no país, conducente ao não preenchimento das vagas dos concursos abertos para médicos ao nível dos cuidados de saúde primários, uma situação que importa considerar devidamente de forma holística (estado das infraestruturas e equipamentos de saúde; área de residência do pessoal médico e respetiva mobilidade; custos de mobilidade associados; sentimento de (in)segurança em determinados territórios problemáticos; gestão dos concursos para medicina geral e familiar a nível nacional versus regional; ação competitiva dos municípios na atração/fixação de médicos; etc...).

Dos 38.516 utentes inscritos nos CSP sem médico de família, 60% pertenciam ao ACES Estuário do Tejo, enquanto o ACES Lezíria do Tejo registava 40%.

Neste contexto, em que todos os cidadãos, sem exceção, devem estar abrangidos/protegidos pelas políticas de promoção e proteção da saúde e devem poder aceder aos diversos serviços disponíveis,

verificam-se, no entanto, assimetrias consideráveis na evolução do quantitativo de utentes com médico de família (apenas no intervalo de um ano, entre 2019 e 2020). Desde logo verifica-se uma quebra dos utentes que usufruem deste serviço de saúde na maioria dos municípios da Lezíria do Tejo (7). O acesso /o direito a um médico de família apresenta-se particularmente deficitário nos municípios de Azambuja, onde se verificou uma quebra de 7.162 utentes com médico de família, em apenas dois anos, seguida de Benavente (-3.895 utentes), de Rio Maior (-2.111 utentes) e de Coruche (-1.912 utentes).

A obtenção de médico(s) de família teve, por sua vez, uma tendência positiva em 3 municípios, com particular destaque para Santarém (acréscimo de 1.773 utentes com médico de família), seguido do Cartaxo (888 utentes) e de Alpiarça (41 utentes).

Tabela 13. Evolução dos utentes com médico de família, na Lezíria do Tejo (2019 e 2020)

	Utentes com médico de família		
	2019	2020	Taxa de variação 2019/2020
Almeirim	.*	12310	-
Alpiarça	24	65	170,8
Azambuja	13.316	6.154	-53,8
Benavente	22.119	18.224	-17,6
Cartaxo	24.526	25.414	3,6
Chamusca	7.192	7.117	-1,0
Coruche	19.466	17.554	-9,8
Golegã	6.037	5.938	-1,6
Rio Maior	21.544	19.433	-9,8
Salvaterra de Magos	14.897	14.779	-0,8
Santarém	57.912	59.685	3,1
	18.7033	18.6673	0,19

Fonte: Equipa Técnica, 2021

- Sem informação para Almeirim, em 2019.

Estes dados indicam apenas a tendência observada de cobertura dos cuidados de saúde primários, com vista a assegurar-se o acesso a um médico de família à generalidade dos cidadãos, neste intervalo de tempo, minimizando assim as assimetrias de acesso e cobertura de médico de família, não se devendo efetuar comparações diretas entre municípios, dada a distribuição assimétrica da população por concelho.

#### 4.4.6. Financiamento e Desafios

##### Três equipamentos de CSP apresentam investimentos previstos para os próximos dois anos

O SNS e, em particular, os CSP, confrontam-se com um conjunto diversificado e complexo de mudanças (demográficas, epidemiológicas, tecnológicas, etc...), agravadas recentemente pela pandemia COVID-19, que lhes exigem reformas e investimentos frequentes, essenciais para assegurar níveis de desempenho adequados e responder às necessidades de uma população mais informada e com padrões de exigência mais elevados.

Apenas três equipamentos de CSP indicaram a existência de investimentos a curto prazo (próximos dois anos) e 11 referiram não ter previsão (em 25 equipamentos não sabem/não responderam). De

um modo geral, a maioria destes equipamentos não parece enfrentar desafios significativos que comprometam o seu funcionamento, uma vez que dos 39 equipamentos, no ACES Estuário do Tejo, apenas em quatro foram indicados constrangimentos. A carência de recursos humanos, em particular de pessoal médico, constitui-se como o desafio transversal aos quatro equipamentos, sendo que apenas um deles acrescentou um segundo desafio, decorrente das condições de acessibilidade deficitárias.

## 4.5. Cuidados de Saúde Hospitalares

### 4.5.1. Prestadores de Cuidados de Saúde Hospitalares

#### 1 Perfil Geral

Oferta de cuidados de saúde diferenciados é assegurada por três hospitais

Na NUTS III Lezíria do Tejo, a oferta de cuidados de saúde integra três hospitais, sendo que dois são públicos: o Hospital Distrital de Santarém e o Hospital de Vila Franca de Xira e um privado: o Hospital CUF Santarém. Os três participaram no processo de recenseamento realizado no âmbito da presente Carta (no caso do Hospital de Vila Franca de Xira tendo sido parcial, circunscrito à entidade gestora).

O Hospital Distrital de Santarém constitui o equipamento hospitalar de referência para os municípios de Almeirim, Alpiarça, Cartaxo, Chamusca, Coruche, Golegã, Rio Maior, Salvaterra de Magos e Santarém. Trata-se de uma unidade com uma área de influência distrital, que visa assim assegurar este nível de cuidados de saúde essencial no distrito de Santarém. O Hospital de Vila Franca de Xira assegura a resposta hospitalar aos municípios de Azambuja e Benavente, prestando este ainda cuidados às populações dos municípios de Alenquer, Arruda dos Vinhos e Vila Franca de Xira, que não integram a NUTS III Lezíria do Tejo.

O Hospital Distrital de Santarém e o Hospital de Vila Franca de Xira são geridos por Entidade Pública Empresarial (E.P.E), pessoas coletivas de direito público, com natureza empresarial, criadas pelo Estado para prossecução dos seus fins, de acordo com o Artigo 56.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, que aprova o novo regime jurídico do setor público empresarial. Já o Hospital CUF Santarém é gerido por uma entidade privada, uma empresa portuguesa que integra uma rede de unidades de saúde (hospitais, clínicas e um instituto) distribuídos por vários concelhos do país.

Os órgãos de gestão são compostos por um quantitativo circunscrito de pessoas (um total de cinco no Hospital de Vila Franca de Xira e oito em cada um dos restantes), apresentando uma distribuição tendencialmente equilibrada entre os géneros, perfazendo no total das três unidades hospitalares 11 homens e 10 mulheres.

Entre os órgãos de gestão, prevalece um nível de escolaridade maioritariamente elevado, situação transversal a todos os equipamentos hospitalares. O nível superior de escolaridade afirma-se indelevelmente como o mais comum, apresentado por 18 órgãos de gestão, ainda que não sendo exclusivo, uma vez que um órgão de gestão detém o ensino secundário e dois apresentam outro nível de escolaridade não especificado.

## 2 Dinâmica de Empregabilidade

Entidades gestoras dos equipamentos hospitalares (na qualidade de entidades empregadoras), apresentam uma clara primazia de trabalhadores do sexo feminino e de nacionalidade portuguesa

Em 2020, as três entidades gestoras destes hospitais, na qualidade de entidades empregadoras, abrangiam um total de 3.968 trabalhadores. A repartição de recursos humanos por entidade gestora apresentava-se, no entanto, assimétrica, com o Hospital Distrital de Santarém E.P.E. a concentrar a maior alocação de trabalhadores (48,8%), seguido do Hospital de Vila Franca de Xira E.P.E. (38,5%), e por fim do Hospital CUF Santarém, S.A. agregava pouco mais de 1/10 do total Região (12,7%).

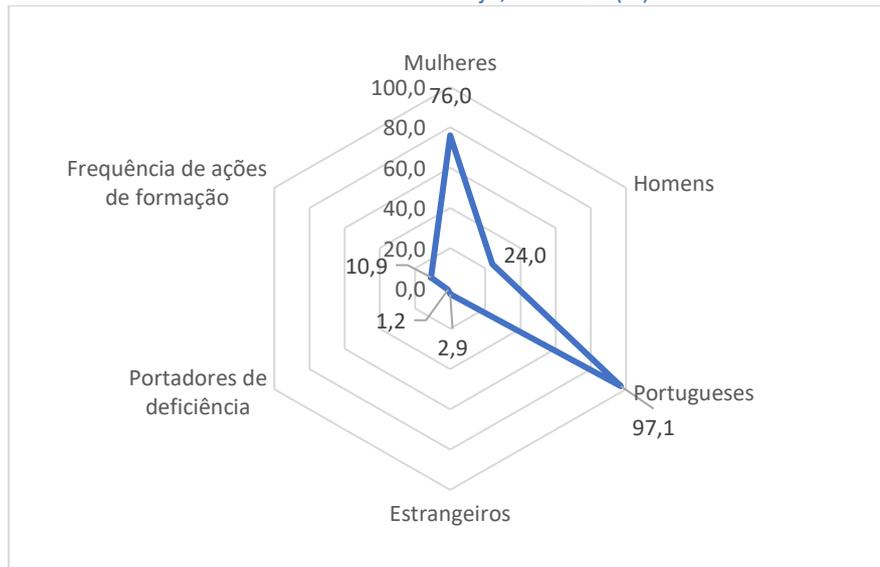
A estrutura global de recursos humanos registava uma clara primazia dos trabalhadores do sexo feminino, que correspondiam a 76% dos três hospitais. É no Hospital de Vila Franca de Xira E.P.E. que esta discrepância se revela mais acentuada, onde as mulheres correspondem a 81% do total de trabalhadores, seguindo-se o Hospital Distrital de Santarém E.P.E. (76%), enquanto o Hospital CUF Santarém, S.A. apresentava um ligeiro esbatimento desse contraste, com os recursos humanos do sexo feminino a representarem 63,4% do total.

A força de trabalho proveniente do estrangeiro ou pelo menos com nacionalidade estrangeira, revela-se muito circunscrita nos três hospitais (2,9%). Ainda que constituindo esta uma tendência transversal aos três hospitais, os públicos registam incidências ligeiramente superiores e similares (3,6% no Hospital Distrital de Santarém E.P.E. e 3,1% no Hospital de Vila Franca de Xira E.P.E.) face ao privado (0,4%).

De igual modo, também a inserção de trabalhadores com deficiência é uma realidade muito circunscrita, limitada a 1,9% dos seus recursos humanos (correspondentes a 47 trabalhadores). Uma análise desagregada por entidades, indica, no entanto, que o Hospital Distrital de Santarém E.P.E. abrange um maior número de trabalhadores com esta condição (2,4%), comparativamente ao Hospital CUF Santarém, S.A. que apresenta apenas um trabalhador com deficiência, não integrando o Hospital de Vila Franca de Xira E.P.E. qualquer trabalhador portador de deficiência na sua estrutura de recursos humanos.

As entidades gestoras dos equipamentos hospitalares apresentam uma manifesta aposta na formação e aprendizagem ao longo da vida dos seus trabalhadores, uma condição cada vez mais comum e impreterível entre a população adulta inserida no mercado de trabalho, mas particularmente crucial no setor da saúde, essencial para garantir uma maior e melhor prestação de cuidados. Em 2019, cerca de 12% dos trabalhadores frequentaram ações de formação proporcionadas pela Entidade, valor que decresceu ligeiramente no ano seguinte para 10,9%, uma quebra indissociável da pressão gerada pela pandemia COVID-19 no setor da saúde e, em particular, ao nível hospitalar. Contudo, estes dados são relativos exclusivamente ao Hospital Distrital de Santarém E.P.E. e ao Hospital CUF Santarém, S.A., uma vez que, de acordo com o processo de recenseamento realizado, no Hospital de Vila Franca de Xira E.P.E. nenhum trabalhador terá frequentado ações de formação nos anos de 2019 e 2020.

Figura 23. Perfil dos profissionais de saúde, nas Entidades Gestoras dos Cuidados de Saúde Diferenciados, na NUTS III Lezíria do Tejo, em 2020 (%)



Fonte: Equipa Técnica, 2022

De salientar que, em ambos os períodos considerados, o Hospital CUF Santarém, S.A. apresentou maiores proporções de trabalhadores a frequentar ações de formação proporcionadas pela Entidade (36%, em 2019 e 27%, em 2020, face a 17% e 15% respetivamente, registadas no Hospital Distrital de Santarém E.P.E.). De acordo com estes valores, no ano que antecedeu a pandemia, a entidade gestora do Hospital CUF Santarém, S.A. apresentava níveis de investimento em formação dos seus trabalhadores muito superiores aos realizados pela entidade gestora do Hospital Distrital de Santarém E.P.E. Uma situação que decorre de múltiplos fatores explicativos, mas que, não obstante, evidencia o maior investimento dos privados no setor da saúde na Região.

#### Entidades gestoras dos hospitais apresentam uma política ativa de contratação de trabalhadores nos últimos dois anos

As entidades gestoras dos hospitais existentes na Lezíria do Tejo, apresentam uma política ativa de contratação de profissionais de saúde. Em 2019, registaram conjuntamente um quantitativo de 376 trabalhadores contratados, valor que cresceu para 417, em 2020, uma intensificação dos níveis de contratação associada aos efeitos da pandemia no mercado de trabalho e, em particular, no setor da saúde. Estes valores não incluem, no entanto, o Hospital de Vila Franca de Xira E.P.E., para o qual não foi possível obter informação.

Em 2020, apesar de equivalentes, verificavam-se algumas diferenças nos níveis de contratação das duas entidades, com o Hospital Distrital de Santarém E.P.E. a registar níveis de contratação ligeiramente superiores, contratando, nesse ano, cerca de 19% do total dos seus recursos humanos (a entidade gestora do Hospital CUF Santarém contratou aproximadamente 12% dos seus recursos humanos, em igual período).

Esta dinâmica de contratação está, no entanto, associada a uma prevalência de contratos precários no setor da saúde, evidenciada pela primazia de contratos de prestação de serviços, como por exemplo, as avenças, nas tipologias de contrato de trabalho adotados, tendo estes correspondido a 38,2% do total de novos contratos de trabalho realizados por ambas as entidades gestoras, entre 2019 e 2020. Apesar da considerável expressão que esta tipologia de contratos de trabalho apresenta

conjuntamente, no Hospital CUF Santarém, S.A., atinge valores superiores (62,3%), em comparação ao Hospital Distrital de Santarém E.P.E. (33,1%).

Os diversos vínculos contratuais precários agregados apresentam-se, em cada uma destas entidades gestoras, como as principais formas de contratação. Assim, os trabalhadores contratados nos últimos dois anos, com contratos de trabalho a termo certo, a termo incerto ou em prestação de serviços representam a maioria em ambas as unidades hospitalares (66% pelo Hospital Distrital de Santarém E.P.E. e 95,7% pelo Hospital CUF Santarém, S.A.).

Entre as duas entidades gestoras, na qualidade de entidades empregadoras, a principal discrepância é observada no Hospital CUF Santarém, S.A. que apresenta uma diminuta incidência de contratos de trabalho promotores de maior estabilidade e segurança, designadamente, os contratos de trabalho por tempo indeterminado (efetivo ou sem termo), que representam apenas 4,3% dos contratos realizados nos últimos dois anos. Pelo contrário, esta modalidade contratual assume uma expressão superior no Hospital Distrital de Santarém E.P.E. (34,2%), constituindo a tipologia mais significativa e evidenciando a dupla intenção de reforçar e estabilizar os seus quadros.

A segurança contratual e a qualidade geral das condições laborais representam um dos desafios mais prementes que o setor da saúde enfrenta na atualidade, essenciais para conservar e cativar talentos e consequentemente decisivos na qualidade do serviço de saúde prestado às populações. Não sendo esta uma preocupação específica das entidades gestoras dos equipamentos hospitalares desta Região, mas antes uma problemática nacional, comum ao setor público e privado, a precarização dos profissionais é uma realidade que tem vindo a adensar-se, num setor que tem nos recursos humanos a sua expressão qualitativa e quantitativa mais significativa e que, por isso, se assume como particularmente crítica em territórios com mais baixas densidades populacionais. A menor oferta de equipamentos coletivos hospitalares e a maior dificuldade em captar profissionais de saúde para fora das principais áreas metropolitanas do país, representam ameaças à garantia do funcionamento contínuo de alguns serviços que importa considerar. Esta volatilidade no funcionamento, traduz-se incontornavelmente na necessidade de os utentes da Região percorrerem maiores distâncias-tempo, o que subseqüentemente acarreta perdas de qualidade do serviço de saúde prestado e consequências severas para as populações que dele precisam.

### 3 Financiamento e Perspetivas de Investimento

#### Fontes de financiamento dos hospitais em funcionamento alinhadas com a natureza jurídica das respetivas entidades gestoras

As fontes de financiamento dos hospitais em funcionamento na Lezíria do Tejo apresentam uma estreita articulação com os modelos de gestão e natureza jurídica das entidades. Assim, no caso do Hospital Distrital de Santarém E.P.E. e do Hospital de Vila Franca de Xira E.P.E., a administração central representa a principal fonte de financiamento, utilizada para o funcionamento e manutenção da entidade. Já no caso do Hospital CUF Santarém, S.A, recorre exclusivamente a financiamento privado.

Em qualquer um dos casos, não se verificam formas de financiamentos híbridas, o que acarreta algumas desvantagens em termos de sustentabilidade. As fragilidades destes modelos de financiamento dos hospitais são ainda agravadas pela contínua necessidade de inovação e de modernização tecnológica das unidades hospitalares, bem como pela pressão exercida pelo envelhecimento populacional da sociedade portuguesa.

A incorporação de inovação tecnológica na saúde é atualmente de uma importância incontornável, sendo o processo de transição no setor crucial para a existência de um sistema de saúde moderno e

atualizado, bem como para responder às mais diversas necessidades e assim melhorar a qualidade de vida dos doentes. Porém, esta acarreta desafios financeiros acrescidos com custos muito elevados associados, nomeadamente devido à necessária transversalidade a todo o setor.

Por outro lado, o envelhecimento demográfico representa igualmente um desafio importante a considerar, sobretudo pelo amplo impacto nas perspetivas de investimento das entidades gestoras dos equipamentos de saúde. Ao nível hospitalar, o acelerado processo de envelhecimento populacional da sociedade portuguesa acarreta uma sobrecarga dos serviços de urgência com doentes crónicos e descompensados, oriundos da comunidade e de instituições de solidariedade social, que carecem de cuidados e acabam por criar dificuldades acrescidas ao normal funcionamento dos serviços. Concomitantemente, traduz-se na necessidade efetiva de aumento de camas de internamento em medicina interna e na persistência de inúmeras situações de “casos sociais” internados, por falta de resposta das famílias e das instituições sociais.

De acordo com o inquérito realizado, os hospitais não efetuam gastos regulares em medidas de gestão ambiental, o que constitui fator de preocupação acrescido, dado o volume de resíduos produzidos por este tipo de equipamentos de saúde e pelo impacte ambiental daí decorrente. Num contexto de crescente crise ambiental e de necessidade de adaptação às alterações climáticas e atenuação dos seus efeitos, a adoção de medidas efetivas e urgentes constitui-se como imperativa e urgente. A melhoria global das condições de funcionamento do sistema de recolha seletiva nestes equipamentos de saúde, visando o incremento da componente valorizável e o respetivo tratamento, bem como a promoção de iniciativas de formação com vista a uma maior consciência ambiental de todos os profissionais, constituem-se atualmente como medidas fundamentais de preservação ambiental, que importa adotar e melhorar continuamente.

Para o horizonte temporal dos próximos dois anos, nenhuma das entidades gestoras prevê ainda a abertura de novos serviços/valências nos equipamentos existentes da sua respetiva gestão, na Lezíria do Tejo.

## 4.5.2. Equipamentos Hospitalares

### 1 Acessibilidade Geográfica aos Hospitais

#### Equipamentos hospitalares com dimensão heterogénea

A prestação de cuidados de saúde hospitalares na Lezíria do Tejo iniciou-se em 1985, ano de entrada em funcionamento do Hospital Distrital de Santarém E.P.E, construído dois anos antes. Os outros dois hospitais constituem unidades hospitalares mais recentes, cujos investimentos foram realizados sensivelmente ao longo da última década e que contribuíram para o reforço da prestação de melhores condições de saúde aos utilizadores dos serviços, bem como aos prestadores destes cuidados, na medida em que promoveram uma redução da pressão da procura sobre o Hospital Distrital de Santarém.

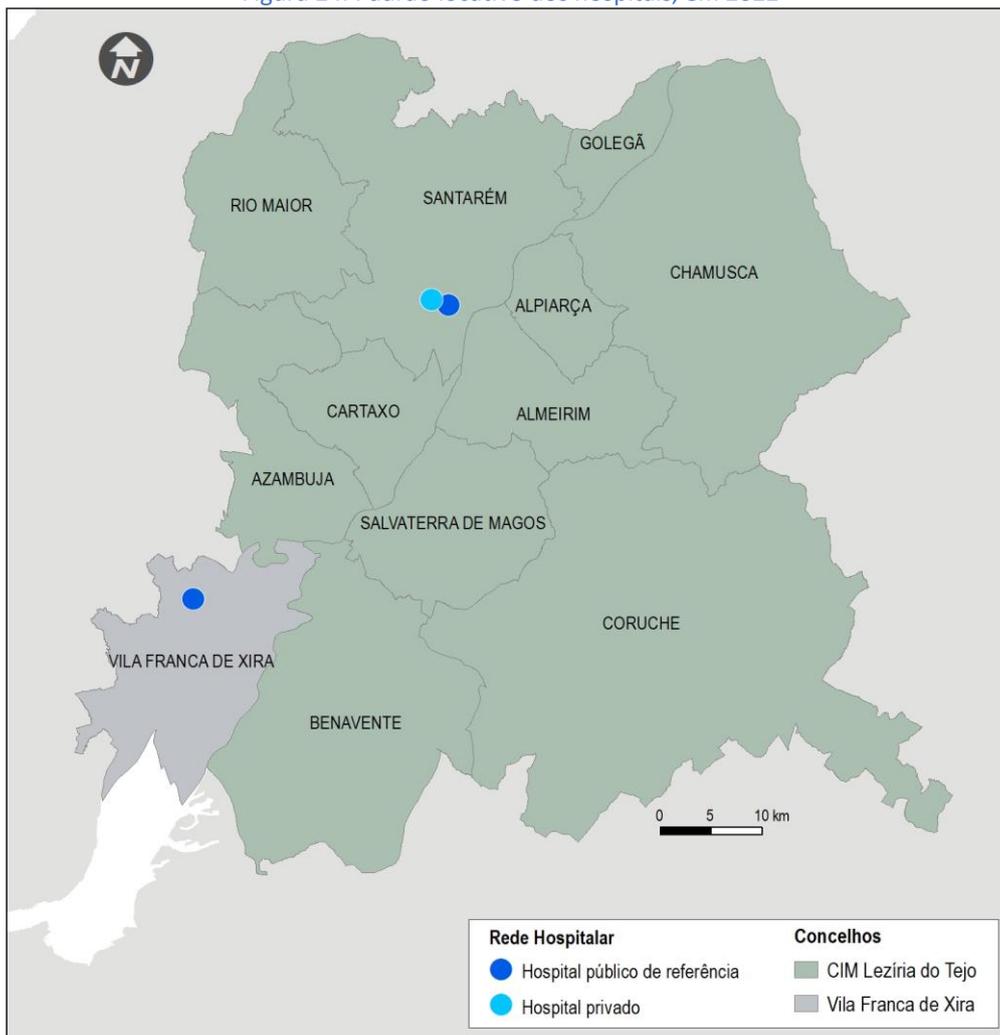
O Hospital CUF Santarém conta com aproximadamente um decénio ao serviço da população da Lezíria do Tejo, tendo sido construído e entrado em funcionamento em 2011. O Hospital de Vila Franca de Xira constitui a unidade hospitalar mais recente, tendo sido inaugurado em 2013, para servir a população residente nos concelhos de Alenquer, Arruda dos Vinhos, Azambuja, Benavente e Vila Franca de Xira.

O Hospital Distrital de Santarém e o Hospital CUF Santarém foram construídos de raiz para o efeito. No entanto, apresentam dimensões consideravelmente heterogéneas. O primeiro, na qualidade de principal hospital geral e público da Região, detém uma área útil de 42.590 m<sup>2</sup>, consideravelmente superior à do Hospital CUF Santarém, de 5.365 m<sup>2</sup>, mas cuja entrada em funcionamento veio contribuir para a diversificação da oferta de cuidados de saúde neste território, colmatando assim o défice da oferta privada, possibilitando mitigar a dependência e subsequente pendularização face à oferta existente na AML.

A Lezíria do Tejo apresenta importantes assimetrias internas nas distâncias-tempo a partir dos cuidados de saúde diferenciados

Os três hospitais apresentam um padrão locativo que se pauta pela concentração espacial, encontrando-se localizados em dois municípios. O Hospital Distrital de Santarém é um hospital geral e, por isso, à semelhança do que se verifica na generalidade do país, localiza-se no principal centro urbano da Região, no concelho de Santarém. Com efeito, apresenta uma forte proximidade do Hospital CUF Santarém, também localizado no mesmo município. O Hospital de Vila Franca de Xira, situado fora território da NUTS III Lezíria do Tejo, em Vila Franca de Xira, serve diretamente dois dos concelhos da área de intervenção (Azambuja e Benavente).

Figura 24. Padrão locativo dos hospitais, em 2022



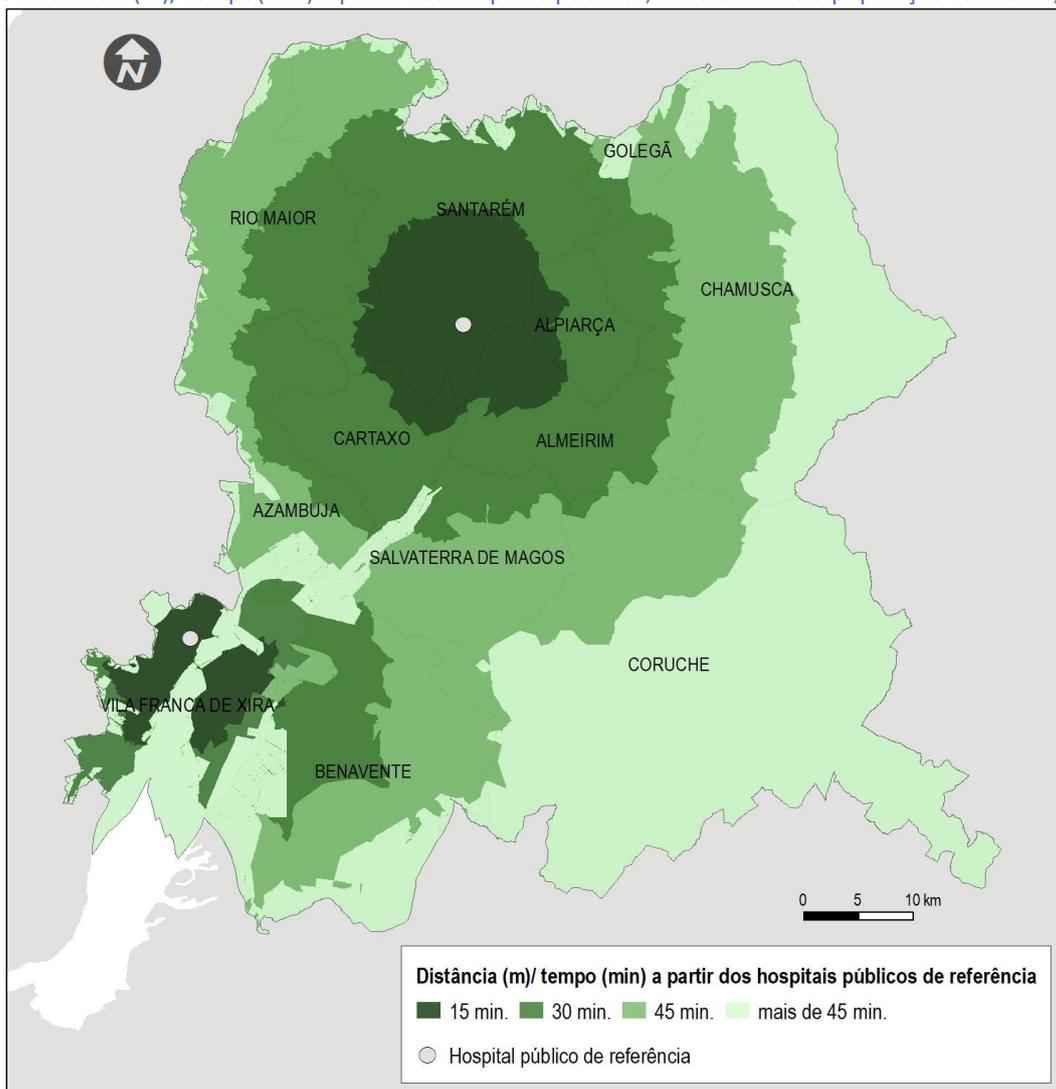
Fonte: Equipa Técnica, 2022

Contudo, a sua importância estende-se a toda a Região, num contexto de resposta dos equipamentos hospitalares não circunscrita à população da sua área de influência direta, mas também de outras mais ou menos distantes, dependendo das condições de qualidade e da quantidade de recursos físicos e humanos que disponibilizam, mas também decorrente do princípio atualmente vigente no SNS, de liberdade de escolha dos utentes, no que se refere ao hospital a que se dirigem, uma medida relativamente recente que visa aumentar a eficiência da resposta dos cuidados de saúde diferenciados, otimizando e melhorando a capacidade e qualidade dos serviços prestados.

Na análise da acessibilidade aos cuidados de saúde diferenciados importa igualmente considerar os princípios da igualdade e da racionalidade anteriormente referidos, uma vez que o antagonismo que traduzem reflete-se na disponibilidade da oferta e subsequentemente na saúde da população residente.

O atual padrão locativo dos hospitais públicos nos concelhos da Lezíria do Tejo apresenta a mais-valia do Hospital Distrital de Santarém possibilitar uma resposta no setor mais a Norte da Região, enquanto o Hospital de Vila Franca de Xira promove uma cobertura no setor Sul. Todavia, a análise das distâncias-tempo (m)/tempo(min) a partir dos cuidados de saúde diferenciados públicos, considerando a população residente, em 2021, coloca em evidência importantes assimetrias concelhias, sendo passíveis de identificação quatro situações.

Figura 25. Distância (m)/Tempo(min) a partir dos hospitais públicos, considerando a população residente, em 2021



Concelhos	Indivíduos residentes, 2021 (n.º)	Distâncias-Tempo (%)			
		15 min	30 min	45 min	> 45 min
Almeirim	22.016	58	41	1	0
Alpiarça	6.976	14	86	0	0
Azambuja	21.422	0	32	64	4
Benavente	29.716	5	83	12	1
Cartaxo	23.187	8	92	0	0
Chamusca	8.530	0	10	76	15
Coruche	17.356	0	0	14	86
Golegã	5.400	0	33	65	3
Rio Maior	21.005	1	29	69	1
Salvaterra de Magos	21.613	0	10	89	1
Santarém	58.671	72	17	9	2

Fonte: Equipa técnica, 2022

Santarém e Almeirim apresentam as situações mais favoráveis, na medida em que a maioria dos residentes se encontra a uma distância-tempo até 15 minutos (72% e 58%, respetivamente), o que configura uma proximidade satisfatória.

Em segundo lugar, identifica-se um *cluster* de três concelhos com níveis de acessibilidade adequados, uma vez que a maioria dos seus habitantes se encontra a distâncias-tempo até 30 minutos, designadamente Cartaxo (92% da população), Alpiarça (86%) e Benavente (83%).

Porém, na maioria dos municípios, o principal segmento da população encontra-se a distâncias-tempo até 45 minutos, nomeadamente 89% de Salvaterra de Magos, 76% da Chamusca, 69% de Rio Maior, 65% da Golegã e 64% da Azambuja que refletem baixos níveis de acessibilidade, uma vez que acarretam um maior custo e tempo despendido, um fator de grande influência na utilização destes serviços de saúde. Estas distâncias-tempo (m)/tempo(min) constituem-se ainda particularmente críticas, na medida em que são passíveis de agravamento pela confluência de outros fatores não considerados na presente análise geográfica, como anteriormente explicitado.

Coruche regista a situação mais desfavorável no contexto da Lezíria do Tejo, com 86% dos seus residentes a distâncias-tempo superiores a 45 minutos dos hospitais públicos, situação ainda agudizada pelo facto da restante população se encontrar na escala anterior (14% até 45 minutos). Esta situação conjugada com a débil acessibilidade geográfica concelhia identificada em matéria de cuidados de saúde primários conferem a Coruche uma situação particularmente crítica.

Este padrão de acessibilidades apresenta, portanto, algumas fragilidades, sobretudo, considerando a forte incidência do envelhecimento populacional na Região, associada a uma maior procura de serviços de saúde. São situações que carecem de alguma reavaliação num plano de investimento de médio prazo, face às iniquidades territoriais que introduzem e à forma como comprometem os níveis de acesso aos cuidados de saúde hospitalares.

Considerando a oferta pública e privada de hospitais na Região, não são observadas, no entanto, alterações significativas em matéria de acessibilidade, decorrentes da localização do Hospital CUF Santarém também no município de Santarém, verificando-se apenas ténues oscilações.

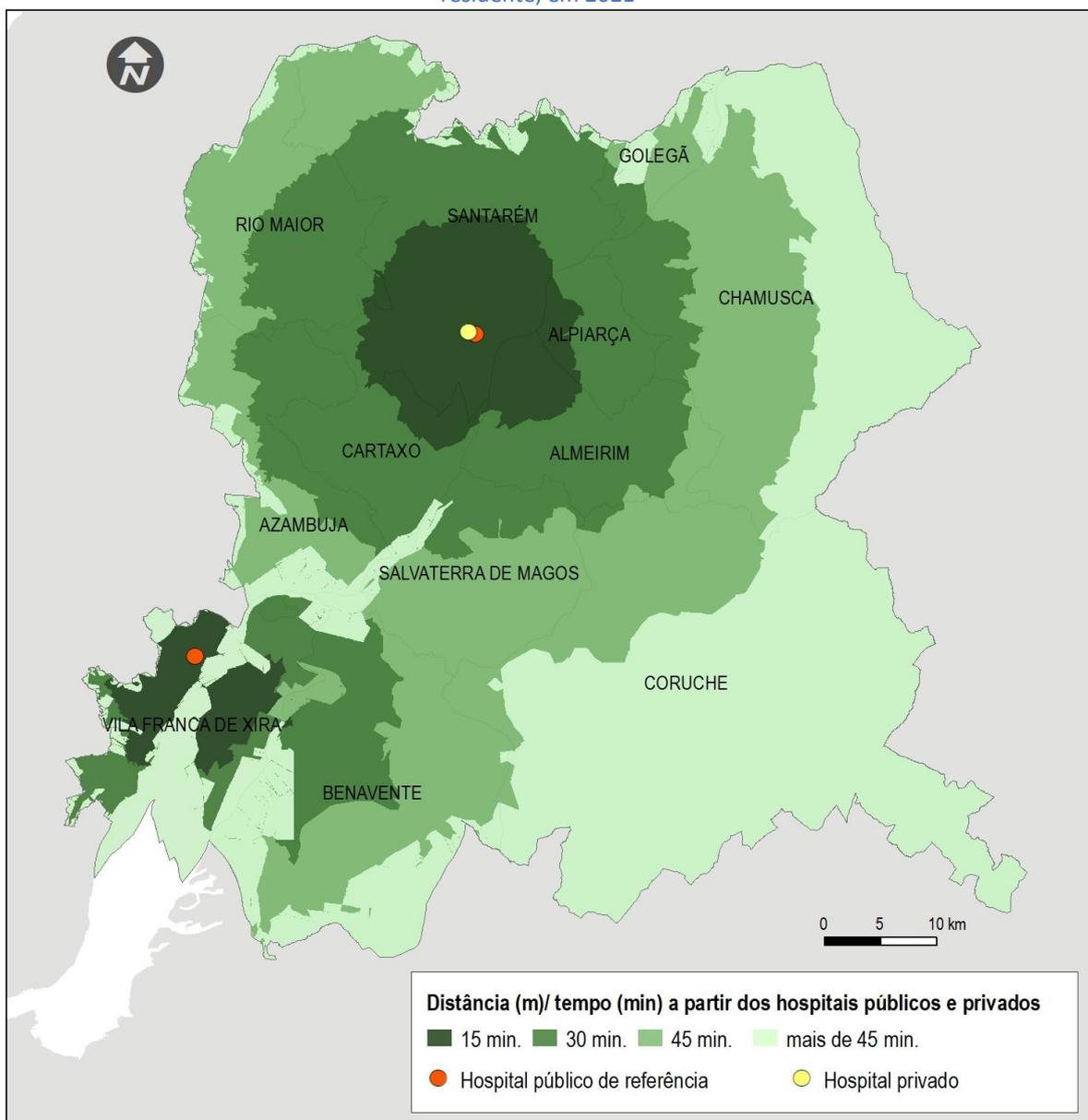
Assim, persistem os quatro grupos de municípios anteriormente segmentados, sem que se verifique qualquer alteração por escala de distância-tempo. Com efeito, os concelhos de Santarém e de

Almeirim são os que efetivamente apresentam os melhores níveis de acessibilidade aos cuidados de saúde hospitalares, enquanto o município de Coruche é aquele onde o efeito da distância-tempo aos hospitais mais pode penalizar a acessibilidade das suas populações a estes cuidados de saúde.

Muito embora as características dos serviços prestados seja da maior importância, efetivamente a correlação direta e inversa entre o aumento da distância e a diminuição da utilização dos serviços de saúde, designadamente dos hospitais, apresenta-se muito significativa e determinante nos níveis de acessibilidade. Naturalmente, que pode ser contrariada por outros fatores relevantes, como sendo o estado de saúde e a severidade dos sintomas de doença.

Por conseguinte, um adequado equilíbrio entre a oferta e a distribuição dos recursos em saúde constitui-se como um fator de influência inequívoca na utilização e acessibilidade aos equipamentos hospitalares, que deve ser sucessivamente salvaguardado nos diversos instrumentos de planeamento, como é o caso da presente Carta dos Equipamentos de Saúde.

Figura 26. Distância (m)/Tempo(min) a partir dos hospitais públicos e privados, considerando a população residente, em 2021



Concelhos	Indivíduos residentes, 2021 (n.º)	Distâncias-Tempo (%)			
		15 min	30 min	45 min	> 45 min
Almeirim	22.016	58	41	1	0
Alpiarça	6.976	14	86	0	0
Azambuja	21.422	0	35	61	4
Benavente	29.716	5	83	12	1
Cartaxo	23.187	9	91	0	0
Chamusca	8.530	0	10	76	15
Coruche	17.356	0	0	14	86
Golegã	5.400	0	33	65	2
Rio Maior	21.005	1	31	67	1
Salvaterra de Magos	21.613	0	11	88	1
Santarém	58.671	73	17	9	1

Fonte: Equipa técnica, 2022

## 2 Avaliação do Edificado, Redes e Meio Envolverte

A análise da oferta de cuidados de saúde hospitalares realizada a partir deste ponto apresenta uma autonomização da informação relativa ao Hospital de Vila Franca de Xira E.P.E. Esta situação resulta da transição que este equipamento hospitalar registou recentemente, tendo passado da gestão pela Escala Vila Franca – Sociedade Gestora do Estabelecimento, S.A. para uma gestão hospitalar enquanto Entidade Pública Empresarial, desde o dia 01 de junho do ano de 2021 (Decreto-Lei n.º 33/2021, de 12 de maio). Considerando que o inquérito aplicado aos equipamentos hospitalares no âmbito do presente estudo contemplou o período 2019 e 2020, relativo ao período de gestão pela Escala Vila Franca – Sociedade Gestora do Estabelecimento, S.A., optou-se pela recolha de informação para um período posterior (2021 e 2022), de modo a integrar-se a oferta deste equipamento de cuidados de saúde diferenciados da maior relevância para a Região da Lezíria do Tejo e, em particular, para os concelhos da Azambuja e de Benavente. Com efeito, após uma análise conjunta da oferta do Hospital Distrital de Santarém e do Hospital CUF Santarém, é apresentada a oferta disponível no Hospital de Vila Franca de Xira.

*As acessibilidades ao edifício representam o domínio melhor classificado em ambos os hospitais, enquanto o estado de conservação das redes e instalações e o nível de segurança correspondem aos domínios que registam maiores debilidades*

Na avaliação global do estado de conservação dos equipamentos hospitalares, predomina uma boa classificação, em grande parte justificada por se tratarem de equipamentos relativamente recentes, designadamente no caso do Hospital CUF Santarém, e com investimentos sucessivos ao longo dos últimos anos, para uma melhoria e modernização dos recursos, refletindo também uma maior exigência por parte de um número significativo de utentes.

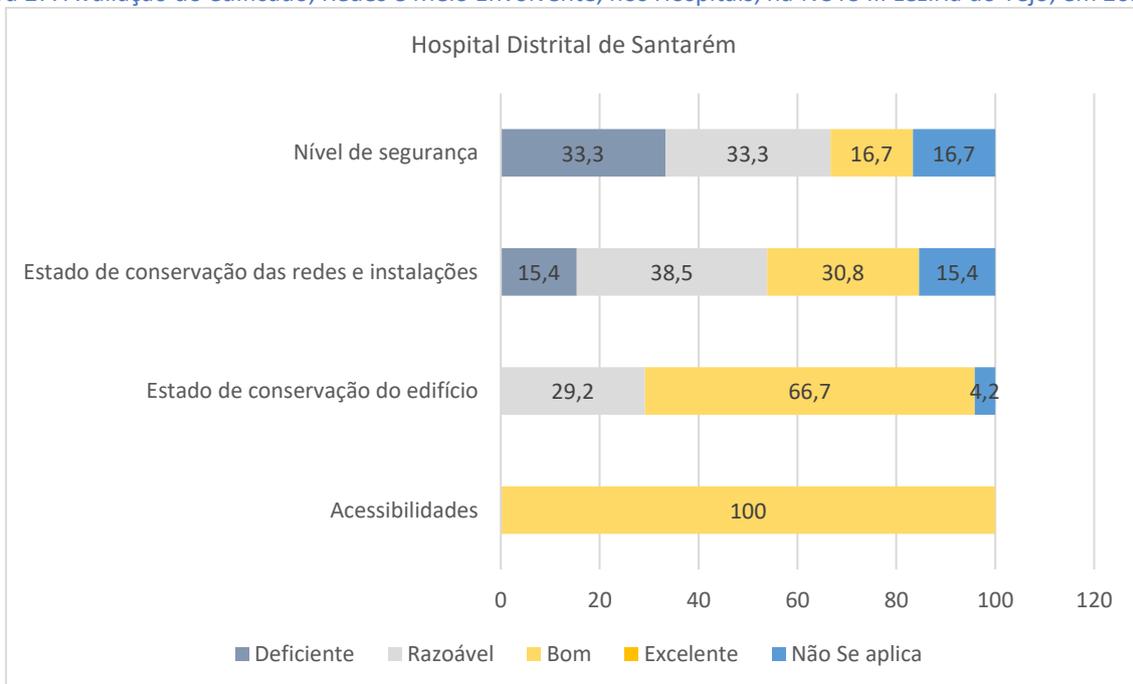
Por outro lado, esta classificação não pode ser dissociada da metodologia utilizada na avaliação da mesma, baseada na perceção das próprias entidades gestoras dos equipamentos. Concomitantemente, foram também avaliadas as acessibilidades ao equipamento, o estado de conservação do edifício, o estado de conservação das redes e instalações, assim como o nível de segurança.

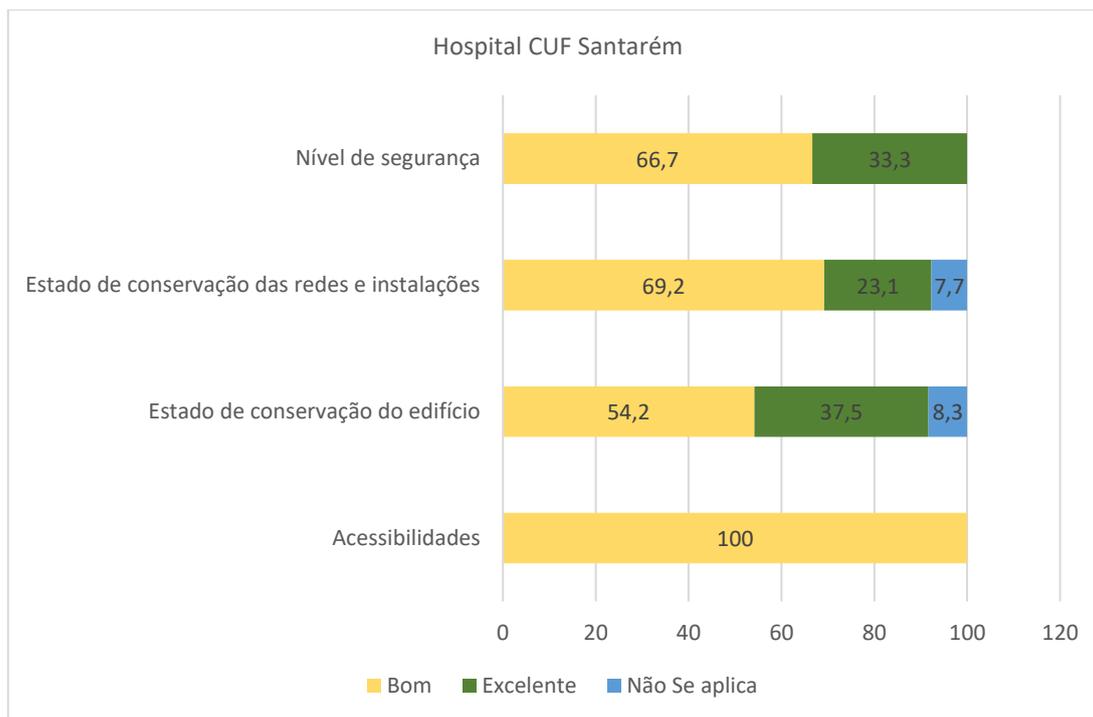
No domínio das acessibilidades, não foram identificados quaisquer constrangimentos, com ambos os hospitais a avaliarem as quatro dimensões de análise consideradas (acesso geral, pedonal, acessos para pessoas com mobilidade condicionada e transportes públicos) com a classificação de “bom”. A proximidade territorial, entre ambos os equipamentos, permite assim confirmar um bom nível de acessibilidades no concelho de Santarém no acesso aos dois hospitais.

No que respeita ao estado de conservação do edifício, verificam-se algumas diferenças entre as duas unidades. O Hospital CUF Santarém é o que apresenta melhor avaliação, com 54,2% dos parâmetros analisados classificados como “bom” e 37,5% avaliados como “excelente”, justificado em grande parte pelo facto de se tratar de um investimento privado moderno e recente. O Hospital Distrital de Santarém acolhe para a maioria dos parâmetros em análise uma classificação de “bom” (66,7%), apenas com 29,2% dos parâmetros classificados como “razoável”.

Quanto aos outros dois domínios de análise considerados, mais especificamente, o estado de conservação das redes e instalações e o nível de segurança, identifica-se uma assimetria entre os dois equipamentos. O Hospital CUF Santarém mantém para ambos os domínios uma avaliação global bastante positiva, repartindo-se entre classificações de “bom” e “excelente”. Já o Hospital Distrital de Santarém apresenta uma avaliação diferente, pois embora no estado de conservação das redes e instalações, 30,8% dos parâmetros tenham sido avaliados como “bom”, a maioria destes acolheu uma classificação de “razoável” (38,5%), a que acresce um segmento com classificação negativa (15,4% dos parâmetros foram classificados de “deficiente”, nomeadamente a instalação de distribuição de água e a instalação de segurança contra incêndio). Porém, é no nível de segurança que o Hospital Distrital de Santarém enfrenta maiores debilidades (33,3% dos parâmetros classificados de “deficiente”), em particular, o sistema de deteção de incêndios e o plano de evacuação.

Figura 27. Avaliação do edificado, Redes e Meio Envolvente, nos Hospitais, na NUTS III Lezíria do Tejo, em 2022 (%)





Na avaliação global do estado de conservação dos equipamentos hospitalares, o Hospital de Vila Franca de Xira acompanha os demais equipamentos hospitalares com uma classificação de “bom”, estreitamente associado ao facto de ter beneficiado de uma construção de raiz, em 2011, contando com um período de funcionamento inferior a uma década (2013).

Apesar do seu funcionamento relativamente recente, observam-se classificações consideravelmente heterogéneas, dependendo dos domínios analisados. As acessibilidades constituem o domínio mais crítico, com a totalidade dos parâmetros considerados a acolherem avaliações negativas (“deficiente”), nomeadamente em relação aos acessos pedonais, ao acesso geral, aos acessos para pessoas com mobilidade condicionado e aos transportes públicos. Num contexto de limitação/escassez dos recursos disponíveis e priorização das necessidades de investimento nos equipamentos hospitalares, as acessibilidades são, frequentemente, relegadas para segundo plano. Porém, a sua importância para os utentes é muito significativa, pelo que a sua valorização deve ser reafirmada, reconhecendo-se o valor que acrescenta às unidades hospitalares, nomeadamente ao corresponder às expectativas dos utentes.

O estado de conservação do edifício acolhe essencialmente avaliações satisfatórias, com 65% dos parâmetros a receberem a classificação de “bom”. Ainda assim, o espaço das urgências e o estacionamento configuram parâmetros sensíveis em termos de conservação, com uma classificação preocupante (“deficiente”).

Os restantes dois domínios considerados, designadamente, o estado de conservação das redes e instalações e o nível de segurança, receberam uma avaliação satisfatória pela entidade gestora (maioritariamente “bom”).

### 4.5.3. Atividade Prestada

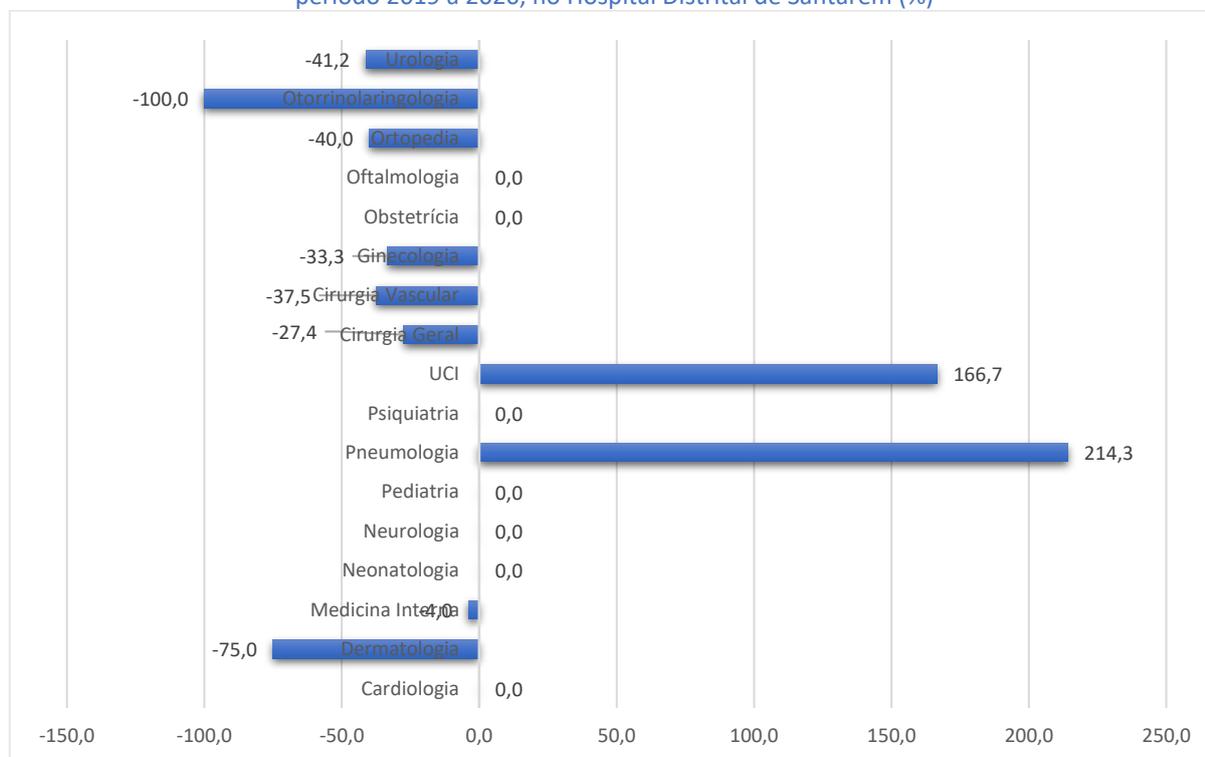
Hospitais com oferta considerável de especialidades médicas e cirúrgicas, que permitem colocar à disposição dos seus utilizadores serviços médicos de proximidade em várias áreas

A prestação de cuidados no âmbito dos hospitais em análise, conta com uma vasta diversidade de especialidades médicas e cirúrgicas. De acordo com o “Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde” do Hospital Distrital de Santarém (2020), este equipamento presta cuidados de saúde a populações de outros concelhos do Distrito muito além dos inseridos na sua área de influência direta, tendo em muito contribuído, o desenvolvimento técnico e tecnológico de algumas especialidades, como a Cirurgia Vascular, a Dermatologia, a Infeciologia, a Psiquiatria e a Radioterapia.

Assim, atualmente, a área de influência deste equipamento estende-se também pelos concelhos de Abrantes, Alcanena, Constância, Entroncamento, Ferreira do Zêzere, Mação, Ourém, Sardoal, Sertã, Tomar, Torres Novas, Vila de Rei, Vila Nova da Barquinha e Gavião, servindo aproximadamente meio milhão de habitantes, segundo os resultados preliminares dos Censos de 2021. De salientar, que se trata de um território com uma importante dispersão rural, constituída por populações consideravelmente envelhecidas, o que representa uma pressão acrescida sobre os seus serviços.

A diversidade de especialidades já referida, permite assim colocar à disposição dos seus utilizadores serviços médicos de proximidade em várias áreas, oferta esta fundamental, sobretudo se considerarmos o perfil demográfico da população residente na Região. Também o Hospital de Vila Franca de Xira conta com uma importante variedade de especialidades médicas, assim como cirúrgicas.

Figura 28. Taxa de variação da lotação anual média (camas), por especialidades médicas e cirúrgicas, no período 2019 a 2020, no Hospital Distrital de Santarém (%)



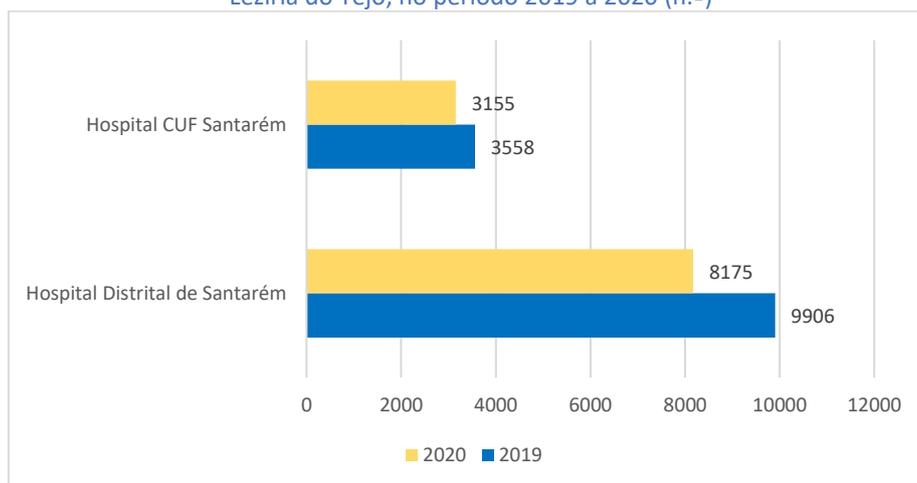
Fonte: Equipa Técnica, 2022

Um dos impactes mais visíveis da pandemia no setor da saúde consistiu na queda acentuada da atividade programada e não programada nos equipamentos do SNS, sobretudo em virtude das alterações aplicadas à organização e prestação de cuidados de saúde e da procura particularmente concentrada em algumas especialidades. A taxa de variação da lotação anual média (camas), no período 2019 a 2020, na totalidade das 17 especialidades identificadas no Hospital Distrital de Santarém reflete precisamente a pressão da procura fortemente concentrada nas especialidades médicas de pneumologia e na Unidade de Cuidados Continuados (UCI), que se situou em 214,3% e 166,7% respetivamente.

Pelo contrário, em 2020, relativamente ao período homólogo em 2019, verificou-se uma estabilização na lotação anual média (camas) em sete especialidades (cardiologia, neonatologia, neurologia, pediatria, psiquiatria, obstetrícia e oftalmologia) e ainda, em contrapartida, em oito especialidades verificou-se uma taxa de variação negativa, especialmente pronunciada em otorrinolaringologia (-100%) e de dermatologia (-75%).

Também ao nível da atividade cirúrgica, os equipamentos hospitalares revelaram uma redução significativa no período considerado, com o volume de cirurgias a oscilar de 15.483, em 2019, para 13.350, em 2020, traduzindo um decréscimo de -13,8%.

Figura 29. Total de intervenções cirúrgicas realizadas, nos equipamentos hospitalares localizados na NUTS III Lezíria do Tejo, no período 2019 a 2020 (n.º)



Fonte: Equipa Técnica, 2022

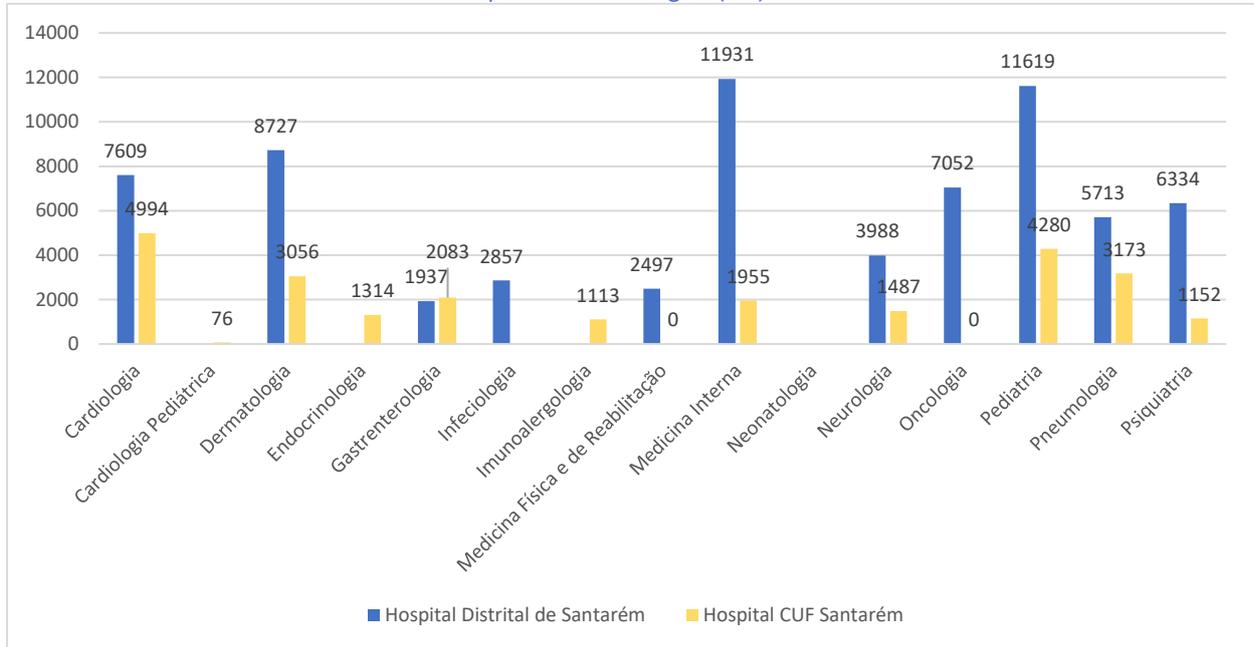
Ainda que esta tendência tenha sido observada em ambos os hospitais, foi mais acentuada, como seria de esperar, no Hospital Distrital de Santarém (decréscimo da atividade cirúrgica em 17,5%). Já Hospital CUF Santarém, que no ano anterior ao início da pandemia assegurava cerca de 22% da atividade cirúrgica hospitalar na Região, verificou uma queda de 11,3%, entre 2019 e 2020.

Considerando o impacte transversal da pandemia COVID-19 em toda a atividade hospitalar no ano de 2020, no que se refere à prestação de cuidados de saúde em ambulatório, mais especificamente em contexto de consultas externas, segundo a especialidade cirúrgica, apenas foi considerado o ano de 2019. Neste ano, foram efetuadas 94.947 consultas externas no conjunto dos dois equipamentos, tendo a maioria destas sido assegurada pelo Hospital Distrital de Santarém (74%, face a 26% no Hospital CUF Santarém).

No conjunto das consultas externas realizadas em ambos os equipamentos hospitalares e segundo a especialidade cirúrgica, destacam-se quatro especialidades, uma vez que foram responsáveis por

aproximadamente 57% do total destas consultas, mais concretamente, pediatria (16,7%), medicina interna (14,6%), cardiologia (13,3%) e dermatologia (12,4%). As restantes apresentaram uma atividade mais circunscrita, oscilando entre os 0,1% na cardiologia pediátrica e os 9,4% em pneumologia.

Figura 30. Consultas externas nos equipamentos hospitalares localizados na NUTS III Lezíria do Tejo, segundo a especialidade cirúrgica (n.º)

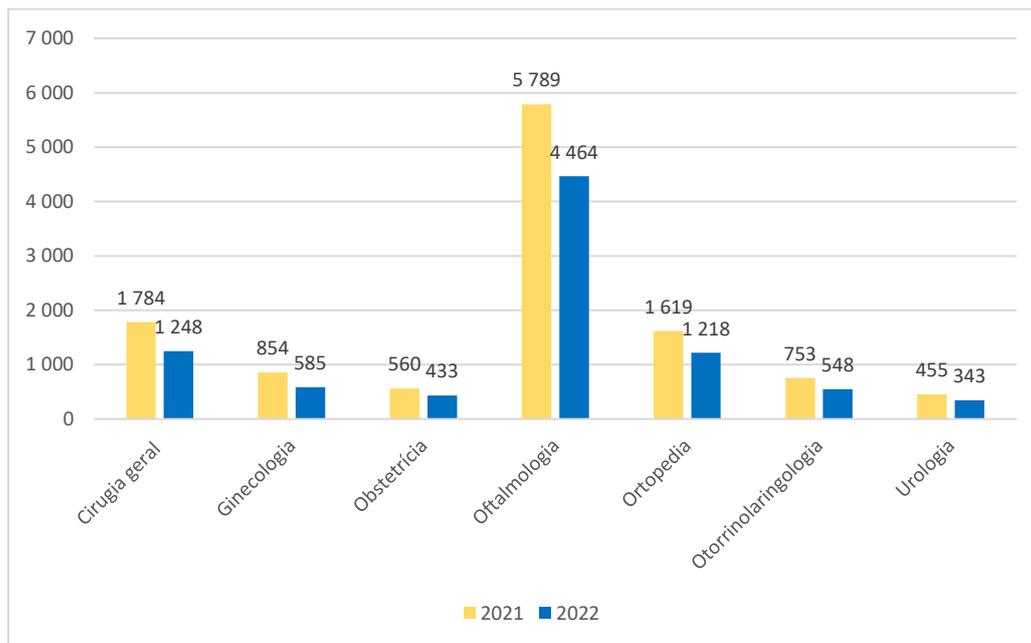


Fonte: Equipa Técnica, 2022

O impacto da COVID-19 na atividade do Hospital de Vila Franca de Xira, é igualmente visível no número de cirurgia/ano realizadas nas várias especialidades médicas cirúrgicas. Assim, de 2021 para 2022, observou-se uma quebra do volume de cirurgias realizadas, transversal a todas as áreas de especialidade, evidenciando o número de cirurgias que ficaram por realizar no período mais ativo da pandemia da COVI-19, e que, entre outros aspetos, explicam o valor mais elevado de cirurgias realizadas, em 2021.

O Hospital de Vila Franca de Xira teve uma quebra de cerca de -25% no total de intervenções cirúrgicas realizadas no próprio equipamento, passando assim de um volume global de 12.144, em 2021, para 9.055, em 2022. Com prevalência das pequenas cirurgias que constituíram 65% das intervenções realizadas, as cirurgias convencionais representaram 35% do total de cirurgias.

Figura 31. Cirurgias realizadas nos anos de 2021 e 2022, no Hospital de Vila Franca de Xira (n.º)



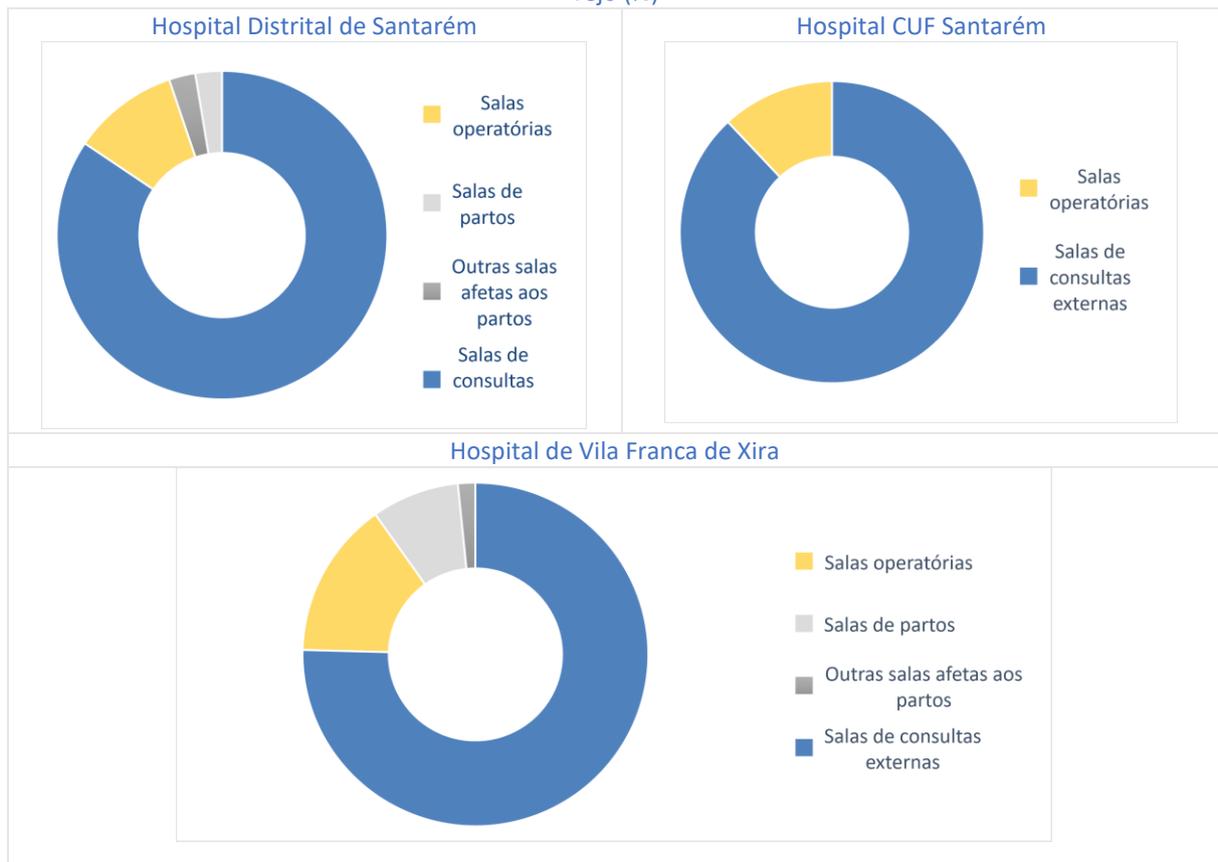
Fonte: Equipa Técnica, 2022

A disponibilidade de salas é relativamente idêntica entre o Hospital Distrital de Santarém (65 salas) e o Hospital de Vila Franca de Xira (61 salas), apresentando o Hospital CUF Santarém uma oferta mais circunscrita (25 salas).

As salas para consultas externas representam a tipologia de salas dominante nos três equipamentos hospitalares, constituindo 84% das salas no Hospital Distrital de Santarém, 88% no Hospital CUF Santarém e 75% nos Hospital de Vila Franca de Xira.

Para além destas, o Hospital CUF Santarém dispõe de salas operatórias (3). Já o Hospital Distrital de Santarém, na qualidade de hospital distrital, apresenta-se equipado com uma oferta mais diversificada, contando com salas operatórias (8), salas de partos (2) e outras salas afetas aos partos (2), possibilitando assim uma maior abrangência dos cuidados de saúde prestados à população da Lezíria do Tejo. Esta repartição de salas apresenta algumas semelhanças com a do Hospital de Vila Franca de Xira que dispõe de 9 salas operatórias, 5 salas de parto, a que acresce 1 outra sala afeta aos partos.

Figura 32. Tipologia de salas de que dispõem os equipamentos hospitalares localizados na NUTS III Lezíria do Tejo (%)



Fonte: Equipa Técnica, 2022

Muito embora a oferta de salas de partos se apresente relativamente circunscrita no Hospital Distrital de Santarém, importa notar que o Bloco de Partos deste equipamento beneficia de novas instalações, inauguradas em 2020. Estas traduzem um reforço e qualificação da resposta nos cuidados de saúde diferenciados, um investimento da maior relevância atendendo ao aumento do número de partos no hospital (2,7%, entre 2019 e 2020), contrariando a tendência de diminuição observada ao nível nacional.

O aumento da efetividade dos partos registados foi acompanhado de uma alteração da tipologia dominante, passando-se de uma prevalência de partos eutócicos (54%), em 2019, para uma ligeira supremacia dos partos distócicos (50,5%), em 2020. Sendo este sempre um fator que carece de uma análise pormenorizada e respetiva monitorização, entre os motivos que conduziram a esta alteração não podem deixar de ser considerados, uma vez mais, os efeitos da pandemia, que trouxe grandes desafios no que respeita à reorganização dos serviços de ginecologia e de obstetrícia, em todo o país, bem como uma pressão acrescida sobre as utentes, contexto que poderá ter influenciado diretamente esta situação.

O acesso dos utentes à realização de atos complementares de diagnóstico e de terapêutica realizados em contexto hospitalar, constitui-se da maior relevância na avaliação do estado de saúde/doença, independentemente do seu enquadramento (no internamento, nas consultas externas ou no serviço de urgência). Os hospitais da Região dispõem de diversos atos complementares de diagnóstico e de terapêutica, nomeadamente análises clínicas, endoscopia, imagiologia (ecografia, mamografia e Tomografia Axial Computorizada (TAC)) e fisioterapia. Acresce a esta oferta outros atos complementares diferenciadores em cada hospital, com o Hospital CUF Santarém a disponibilizar, ao

nível da imagiologia, a Ressonância Magnética e o Hospital Distrital Santarém, a radioterapia, enquanto o Hospital de Vila Franca de Xira apresenta, por exemplo, uma unidade de hemodiálise, o que permite assim elevar o nível de cobertura no tratamento da doença renal dos doentes internados e no âmbito de consultas externas.

Relativamente ao peso percentual dos vários atos complementares de diagnóstico e de terapêutica realizados no Hospital Distrital Santarém e no Hospital CUF Santarém, as análises clínicas são inequivocamente as mais utilizadas, representando cerca de 85% do total em 2019 e 90%, em 2020, seja em contexto de internamento, em consultas externas ou no serviço de urgência. A grande disponibilidade de análises clínicas existentes, a evolução recente que estas registaram, assim como o facto de possibilitarem um diagnóstico exato de patologias ou doenças, de maior ou menor gravidade, bem como pelos reduzidos ou nulos riscos que têm associados, fazem destas um importante ato utilizado nos hospitais. A fisioterapia ocupa a segunda posição dos vários atos realizados, representando 10%, em 2019, ainda que com ligeiro decréscimo para 6,4%, no ano de início da pandemia COVID-19. Os restantes atos complementares de diagnóstico e de terapêutica, muito embora disponíveis na prestação de cuidados médicos, apresentam uma utilização mais circunscrita.

O recurso a estes atos complementares de diagnóstico e de terapêutica apresentou, no entanto, uma dinâmica de utilização distinta, entre 2019 e 2020. Os atos de imagiologia relativos a Tomografia Axial Computorizada foram os que mais cresceram, em ano de pandemia, por comparação ao ano anterior (58,5%), seguidos das análises clínicas (47,3%). As ecografias e a radioterapia ainda que com uma dinâmica de crescimento positivo, manifestaram uma baixa intensidade (5% e 4%).

Os restantes atos complementares de diagnóstico e de terapêutica tiveram uma diminuição, refletindo assim o impacto da pandemia, quer decorrente dos sucessivos confinamentos gerais da população, quer por este período ter ficado profundamente marcado por uma forte e generalizada perceção coletiva de insegurança, em termos de saúde pública, na utilização dos serviços e equipamentos de saúde, particularmente intensa durante os primeiros meses da pandemia.

A fisioterapia foi aquela onde mais se verificou uma maior contração, face ao ano anterior (-11%), tendo sido mais pronunciada a diminuição de recurso aos demais atos (-6% nas endoscopias e imagiologia – mamografias respetivamente e -4% na imagiologia - ressonância Magnética). Contudo, importa notar que globalmente, aumentou em 40% o recurso aos atos complementares de diagnóstico e de terapêutica, de 2019 para 2020, no conjunto dos dois hospitais.

Tabela 14. Atos complementares de diagnóstico e de terapêutica realizados no Hospital Distrital Santarém e no Hospital CUF Santarém (no internamento, nas consultas externas e no serviço de urgência), 2019 e 2020 (n.º)

Atos complementares de diagnóstico e de terapêutica	Internamento		Consultas Externas		Serviços de Urgência		Total	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020
Análises clínicas	622.581	627.046	561.761	501.385	717.534	616.183	1.184.342	1.744.614
Endoscopia	976	770	8.565	8.182	47	18	9.541	8.970
Imagiologia - Ecografia	2.010	1.988	19.314	15.987	6.734	4.459	21.324	22.434
Imagiologia - Mamografia	21	23	5.651	5.318			5.672	5.341
Imagiologia - Ressonância Magnética	21	19	5.403	5.208			5.424	5.227
Imagiologia - Tomografia Axial Computorizada	5.041	5.457	16.086	15.326	12.090	12.709	21.127	33.492
Fisioterapia	90.603	96.793	49.918	28.184	34	2	140.555	124.979
Radioterapia	298	310	1.404	1.452			1.702	1.762
<b>Total</b>	<b>721.551</b>	<b>732.406</b>	<b>668.102</b>	<b>581.042</b>	<b>736.439</b>	<b>633.371</b>	<b>1.389.687</b>	<b>1.946.819</b>

Fonte: Equipa Técnica, 2021

No Hospital de Vila Franca de Xira, o recurso aos diversos atos complementares de diagnóstico e de terapêutica reiteram igualmente a preponderância das análises clínicas que correspondem a 96,4% dos atos realizados, em internamento, consultas externas e serviços de urgência, em 2022. Os demais atos detêm peso percentuais residuais.

No período entre 2021 e 2022, os dados apontam para um aumento expressivo da atividade do Hospital de Vila Franca de Xira no que se refere aos atos complementares de diagnóstico e terapêutica de análises clínicas (30%) e de hemodiálise (20%). As sessões de Hemodiálise tiveram um incremento suportado pelo aumento de sessões a doentes inseridos em consultas externas (acréscimo de 35%), enquanto em doentes internados houve um decréscimo de cerca de 17%, em 2022, comparado com o ano de 2021. Importa, no entanto, salientar que estes valores percentuais não podem ser dissociados do período distinto considerado em ambos os anos, no caso desta unidade hospitalar.

Tabela 15. Atos complementares de diagnóstico e de terapêutica realizados no Hospital Vila Franca de Xira (no internamento, nas consultas externas e no serviço de urgência), em 2021 e 2022 (n.º)

Atos complementares de diagnóstico e de terapêutica	Internamento		Consultas Externas		Serviços de Urgência		Total	
	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022
Análises clínicas	44.090	33.6752	342.962	293.821	405.541	397.444	792.593	1028.017
Endoscopia	697	488	1.170	968	160	153	2.027	1.609
Hemodiálise	1.214	1.004	3.118	4.193	0	1	4.332	5.198
Imagiologia - Ecografia	2.218	1.644	13.668	9.639	4.310	3.708	20.196	14.991
Imagiologia - Mamografia	96	81	990	756	24	17	1.110	854
Imagiologia - Ressonância Magnética	570	521	3.717	3.328	143	173	4.430	4.022
Imagiologia - Tomografia Axial Computorizada	4.922	3.788	8.899	7.394	56	57	13.877	11.239
Total	53.807	344.278	374.524	320.099	410.234	401.553	838.565	1.065.930

Fonte: Equipa Técnica, 2021

No âmbito dos serviços disponíveis para o transporte de utente, o Hospital CUF Descobertas dispõe de ambulâncias e o Hospital de Vila Franca de Xira dispõe de ambulâncias e de transporte aéreo.

Quanto à existência de farmácias hospitalares integradas nestes equipamentos, apenas o Hospital Distrital Santarém e o Hospital CUF Santarém dispõem deste serviço assistencial, da maior relevância para os utentes, quer se encontrem em serviço de internamento, quer em regime de ambulatório.

#### 4.5.4. Profissionais de Saúde: Caracterização Socioprofissional

Hospitais da Lezíria do Tejo com aumento significativo e idêntico de médicos e enfermeiros, entre 2019 e 2020

Os recursos humanos, nomeadamente os profissionais de saúde, que integram os equipamentos em análise, distinguem-se como uma das determinantes da equidade na saúde, sendo a sua fraca dotação, um fator que gera elevada apreensão, particularmente em relação aos cuidados de saúde diferenciados.

De acordo com os resultados dos inquéritos ao Hospital CUF Santarém e ao Hospital Distrital Santarém, entre 2019 e 2020 registaram um aumento de 5,2% do pessoal médico, de 610 para 642. O Hospital Distrital Santarém detém a maior proporção do total (55%, em 2020), sendo de realçar o importante

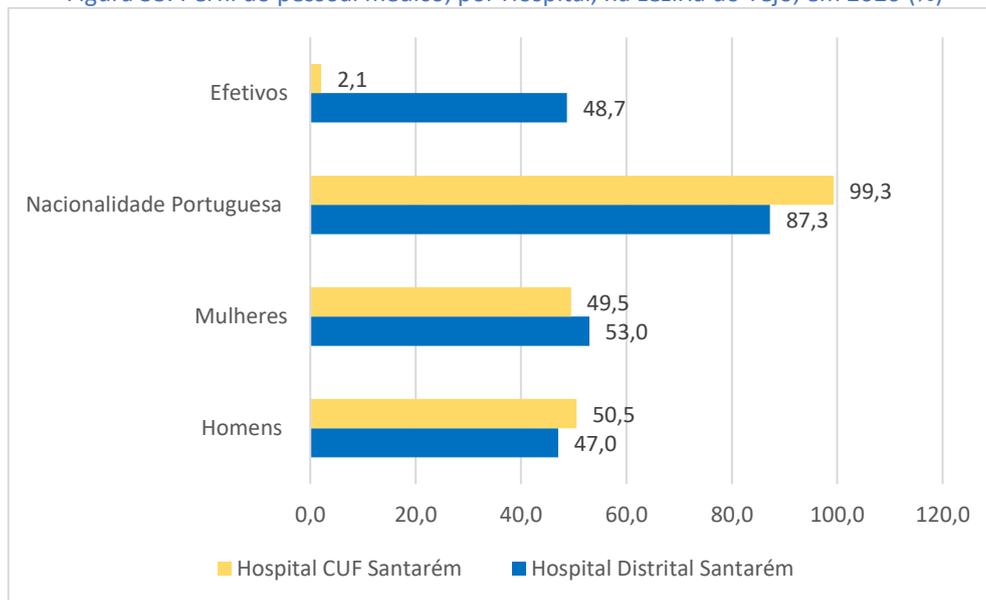
quantitativo de médicos alocado ao setor privado, uma vez que o Hospital CUF Santarém agrega 45% do total.

A análise do perfil do pessoal médico indica uma distribuição dos recursos humanos com forte equilíbrio entre os sexos, ainda que com ligeira prevalência do número de mulheres (51%). Uma leitura por equipamento demonstra uma maior assimetria no Hospital Distrital de Santarém, onde os profissionais do sexo feminino representam 53%.

Maioritariamente, os médicos são de nacionalidade portuguesa (93%), embora se evidenciem disparidades entre os dois equipamentos, com o Hospital Distrital de Santarém a incorporar um segmento importante de trabalhadores estrangeiros (12,7%), enquanto no Hospital CUF Santarém estes apresentam um peso residual (0,7%).

Relativamente aos vínculos laborais, uma questão particularmente crítica na atualidade no setor da saúde, nomeadamente, no que trata ao SNS, verifica-se que em ambos os equipamentos prevalecem profissionais sem contrato de efetividade, situação com prejuízo subjacente em matéria de prestação de cuidados de saúde na Região. Contudo, as disparidades entre os dois hospitais apresentam-se fraturantes, uma vez que, apesar de tudo, os médicos efetivos no Hospital Distrital de Santarém representam 48,7% dos recursos humanos, enquanto no Hospital CUF Santarém cingem-se a 2,1%. Este maior número de médicos efetivos no SNS sugere, apesar de tudo, a contínua maior preferência destes profissionais pelo serviço público, assim como uma capacidade superior do setor público na sua retenção.

Figura 33. Perfil do pessoal médico, por Hospital, na Lezíria do Tejo, em 2020 (%)



Fonte: Equipa Técnica, 2022

Em 2020, um total de 119 médicos encontrava-se a realizar o internato, processo de formação médica especializada com o propósito de habilitar o médico ao exercício tecnicamente diferenciado na respetiva área de especialização. No entanto, apenas o Hospital Distrital de Santarém dispunha de internato médico.

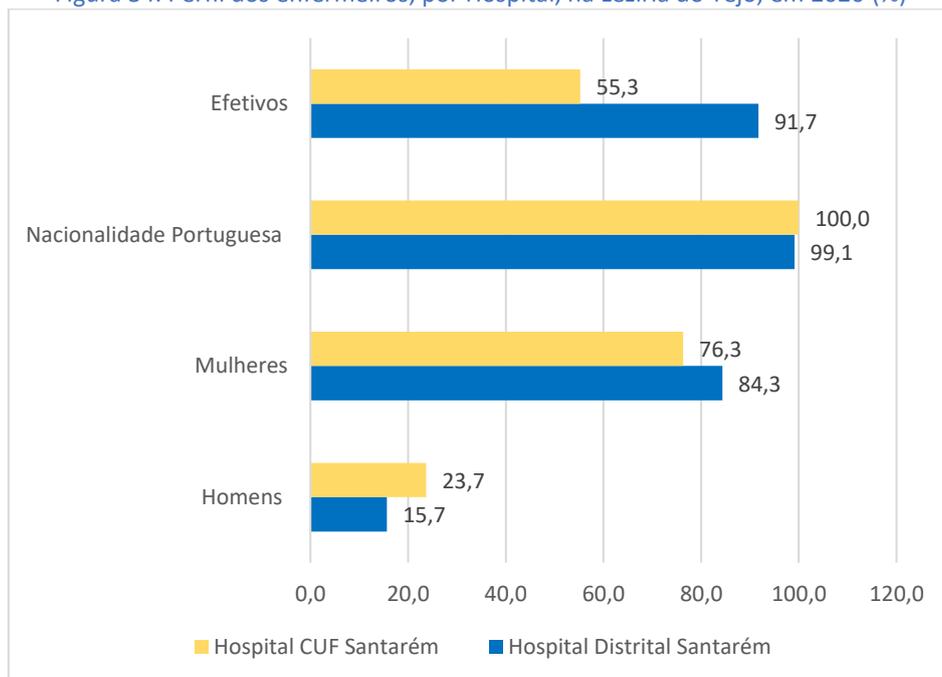
Em 2020, os dois hospitais totalizavam 619 enfermeiros, o que traduzia um aumento de 5,6% face a 2019. O Hospital Distrital de Santarém concentrava a maioria de profissionais de enfermagem (88%, face a 12% no Hospital CUF Santarém).

Contrariamente ao observado quanto aos médicos, assiste-se à persistente feminização da profissão de enfermagem, situação bastante patente nos hospitais da Lezíria do Tejo, onde as mulheres representam 83%. Esta é uma tendência verificada em ambos os hospitais, muito embora se encontre mais esbatida no Hospital CUF Santarém, que agrega um maior quantitativo de enfermeiros do sexo masculino (24%), face a 16% no Hospital Distrital de Santarém.

O perfil sociodemográfico do pessoal de enfermagem evidencia ainda uma forte prevalência de cidadãos de nacionalidade portuguesa (99,2%), constituindo uma tendência comum ao setor público e privado (99,1% e 100%, respetivamente).

Ao nível dos contratos de trabalho, também se identificam importantes discrepâncias entre médicos e enfermeiros, com estes últimos a registarem predominantemente contratos de efetividade (87%) e, como tal, a beneficiarem de situações contratuais de maior estabilidade. Muito embora os profissionais com contrato de efetividade representem a maioria dos profissionais de enfermagem em ambos os equipamentos hospitalares, é no Hospital Distrital de Santarém que esta tipologia de contrato de trabalho assume maior expressão (91,7%), sendo significativamente menor no Hospital CUF Santarém, 55,3%).

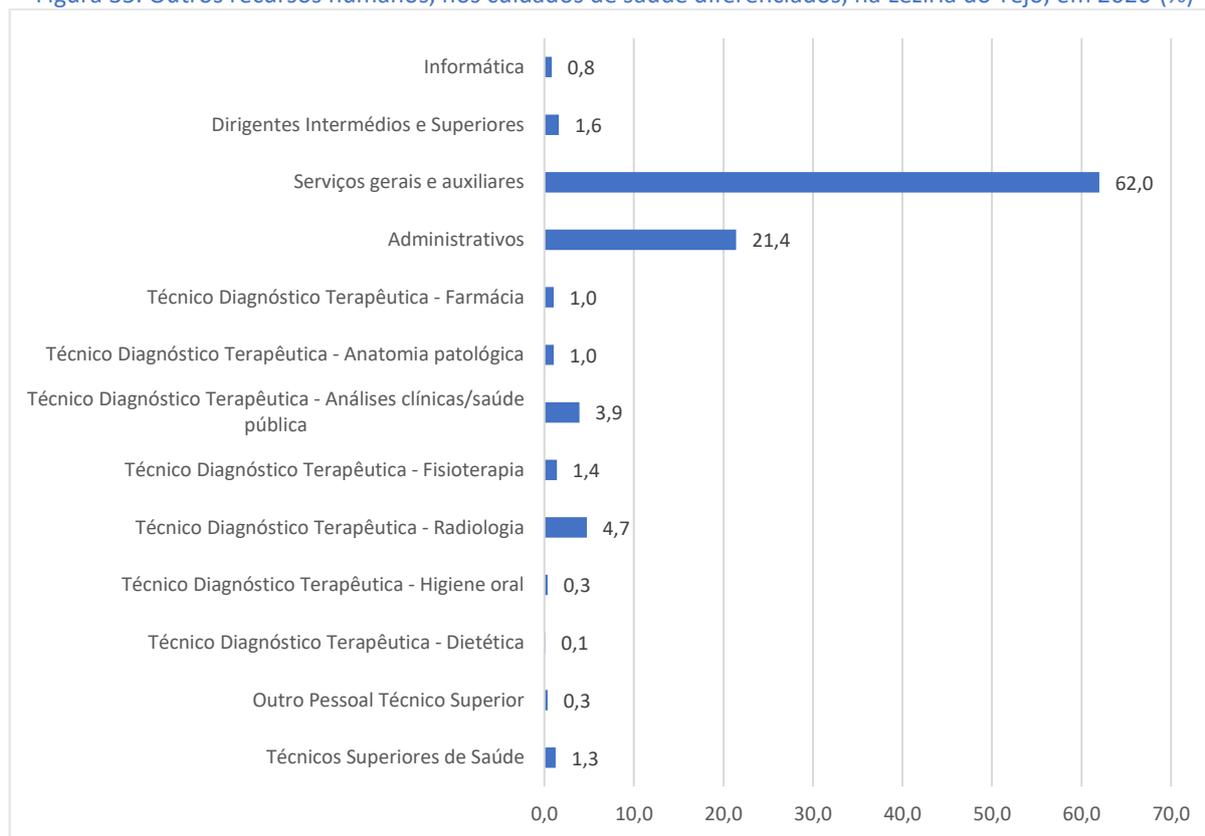
Figura 34. Perfil dos enfermeiros, por Hospital, na Lezíria do Tejo, em 2020 (%)



Fonte: Equipa Técnica, 2022

Em 2020, os dois hospitais integravam ainda 868 outros profissionais, dispersos por diferentes áreas funcionais. A maioria integrava a estrutura de recursos humanos do Hospital Distrital de Santarém (86% face a 14% alocados ao Hospital CUF Santarém). Os trabalhadores dos serviços gerais e auxiliares constituíam os recursos humanos mais expressivos (62%), seguidos dos administrativos (21,4%). Os diferentes Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica constituíam 12,6% dos recursos humanos, sendo os de radiologia e de análises clínicas e de saúde pública os mais numerosos (4,7% e 3,9% respetivamente). Os Técnicos Superiores de Saúde (Decreto-Lei n.º 414/91, de 22 de outubro, Artigo 9.º) representavam apenas 1,3%.

Figura 35. Outros recursos humanos, nos cuidados de saúde diferenciados, na Lezíria do Tejo, em 2020 (%)



Fonte: Equipa Técnica, 2022

A este contingente de recursos humanos acrescem ainda os profissionais do Hospital de Vila Franca de Xira, cujos dados, por se reportarem a um período temporal distinto, como anteriormente explicitado, são analisados separadamente.

Em 2022, este equipamento de cuidados de saúde diferenciados contava com 220 médicos, menos 2 que no ano anterior, com uma forte incidência de profissionais do sexo feminino (65% correspondentes a 142).

O perfil destes profissionais apresenta uma forte prevalência de nacionalidade portuguesa (94%), identificando-se um número restrito de cidadãos de nacionalidade estrangeira (14 recursos humanos). A totalidade dos médicos deste equipamento hospitalar apresenta-se efetivo, fator positivo a destacar, especialmente num contexto de forte escassez destes profissionais, não obstante, as assimetrias regionais e por tipologia de equipamentos de saúde que este desafio representa.

A caracterização dos efetivos que prestam cuidados de saúde na área da enfermagem revela que, nesse mesmo ano de 2022, o Hospital de Vila Franca de Xira contava com aproximadamente meio milhar de profissionais (473 enfermeiros). Entre estes profissionais realça-se a grande representatividade de mulheres (88%), atestando tratar-se tradicionalmente de uma área de trabalho primordialmente dos indivíduos do sexo feminino.

A nacionalidade dos enfermeiros no Hospital de Vila Franca de Xira acentua a tendência observada nos médicos, uma vez que a profissão concentra maioritariamente enfermeiros de nacionalidade portuguesa (98%), com um diminuto recurso a profissionais estrangeiros (2%).

No que respeita ao regime jurídico de emprego, apesar da crescente precarização do vínculo laboral destes profissionais observada no decurso dos últimos anos, 98% dos enfermeiros deste equipamento hospitalar encontram-se efetivos.

#### 4.5.5. Utentes

**Aumento do uso de serviços de saúde ao nível hospitalar, nomeadamente em termos de internamento, associado ao aumento das idades dos utentes**

Como referido anteriormente, as características dos utilizadores dos cuidados de saúde (a procura) interferem amplamente na perceção e nas decisões de escolha e utilização dos equipamentos de saúde. Ainda que os cuidados de saúde diferenciados apresentem especificidades relevantes face ao seu propósito essencialmente preventivo e curativo, de prestação de cuidados ao nível do internamento, atos ambulatoriais especializados para diagnóstico, terapêutica e reabilitação, consultas externas de especialidade e cuidados de urgência na doença e em situação de acidente, conferindo menor margem de escolha ao utente, conhecer o perfil dos utentes dos hospitais constitui-se como mais valia num quadro de melhoria da sua adequação e capacidade de resposta.

Em 2019, o número de internamentos nos dois hospitais situou-se em 18.733, registando no ano seguinte uma taxa de variação negativa de cerca de 7%, no seguimento da pandemia COVID-19 (17.435 internamentos, em 2020). A distribuição dos internamentos pelos dois equipamentos apresenta uma forte assimetria, com o Hospital Distrital de Santarém a acumular, em cada um dos anos considerados, cerca de 82% do total.

O perfil dos utentes internados nos hospitais da Lezíria do Tejo aponta para um equilíbrio de género, ainda que se verifique um número relativamente mais elevado de mulheres internadas (54%).

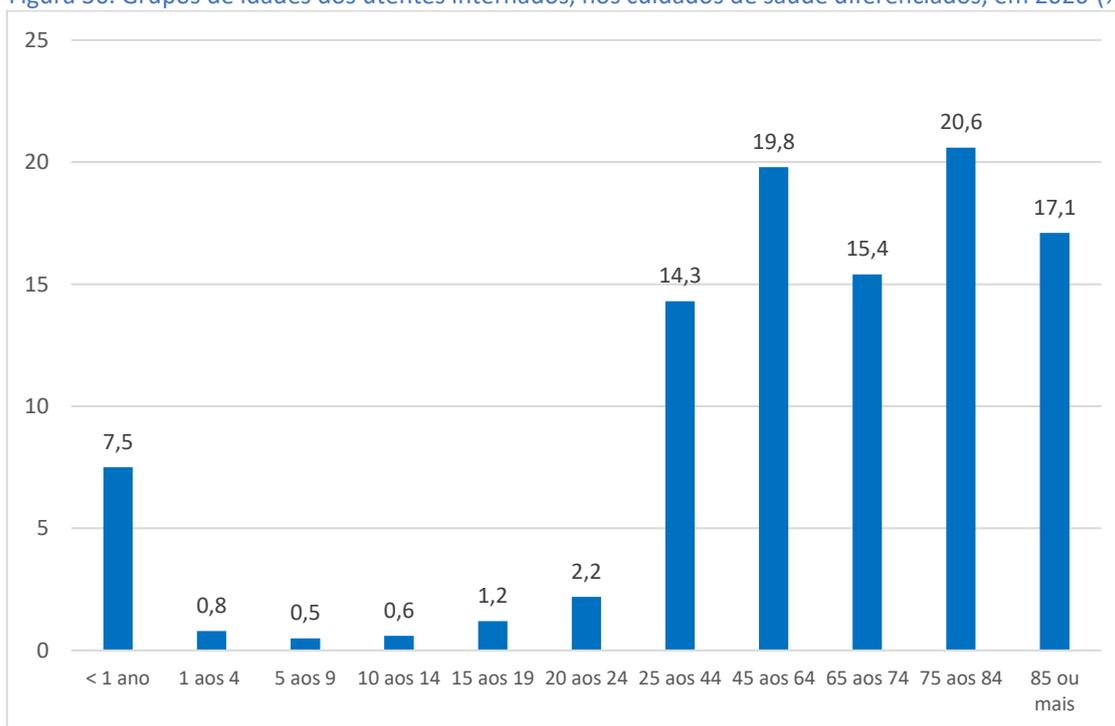
O perfil dos utentes em situação de internamento caracteriza-se, como seria de esperar, por uma maior incidência dos mais velhos, a que acresce uma proporção considerável das crianças até ao primeiro ano de vida (7,5% dos internamentos, em 2020), sintomático da maior vulnerabilidade em saúde que esta idade acarreta e que reitera a importância da oferta de cuidados de saúde hospitalares na Lezíria do Tejo para famílias mais jovens e com crianças.

A partir desta idade e considerando as restantes idades pediátricas, bem como os jovens adultos até aos 24 anos de idade, os níveis de internamento apresentam-se consideravelmente diminutos, representando apenas 5,3% dos internamentos, em 2020. Estes valores traduzem naturalmente o facto de se tratar de uma população jovem predominantemente com maiores níveis de saúde e bem-estar.

Entre a população adulta e ativa há um aumento progressivo dos internamentos, sendo que o segmento com idades compreendidas entre os 45 e os 64 anos de idade constitui-se como o segundo mais expressivo (19,8%).

Considerando a população idosa, os efeitos negativos do envelhecimento encontram-se amplamente visíveis nos internamentos, uma vez que nesta faixa etária todos os grupos de idades considerados apresentam uma incidência significativa, a que acresce a correlação direta entre o aumento da idade e a proporção de população internada. Assim, a população entre os 65 e os 74 anos de idade constituía 15,4% dos internados, em 2020, enquanto o segmento de idosos com idades compreendidas entre os 75 e os 84 anos representava 20,6%. A população com idade  $\geq 85$  anos constituía 17,1% dos utentes internados, um decréscimo face ao grupo de idades anterior, explicado por níveis mais elevados de mortalidade nestas idades, bem como ao maior recurso de outras respostas de saúde e sociais.

Figura 36. Grupos de idades dos utentes internados, nos cuidados de saúde diferenciados, em 2020 (%)



Fonte: Equipa Técnica, 2022

O aumento do uso de serviços de saúde associado ao aumento da idade encontra-se largamente estudado e reconhecido, sendo que tem vindo a acentuar-se nas últimas décadas com o alargamento da esperança média de vida e do envelhecimento da população. Além disso, o internamento hospitalar constitui, muitas vezes, a única resposta disponível, perante a ausência de uma rede de suporte familiar e a frágil articulação entre os hospitais e a rede de equipamentos sociais, frequentemente sem capacidade de resposta. Esta circunstância traduz-se num recurso inapropriado dos serviços hospitalares, problemática que importa conhecer melhor e procurar solucionar, nomeadamente através da promoção de uma estreita articulação com outros instrumentos de planeamento concelhios e sub-regionais, como por exemplo a Carta Social.

No Hospital de Vila Franca de Xira, registaram-se 11.713 internamentos, em 2022. A repartição dos internamentos por sexo demonstra a maior incidência de utentes mulheres (56,3%) face a 43,7% de homens.

A distribuição dos internamentos por grupos de idades atribui particular relevância ao 1.º ano de vida, pelas especificidades próprias desta fase da vida. Em 2022, 13,6% dos internamentos correspondiam a utentes com esta idade, sendo que a partir do primeiro ano de vida é observada uma forte quebra nos internamentos, até aos 20 aos 24 anos, refletindo tratar-se de uma faixa etária jovem e predominantemente saudável. A partir dos 25 anos de idade, os vários grupos de idades considerados apresentam um peso homogéneo nos internamentos, não se observando assim os efeitos do envelhecimento demográfico.

Cerca de 11% dos utentes internados nos cuidados de saúde diferenciados não reside na Lezíria do Tejo

A maioria dos internamentos (com e sem alta médica), em 2020, correspondia a residentes na NUTS III Lezíria do Tejo (89%). Contudo, importa notar que mais de 1/10 dos utentes internados nos dois hospitais não residia na Região.

A opção por equipamentos de saúde hospitalares localizados fora da área de residência representa um dos impactes mais visíveis do sistema de Livre Acesso e Circulação de Utes no SNS (LAC), aprovado pelo Despacho n.º 5911-B/2016, de 3 de maio, que procurou alterar o paradigma da oferta de cuidados de saúde, reorganizando o sistema em torno do cidadão e procurando assegurar uma maior equidade no acesso aos cuidados de saúde.

Os motivos para esta opção podem ser múltiplos, tais como os utentes poderem ficar mais próximos da família, fator da maior relevância para a sua recuperação, resultar da qualidade percebida dos serviços de saúde pelos utentes (disponibilidade da especialidade médica necessária inexistente num hospital da sua área de residência, a existência de menores tempos de espera, etc...), entre outros.

[Em 2020, os serviços de urgência registaram 97.900 utentes, com o Hospital Distrital de Santarém a totalizar 87% desta procura](#)

Nas últimas décadas, o aumento expressivo dos níveis de escolaridade da população portuguesa, do acesso à informação promovido pela rápida inovação tecnológica e incorporação do uso dos recursos digitais no quotidiano, a par com o aumento e diversificação da oferta de cuidados de saúde contribuíram para alterações significativas dos comportamentos da população perante situações de alterações do estado de saúde. Uma das evidências mais claras dessas alterações consiste no aumento da procura de cuidados de saúde diferenciados.

Em 2020, foram observados no serviço de urgência dos dois hospitais da Região 97.900 utentes, um valor que presumivelmente tenderá a ser ultrapassado, visto esse ter-se tratado de um ano marcado por uma contração generalizada da procura. A repartição da procura dos serviços de urgência entre equipamentos manifesta-se desigual, associada à natureza jurídica da entidade gestora, com o hospital público a atingir 84.917 utentes (87%), enquanto a oferta privada apresenta níveis de procura consideravelmente inferiores (12.983, correspondente a cerca de 13%).

Quanto à causa para a utilização do serviço de urgência hospitalar, a situação de doença é apontada como a principal (69,8% dos utentes observados no serviço de urgência). A utilização destes cuidados de saúde em resultado de acidentes motivou 8,5% da procura, sendo que 21,7% apresentou outra causa não especificada.

A análise do destino dos utentes observados no serviço de urgência dos hospitais revela que a maioria regressou ao respetivo domicílio, com encaminhamento médico posterior (58%). Acresce que 12,9% foram encaminhados para internamento, sendo que destes 11,2% ficaram no próprio hospital, enquanto 1,7% terão sido reencaminhados para outra unidade hospitalar. Pelo contrário, 28,8% dos doentes observados no serviço de urgência regressaram ao domicílio sem encaminhamento médico posterior.

Se por um lado, estes dados indicam que a maioria dos utentes apresentava no momento um estado de saúde que carecia de apoio médico imediato efetivo, com necessidade de acompanhamento a curto e médio prazo, por outro lado, revelam que aproximadamente 1/3 teve a sua situação resolvida, sem necessidade de qualquer monitorização futura, o que pode sugerir um uso indevido do serviço de urgências. Uma última referência para o número de óbitos, que representou 0,3% das situações.

#### 4.5.6. Financiamento e Desafios

Em 2022, os três hospitais da Lezíria do Tejo apresentavam investimentos programados a curto prazo, a concretizar no decurso dos próximos dois anos. Este plano revela, no entanto, uma certa divergência entre os equipamentos, refletindo as suas próprias especificidades. Assim, o Hospital Distrital de Santarém é o que apresenta um plano de investimentos previstos mais circunscrito, apenas de renovação e remodelação. Os restantes equipamentos têm planos de investimentos mais diversificados, com ações previstas para além da renovação e remodelação, mas também de ampliação das instalações e de aquisição de equipamento.

Sendo notória a pressão que o setor da saúde enfrenta na atualidade, nomeadamente em termos hospitalares, dos três equipamentos existentes na Região, apenas o Hospital de Vila Franca de Xira entendeu identificar desafios. Tais constrangimentos revelam-se de natureza diversa, quer física, quer humana. As carências em matéria de recursos humanos são, desde logo, bastante impactantes, pela forma como limitam a capacidade de resposta, com potencial para comprometer a prestação de cuidados de saúde. Por outro lado, foram ainda assinalados vários constrangimentos físicos, decorrentes da insuficiência de espaços funcionais, das deficiências relacionadas com os acessos ao equipamento e da insuficiência de estacionamento público na área envolvente. A contínua prevalência de padrões de mobilidade amplamente suportados no automóvel, reflete-se nos constrangimentos assinalados, o que aponta também para a necessidade de, paralelamente e ao nível do planeamento e gestão territorial, se promover uma mobilidade mais sustentável.

## 4.6. Cuidados Continuados Integrados

### 4.6.1. Prestadores de Cuidados Continuados Integrados

#### 1 Perfil Geral

Oferta da RNCCI abrange 17 respostas e 14 equipamentos, geridos por seis entidades de natureza jurídica diversa

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) é constituída por um conjunto de instituições, de natureza jurídica diversa, que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social a pessoas em situação de dependência, independentemente da idade, quer na própria residência, quer nas unidades de internamento que integram a RNCCI.

Na Lezíria do Tejo, essa oferta apresenta-se igualmente heterogénea, contando com 14 equipamentos e 17 respostas de CCI, geridos por seis entidades. No processo de recenseamento realizado no âmbito da presente Carta, participaram a quase totalidade das entidades, não tendo apenas sido possível obter informação relativamente a duas respostas (Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM)/Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR) da Santa Casa da Misericórdia da Chamusca, que participou apenas no inquérito à entidade e Equipa de Cuidados Continuados Integrados da Azambuja (ECCI), gerido pela ARSLVT).

Segundo a natureza jurídica da entidade gestora das respostas de CCI, identificam-se quatro tipologias de entidades. Entidade pública existe apenas uma, a ARSLVT, integrada na administração indireta do Estado, que apoiada pelos dois ACES, assume a total responsabilidade pelas nove ECCI. Nestas respostas, duas apresentam uma área de atuação conjunta em dois municípios, a de Almeirim/Alpiarça e a da Chamusca/Golegã. Em resultado da sua natureza jurídica, esta é a entidade com maior abrangência e heterogeneidade de serviços de saúde assegurados no território da Lezíria do Tejo.

Tabela 16. Retrato das entidades gestoras de cuidados continuados integrados, na NUTS III Lezíria do Tejo, em 2020 (n.º)

Entidade Gestora	Natureza Jurídica da Entidade	Respostas (n.º)	Respostas da RNCCI			Concelhos
			Equipa de Cuidados Continuados Integrados – Domiciliários (ECCI)	Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR)	Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDMD)	
Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP	Entidade pública, integrada na administração indireta do Estado	9	X			Almeirim/Alpiarça Azambuja Benavente Cartaxo Chamusca/Golegã Coruche Rio Maior Salvaterra de Magos Santarém
Liga dos Amigos do Hospital de Santarém	Associação	1		X		Santarém
NATURIDADE RIO MAIOR, S. A	Entidade Privada Lucrativa	2		X	X	Rio Maior
Santa Casa da Misericórdia da Chamusca	Irmandade da Misericórdia / SCM	2		X	X	Chamusca
Santa Casa da Misericórdia de Coruche	Irmandade da Misericórdia / SCM	2		X	X	Coruche
Santa Casa da Misericórdia de Santarém	Irmandade da Misericórdia / SCM	1			X	Santarém

Fonte: Equipa Técnica, 2022

Já as respostas de Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR) e de Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDMD) são asseguradas pelas restantes cinco entidades. A Liga dos Amigos do Hospital de Santarém é uma associação que assegura apenas uma UMDR, no concelho de Santarém. A Naturidade Rio Maior, S.A, constitui na Região a única entidade privada, com fins lucrativos, que tem a gestão de duas respostas (UMDR e ULDM), no concelho de Rio Maior.

Por último, a gestão dos CCI na Lezíria do Tejo conta ainda com a atuação da Santa Casa da Misericórdia, uma Irmandade da Misericórdia. Nesta tipologia de natureza jurídica, encontram-se agregadas três entidades, a Santa Casa da Misericórdia da Chamusca, com duas respostas (UMDR e ULDM), no concelho da Chamusca; a Santa Casa da Misericórdia de Coruche, que tem a responsabilidade de gerir também duas respostas (UMDR e ULDM), no concelho de Coruche; e por último a Santa Casa da Misericórdia de Santarém, que gere uma ULDM, no concelho de Santarém.

### Órgãos de gestão das Entidades Gestoras com forte prevalência das mulheres

Os órgãos de gestão das seis entidades gestoras dos CCI abrangem um total de 76 indivíduos, entre os quais há uma forte prevalência das mulheres (72%, correspondente a 55 indivíduos), assumindo os homens um peso mais reduzido (28%, abrangendo 21 indivíduos). Esta disparidade radica, entre outros fatores, nas acentuadas discrepâncias históricas enraizadas na sociedade portuguesa no que trata à prestação de cuidados em contexto familiar, com as mulheres a assumirem o papel exclusivo de cuidadoras familiares.

Os níveis de escolaridade dos órgãos de gestão constituem-se da maior relevância, na medida em que podem potenciar ou pelo contrário, comprometer, a capacidade de adequação, inovação e sustentabilidade destas respostas, sobretudo, num tempo marcado por uma mudança rápida do perfil convencional das pessoas em situação de dependência, bem como pela emergência de utentes e famílias com maiores níveis de exigência. Muito embora não tenha sido possível obter informação para a maioria dos órgãos de gestão (54%), verificou-se que 26 indivíduos detêm o ensino superior e nove

o ensino secundário, indicando assim a prevalência de níveis de escolaridade consideravelmente elevados entre os órgãos de gestão, um aspeto positivo a destacar.

## 2 Dinâmica de Empregabilidade

### Volume de trabalhadores consideravelmente assimétrico por cada entidade gestora, na qualidade de entidades empregadoras

Em 2020, as entidades gestoras das três tipologias de respostas dos CCI, na qualidade de entidades empregadoras, abrangiam aproximadamente meio milhão de trabalhadores (454).

De acordo com o processo de recenseamento, o volume de trabalhadores por cada uma das entidades gestoras apresentava-se consideravelmente assimétrico, com a SCM de Santarém a assumir particular protagonismo, visto deter 58,6% do total de trabalhadores. Segue-se a ARSLVT, com 16,3%. O terceiro lugar é ocupado pela SCM da Chamusca, com 11%. As restantes entidades apresentam quantitativos mais reduzidos, designadamente a Naturidade Rio Maior, S.A., com 9,7% e a Liga dos Amigos do Hospital de Santarém, com 4,4%, não tendo sido possível obter o número global de trabalhadores da SCM de Coruche.

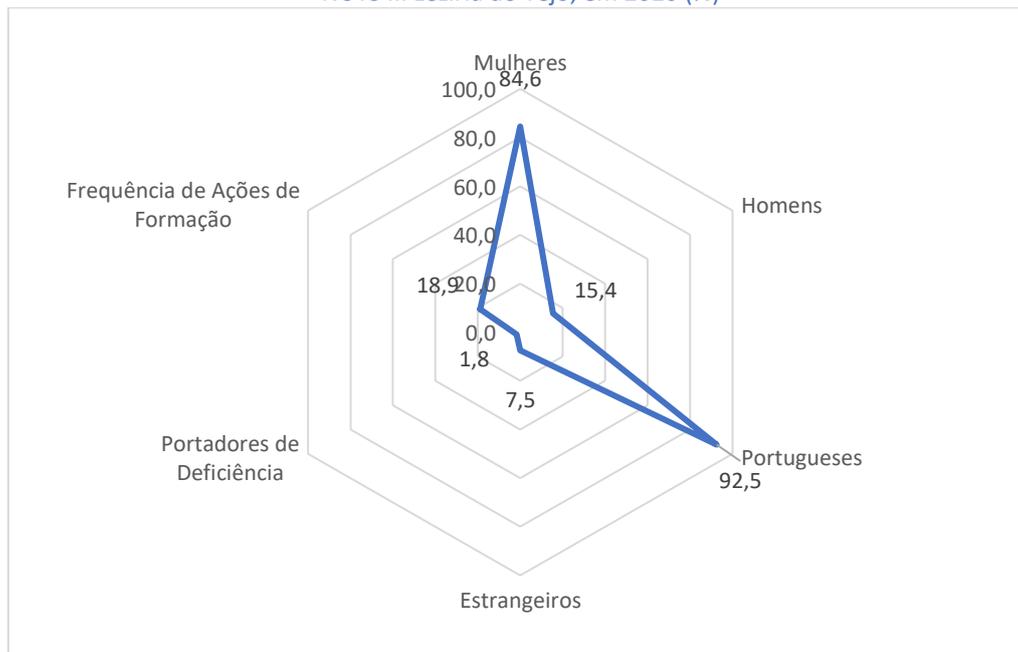
Na análise do perfil dos trabalhadores das entidades gestoras, ressalta desde logo a prevalência das mulheres na estrutura de recursos humanos (84,6%), com os homens a constituírem 15,4% dos trabalhadores.

De acordo com a informação obtida, a população estrangeira representava 7,5% dos trabalhadores destas entidades, enquanto os cidadãos nacionais constituíam a grande maioria (92,5%). Apesar da baixa representatividade da população ativa estrangeira, importa salientar a sua integração no mercado de trabalho das entidades gestoras destas respostas de CCI.

A integração de trabalhadores estrangeiros é quase exclusivamente observada na SCM de Santarém, uma vez que com exceção desta, apenas a Naturidade Rio Maior S.A. integra um trabalhador de nacionalidade estrangeira.

Num contexto sucessivamente marcado pela existência de múltiplas barreiras à integração no mercado de trabalho da população portadora de deficiência, decorrente da persistência de alguns preconceitos, do desconhecimento das competências desta população, bem como da diminuta adaptação do mercado de trabalho, também entre estas entidades gestoras se regista uma baixa representatividade de trabalhadores portadores de deficiência (1,8%). Esta é uma tendência generalizada na sociedade, não obstante os esforços realizados nos anos mais recentes, que visam promover níveis superiores de inserção no mercado de trabalho da população portadora de deficiência, e que compromete a plena integração social deste grupo.

Figura 37. Perfil dos profissionais de saúde, nas Entidades Gestoras dos Cuidados Continuados Integrados, na NUTS III Lezíria do Tejo, em 2020 (%)



Fonte: Equipa Técnica, 2022

Num tempo marcado por profundas, múltiplas e céleres alterações na sociedade, a aprendizagem ao longo da vida constitui-se cada vez mais como um recurso crucial para trabalhadores e entidades empregadoras, essencial na sua capacidade de adaptação e resposta às necessidades emergentes e que compromete a sua própria intervenção. Entre as seis entidades gestoras, verificou-se que menos de 1/5 dos seus trabalhadores (correspondente a 18,9%) frequentaram ações de formação proporcionadas pela Entidade, em 2020.

Esta é uma problemática complexa que resulta da conjugação de múltiplos fatores, com particular destaque, por parte das entidades empregadoras, para o reduzido reconhecimento do valor das formações para o seu próprio projeto empresarial, a par com estruturas de recursos humanos, em geral, reduzidas, pelo que a frequência de formações pelos trabalhadores se traduz numa diminuição da sua capacidade operativa. Da parte dos trabalhadores, colocam-se também múltiplos constrangimentos, tais como dificuldades de compatibilização da vida pessoal, familiar e profissional com as ações de formação e desincentivo decorrente da fraca valorização pelo mercado de trabalho.

Para além do quantitativo de trabalhadores que frequentaram ações de formação proporcionadas pela Entidade, em 2020, apenas metade destas entidades o proporcionou, nomeadamente, na ARSLVT, na Naturidade Rio Maior S.A. e na SCM de Santarém.

Entre 2019 e 2020, observou-se mesmo uma diminuição dos percursos de aprendizagem ao longo da vida, no âmbito destas entidades gestoras, que registaram uma quebra de aproximadamente 24% dos trabalhadores a frequentarem ações de formação. Esta tendência recessiva ficou naturalmente marcada pelo contexto pandémico, uma vez que o principal objetivo destas entidades consistiu na contenção da pandemia, de forma a proteger os seus públicos-alvo, em geral, já com estados de saúde fragilizados.

### 3 Financiamento e Perspetivas de Investimento

A administração central constitui-se como a principal fonte de financiamento para o funcionamento e manutenção das entidades gestoras de respostas de cuidados continuados integrados

Contrariamente ao observado nas restantes tipologias de cuidados de saúde, no que se refere aos cuidados continuados integrados, as fontes de financiamento das entidades que atuam na Lezíria do Tejo não apresentam uma articulação direta com a sua natureza jurídica. Esta situação decorre das especificidades de financiamento da prestação de cuidados no âmbito da RNCCI. Assim, o utente comparticipa os custos referentes à prestação de cuidados de apoio social nas UMDR e nas ULDM, comparticipação que depende do rendimento do agregado familiar, sendo calculado pela Equipa de Coordenação Local, e restante assegurada pela Segurança Social e que é transferida diretamente para a Entidade onde está internado o doente. Os custos referentes aos cuidados de saúde são pagos pelo SNS (Ministério da Saúde) ou por outros Subsistemas de Saúde. De igual modo, o apoio domiciliário da ECCI é gratuito para o utente, sendo os custos assumidos pelo SNS ou por outros Subsistemas de Saúde.

Em virtude deste enquadramento, a administração central constitui-se como a principal fonte de financiamento utilizada para o funcionamento e manutenção da entidade e, portanto, apresentam uma total dependência do Estado. Assim, das seis entidades há cinco que apresentam como fonte de financiamento a administração central, sendo que uma não respondeu a esta questão. De acordo com os resultados do inquérito às entidades gestoras, verificou-se também que a administração central para além de constituir a fonte de financiamento mais comum, para quatro destas entidades assegura ainda mais de 50% do seu funcionamento, o que faz desta inequivocamente como a principal fonte de financiamento (ARSLVT; Naturidade Rio Maior S.A.; SCM da Chamusca e SCM de Santarém).

Apenas uma única entidade gestora indicou auferir simultaneamente de financiamento privado, utilizado para o funcionamento e manutenção da Entidade. A diversificação das fontes de financiamento pelas entidades, evidencia assim o modelo de funcionamento das respostas de CCI em Portugal, mas coloca igualmente em destaque a forte dependência da administração central.

Considerando ainda os resultados do inquérito realizado, apenas metade destas entidades gestoras efetuam gastos regulares em medidas de gestão ambiental, verificando-se que se trata das três SCM que atuam neste território.

## 4.6.2. Equipamentos de Cuidados Continuados Integrados

### 1 Acessibilidade aos Cuidados Continuados Integrados

Entrada em funcionamento dos equipamentos concentrada no período 2007 a 2013, despoletada pela criação da RNCCI, em 2006

A sub-região dispõe de 17 respostas e 14 equipamentos, uma oferta maioritariamente recente. Considerando o ano de entrada em funcionamento do equipamento, apenas duas ECCI estão localizadas em equipamentos do século XX (1984 e 1993), encontrando-se as restantes a funcionar em equipamentos que iniciaram atividade entre 2007 e 2013, um ano após a criação da RNCCI, pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, sendo que apenas não foi possível obter esta informação para quatro equipamentos. Esta oferta funciona primordialmente em equipamentos construídos de raiz (9), sendo que apenas três se encontram em instalações adaptadas para o efeito (não foi obtida informação para dois equipamentos).

Quanto ao regime de ocupação, há uma manifesta preferência por parte das entidades gestoras pelo regime de propriedade (11 equipamentos), identificando-se apenas uma situação de arrendamento do equipamento, ainda que não tenha sido obtida informação para dois equipamentos.

O período de funcionamento destes equipamentos apresenta uma divergência fraturante associada à tipologia de resposta de CCI. Por conseguinte, as ECCI funcionam na sua maioria em dias úteis, ainda que com horários de encerramento variáveis (entre as 17h00m e as 19h00m), constituindo a ECCI/UCC Rio Maior a única exceção, uma vez que presta cuidados também aos fins-de-semana até às 15h00m. Já as UMDR e a ULDM, em virtude da situação de dependência e perda de autonomia em que os seus utentes se encontram, está permanentemente em atividade, funcionando sem interrupções, ao longo de todo o ano.

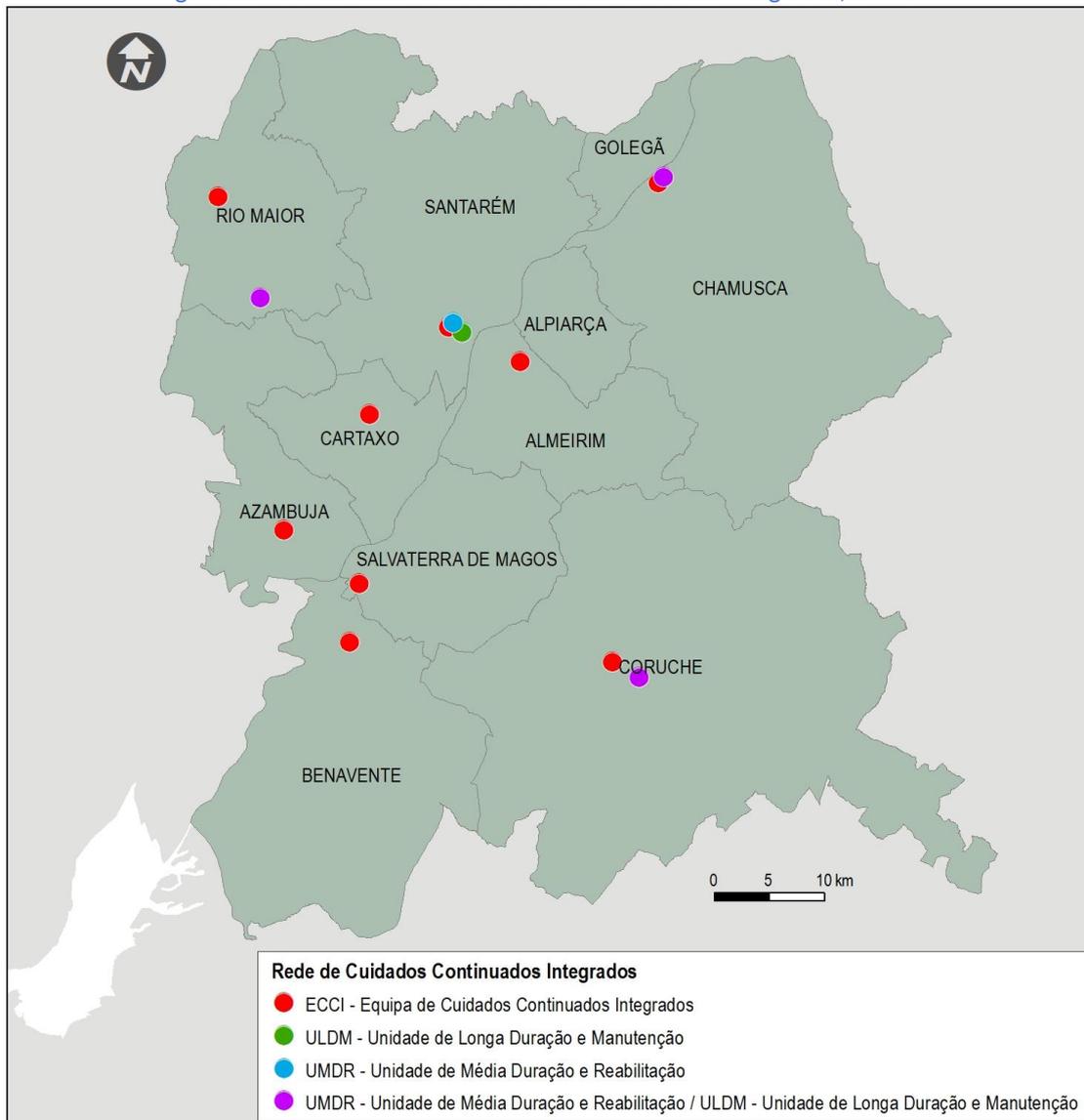
Oferta de equipamentos com respostas de ULDM e UMDR com maior concentração espacial, contrastando com as ECCI que registam maior dispersão territorial

Sendo objetivo central da RNCCI a recuperação global da pessoa em situação de dependência, assegurando para isso a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem, de forma transitória ou definitiva, em estado de dependência e perda de autonomia, a acessibilidade a esta tipologia de cuidados constitui-se nevrálgica.

A acessibilidade deve ser entendida de forma abrangente, considerando assim, a um tempo, a disponibilidade da oferta de equipamentos com níveis de proximidade adequados às áreas de residência dos indivíduos, e a outro tempo, a existência de camas disponíveis em níveis adequados para responder à procura.

A adequabilidade da acessibilidade constitui um desafio incontornável, quer face ao contexto de acelerado processo de envelhecimento da sociedade portuguesa, mais pronunciado fora dos principais centros urbanos do país, onde o despovoamento verificado ao longo das últimas décadas tem vindo a comprometer a capacidade de rejuvenescimento da estrutura demográfica, quer devido ao aumento das situações de dependência, decorrente do aumento da esperança de vida e consequente envelhecimento da população, mas também da maior prevalência das doenças crónicas, quer ainda devido às oscilações da procura, que apesar da forte tendência de crescimento, não se apresenta imune a variações.

Figura 38. Padrão locativo dos Cuidados Continuados Integrados, em 2022



Fonte: Equipa Técnica, 2022

Os 14 equipamentos apresentam uma implantação dispersa pelo território, ainda que uma vez mais com disparidades em função da tipologia de resposta. As ECCI são as que registam maior dispersão, assegurando uma cobertura transversal aos vários concelhos da Lezíria do Tejo.

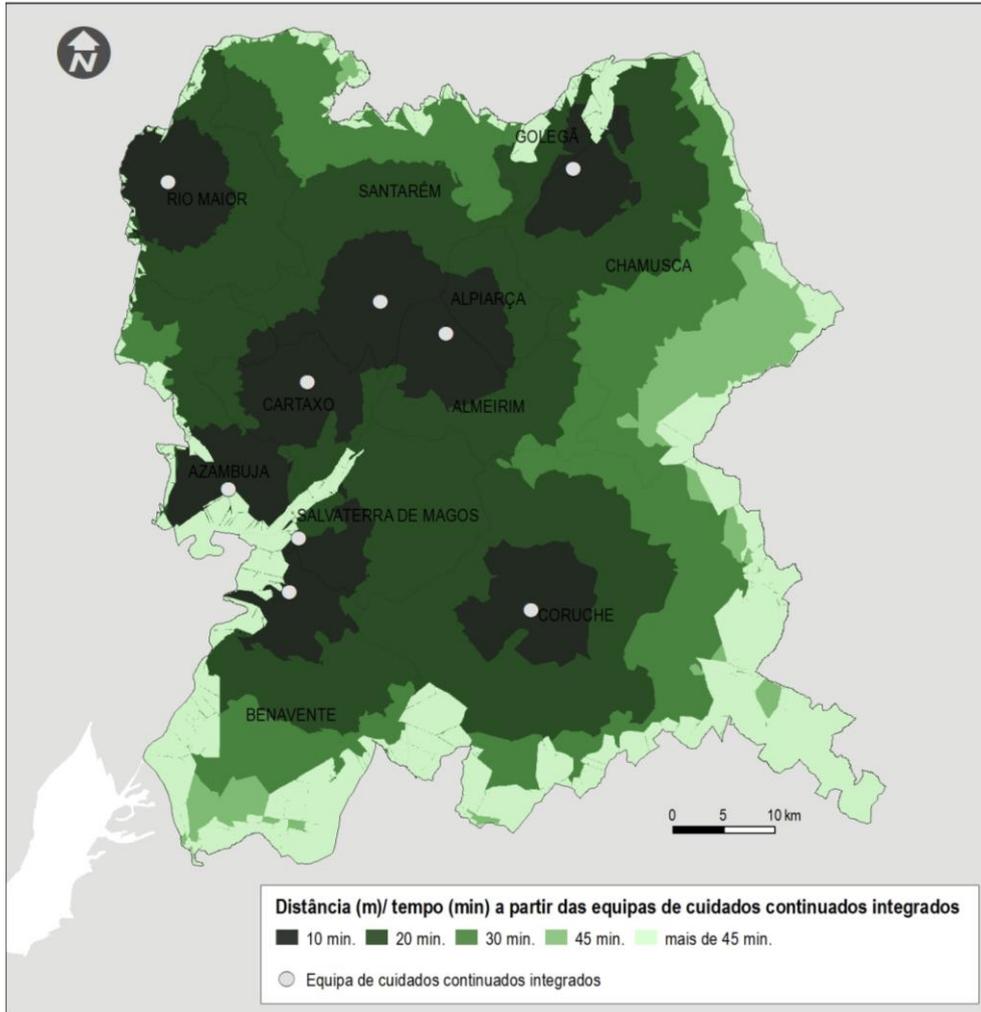
Quanto às demais tipologias de resposta identificadas, três agregam no mesmo equipamento as ULDM e as UMDR, situando-se na Chamusca, Coruche e Rio Maior. A Região conta ainda com dois equipamentos que disponibilizam à população apenas uma destas duas respostas, mais concretamente, uma UMDR e uma ULDM, ambos os equipamentos localizados no concelho de Santarém, reiterando uma vez mais a polarização dos cuidados de saúde exercida pela sede de distrito.

[ECCI com distâncias-tempo a partir dos respetivos equipamentos consideravelmente satisfatórias \(até 20 minutos\) em todos os concelhos](#)

Na análise da acessibilidade dos CCI e considerando os princípios da igualdade e da racionalidade anteriormente referidos, importa igualmente considerar a análise das distâncias-tempo a partir destes

equipamentos, considerando a população residente em 2021. É esta análise que se apresenta seguidamente, muito embora desagregada pelas tipologias de respostas dos CCI, dadas as especificidades que cada uma delas apresenta.

Figura 39. Distância (m)/Tempo(min) a partir dos equipamentos das Equipas de Cuidados Continuados Integrados, considerando a população residente, em 2021



Concelhos	Indivíduos residentes, 2021 (n.º)	Distâncias-Tempo (%)				
		10 min	20 min	30 min	45 min	> 45 min
Almeirim	22.016	79	20	1	0	0
Alpiarça	6.976	83	17	0	0	0
Azambuja	21.422	54	35	7	0	4
Benavente	29.716	33	63	2	0	2
Cartaxo	23.187	83	17	0	0	0
Chamusca	8.530	46	35	16	1	2
Coruche	17.356	48	30	18	1	2
Golegã	5.400	39	59	0	0	2
Rio Maior	21.005	67	32	0	0	1
Salvaterra de Magos	21.613	50	49	0	0	1
Santarém	58.671	61	21	13	3	1

Fonte: Equipa técnica, 2022

Relativamente às ECCI identificam-se distâncias-tempo a partir dos respetivos equipamentos consideravelmente satisfatórias, visto encontrarem-se maioritariamente a uma distância de até 20 minutos em todos os concelhos. Identificam-se ainda assim ténues diferenças concelhias, com os Almeirim, Alpiarça e Cartaxo a registarem níveis de acessibilidade mais favoráveis, visto que 79%, 83% e 83% da população, respetivamente, se encontra mesmo a uma distância-tempo inferior (10 minutos). Pelo contrário, Santarém, Chamusca e Coruche detêm franjas da população com níveis de acessibilidade inferiores (13%, 16% e 18% dos residentes), ao se situarem a distâncias-tempo a partir dos equipamentos das ECCI até 30 minutos. Trata-se de uma distância já considerada elevada para uma resposta que se pretende de proximidade. No entanto, importa salientar que são os municípios da Lezíria do Tejo com maior área. Na maioria dos municípios, coexistem ainda segmentos da população (entre 1% e 4%) situadas a distâncias-tempo mais elevadas (até 45 minutos ou superior).

#### Existências de assimetrias internas significativas na Região relativamente às distâncias-tempo a partir dos equipamentos das UMDR

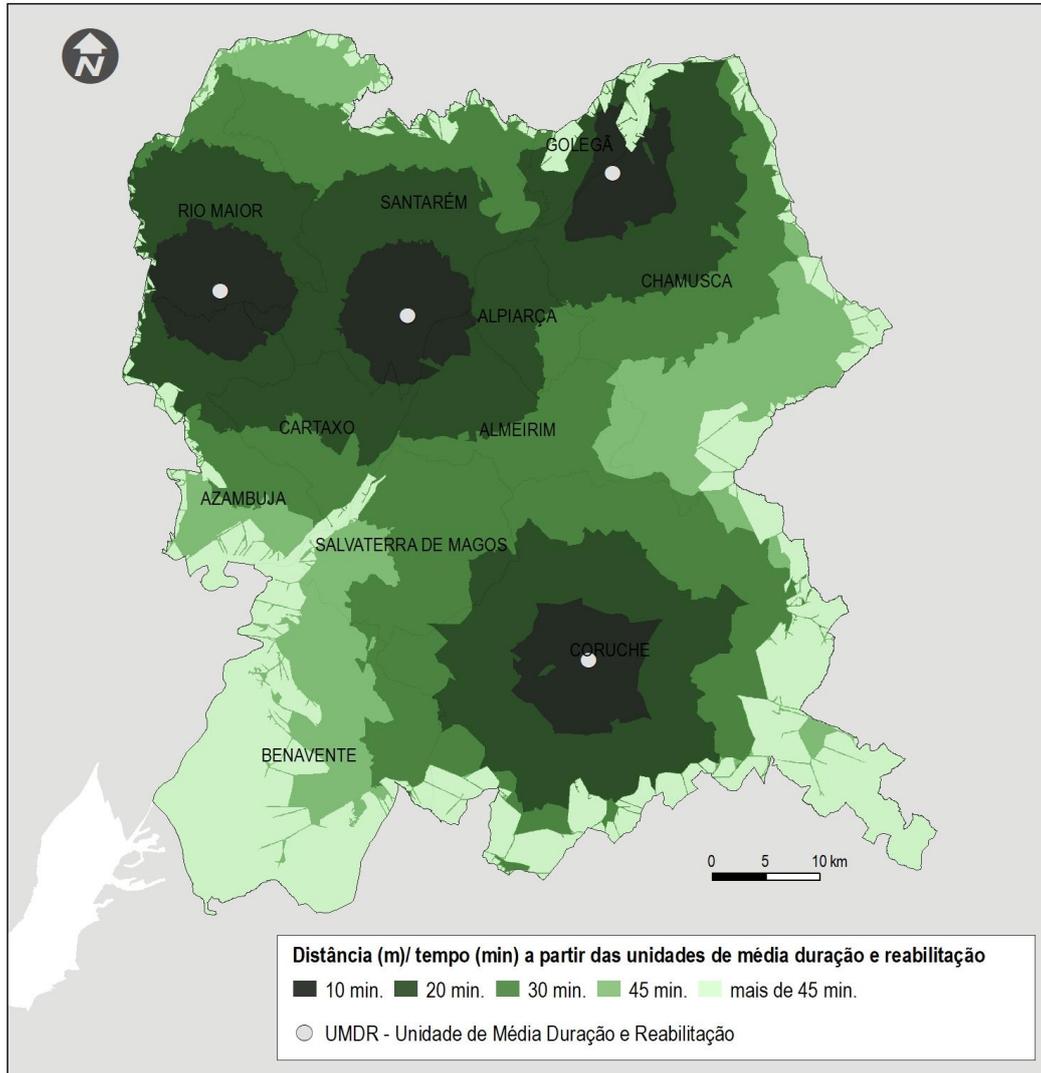
No que concerne às UMDR, constitui-se fundamental assegurar a proximidade da prestação dos cuidados, através da potenciação de serviços integrados na comunidade, um vez que se dirigem a pessoas que, na sequência de doença aguda ou reagudização de doença crónica, perderam a sua autonomia e funcionalidade, mas que apresentam potencial de reabilitação funcional e que necessitam de cuidados de saúde, apoio social, os quais que pela sua frequência ou duração, não podem ser prestados no domicílio, mas cujos internamentos têm uma duração entre 30 a 90 dias. Assim, ainda que não sendo financeiramente sustentável tratar-se de equipamentos de proximidade, na sua implantação devem privilegiar-se distâncias médias dos domicílios dos utentes.

A análise das distâncias-tempo a partir dos equipamentos das UMDR existentes na Região indica que na maioria dos municípios (8) a situação é favorável, uma vez que mais de 75% dos residentes se encontram até 20 minutos. Entre estes, Golegã e Santarém registam as situações mais confortáveis, com 64% e 60% dos residentes a uma curta distância-tempo a partir dos equipamentos das UMDR (até 10 minutos), situação que resulta diretamente da implantação destes equipamentos e da sua proximidade às principais áreas residenciais.

Configuram situações mais desvantajosas as registadas na Azambuja e em Salvaterra de Magos (38% dos residentes encontram-se a distâncias-tempo a partir dos equipamentos das UMDR de até 45 minutos e 64% até 30 minutos respetivamente), mas sobretudo Benavente, uma vez que mais de metade dos residentes (57%) se encontra a mais de 45 minutos.

De um modo geral, verifica-se que as áreas limítrofes da Região, em particular, no seu setor Sul, é a que regista maiores distâncias-tempo a partir dos equipamentos das UMDR.

Figura 40. Distância (m)/Tempo(min) a partir das Unidades de Média Duração e Reabilitação, considerando a população residente, em 2021



Concelhos	Indivíduos residentes, 2021 (n.º)	Distâncias-Tempo (%)				
		10 min	20 min	30 min	45 min	> 45 min
Almeirim	22.016	7	80	12	1	0
Alpiarça	6.976	0	99	1	0	0
Azambuja	21.422	8	20	33	36	3
Benavente	29.716	0	0	4	38	57
Cartaxo	23.187	0	80	19	0	0
Chamusca	8.530	48	33	15	3	1
Coruche	17.356	45	30	22	0	2
Golegã	5.400	64	34	0	0	2
Rio Maior	21.005	21	67	12	0	1
Salvaterra de Magos	21.613	0	0	64	35	1
Santarém	58.671	60	20	12	6	1

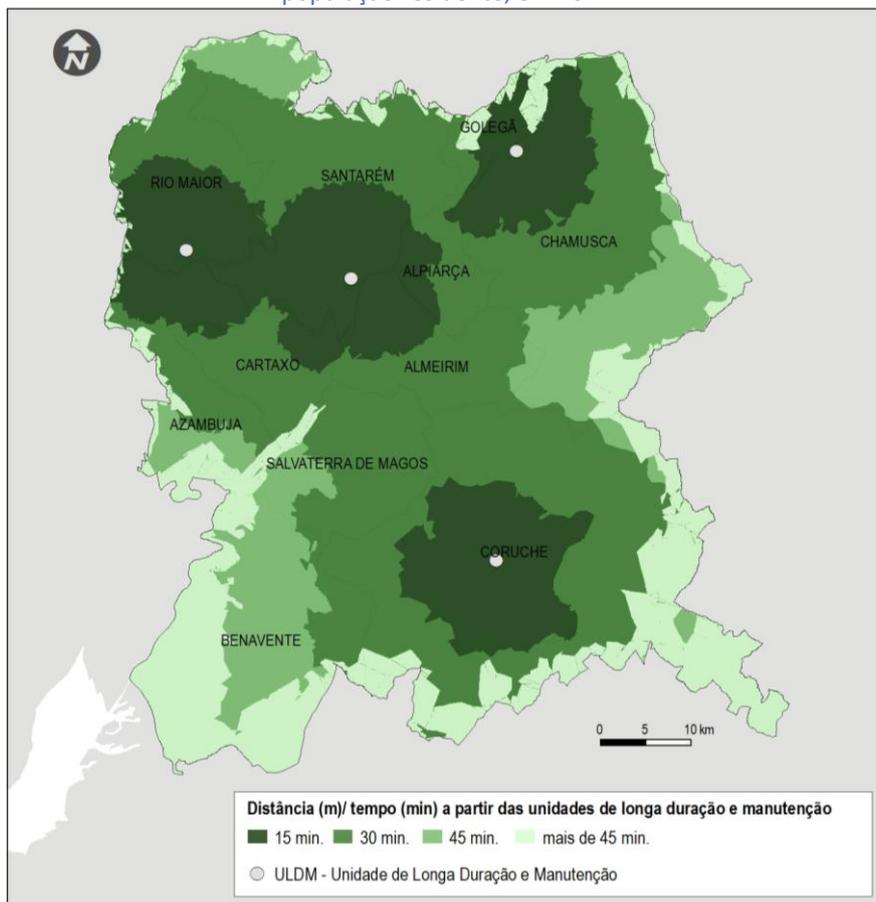
Fonte: Equipa técnica, 2022

### As ULDM apresentam níveis de acessibilidade satisfatórios

As ULDM destinam-se a utentes com doença ou processo crónico, com diferentes níveis de dependência e graus de complexidade, que não reúnam condições para tratados no domicílio ou noutro tipo de resposta, centrando-se assim na prevenção ou retardamento do agravamento da situação de dependência e, por essa razão, constituem internamentos com mais de 90 dias. Assim, estes equipamentos apresentam um nível de implantação territorial que não carece de uma proximidade tão acentuada ao domicílio dos utentes, como observado nas UMDR. Não obstante, importa assegurar distâncias razoáveis para o devido acompanhamento familiar do utente, essencial no seu conforto e qualidade de vida. Estreitamente associado a este aspeto, acresce notar que a ULDM pode proporcionar o internamento de situações temporárias, decorrentes de dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do principal cuidador, até 90 dias por ano, o que num contexto de aumento do fenómeno demográfico do envelhecimento populacional e de subsequente aumento do número de cuidadores idosos de pessoas dependentes no país, reforça a necessidade de garantir níveis adequados de acessibilidade da população às ULDM.

Na Lezíria do Tejo, os quatro equipamentos existentes proporcionam globalmente níveis de acessibilidade razoáveis, uma vez que em dez concelhos a maioria da população encontra-se a distâncias-tempo até 15 minutos ou até 30 minutos, esta última ainda considerada satisfatória para esta tipologia de serviços de saúde. De igual modo, também se verifica que apenas pequenas franjas da população, na generalidade dos municípios, se encontram a distâncias-tempo a partir destes equipamentos até 45 minutos ou mais do que 45 minutos.

Figura 41. Distância (m)/Tempo(min) a partir das Unidades de Longa Duração e Manutenção, considerando a população residente, em 2021



Concelhos	Indivíduos residentes, 2021 (n.º)	Distâncias-Tempo (%)			
		15 min	30 min	45 min	> 45 min
Almeirim	22.016	71	29	0	0
Alpiarça	6.976	71	29	0	0
Azambuja	21.422	22	38	36	4
Benavente	29.716	0	5	38	58
Cartaxo	23.187	13	86	0	0
Chamusca	8.530	77	20	1	2
Coruche	17.356	61	36	0	2
Golegã	5.400	65	33	0	2
Rio Maior	21.005	75	24	0	1
Salvaterra de Magos	21.613	0	67	32	1
Santarém	58.671	73	19	6	1

Fonte: Equipa técnica, 2022

Uma vez mais, Benavente detém um posicionamento singular e desvantajoso, uma vez que apenas 5% dos seus residentes se encontra a uma distância-tempo a partir dos equipamentos até 30 minutos, agravado pelo facto de 38% se situar até 45 minutos e ainda mais considerando que a maioria (58%) se encontra a mais de 45 minutos. Verifica-se ainda uma certa discrepância entre o setor Norte e o Sul da Região, com o Norte consideravelmente melhor assistido, dada a maior contiguidade de população a uma distância-tempo até 15 minutos, no setor Norte.

#### Capacidade instalada de UMDR marcada por elevadas taxas de ocupação

A análise composta da acessibilidade geográfica aos equipamentos de CCI na Lezíria do Tejo com a análise da disponibilidade de camas, considerando a informação recolhida no processo de recenseamento, com o respetivo cruzamento da informação proveniente da Carta Social, do GEP – Gabinete de Estratégia e Planeamento, demonstra que este território, muito embora apresente uma oferta de equipamentos pautada pela proximidade geográfica, esta dotação apresenta-se globalmente insuficiente, sobretudo no que trata às UMDR.

Assim, nos quatro equipamentos de UMDR existentes, metade encontra-se a funcionar no limite da sua capacidade (taxas de ocupação de 100%) e os restantes dois registam taxas de ocupação substancialmente elevadas (92% e 95%), evidenciando uma reduzida capacidade de resposta Região face a incrementos da procura. Nos equipamentos de ULDM, embora apenas um dos quatro se encontre a funcionar com uma taxa de ocupação de 100%, os restantes apresentam níveis de ocupação consideravelmente elevados (91% e 94%), identificando-se apenas um com maior capacidade de resposta (a Naturidade Rio Maior, S.A., 79%).

Embora as UMDR apresentem tempos de internamento menores do que as UMDL, o que lhe confere maior capacidade de libertação de camas, as taxas de ocupação anteriormente apresentadas não deixam de se constituir como fator de preocupação.

## 2 Avaliação do Edificado, Redes e Meio Envolverte

A acessibilidade aos equipamentos de CCI constitui-se como o domínio mais bem avaliado pelas entidades gestoras no âmbito do edificado, das redes e do meio envolvente

De acordo com os resultados do inquérito realizado, na avaliação do estado de conservação do meio envolvente, as entidades gestoras dos mesmos classificaram como “razoável” no caso de nove equipamentos, tendo nos restantes se verificado classificações mais favoráveis, como “bom” (2) e “excelente” (1).

No que se refere às acessibilidades aos equipamentos, a maioria das entidades gestoras efetuou uma avaliação favorável de “bom” em 45,8% dos parâmetros considerados, tendo este constituído efetivamente o domínio, dos quatro em análise, melhor classificado. Seguiu-se uma avaliação de “razoável” em 25% dos fatores em análise, embora 12,5% tenha realizado uma avaliação de “bom”. As avaliações desfavoráveis constituíram uma minoria, tendo-se concentrado unicamente ao nível dos transportes públicos (6,3%).

A questão dos transportes públicos é particularmente relevante, quer para os profissionais que aí trabalham, mas também para os utentes e familiares, sobretudo considerando que se trata de um público-alvo em situação de fragilidade dos seus estados de saúde, situação que acarreta elevado impacto em termos económicos, pelo que o recurso a outros modos de transporte (públicos ou privados) se constitui como um fator penalizador de uma população em situação de vulnerabilidade.

Relativamente ao estado de conservação global do edifício, importa desde logo salientar a inexistência de equipamentos em situação de “deficiente”. Ainda que metade destes equipamentos (6) se encontre em estado de “razoável”, três obtiveram a classificação de “bom” (a que acresceu uma avaliação de “excelente” (UCCI Luís Dias). Dois equipamentos não foram avaliados.

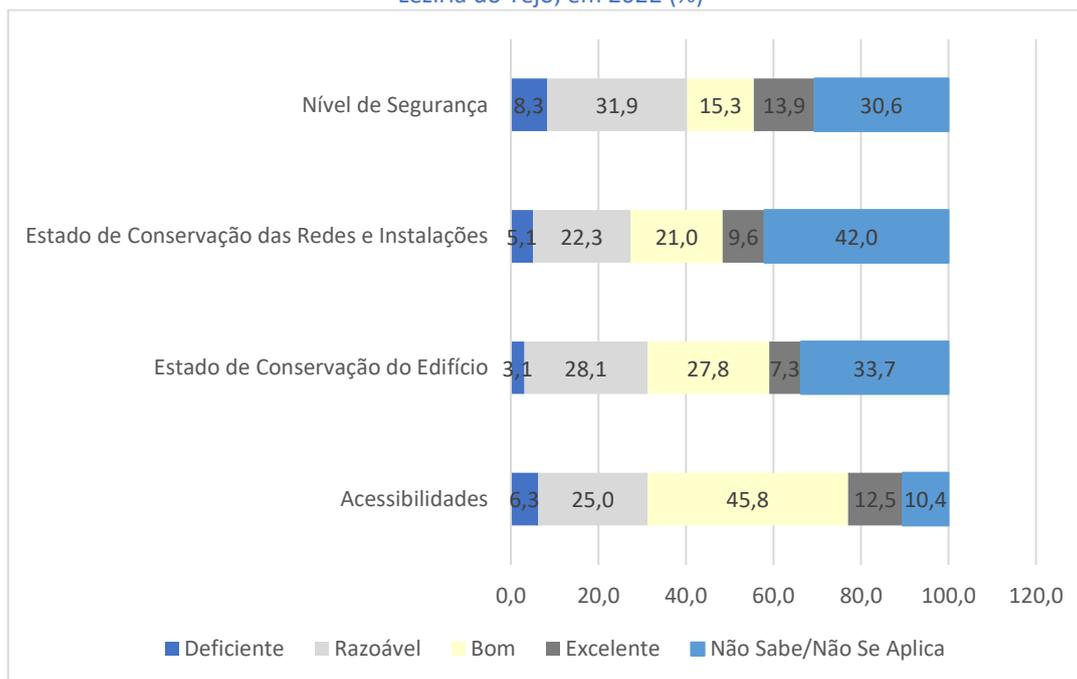
Para 33,7% dos parâmetros em análise no estado de conservação do edifício, as entidades gestoras responderam “não sabe/não responde/não se aplica”. Das respostas válidas obtidas, prevalece uma avaliação de “razoável”, em 28,1% dos fatores em análise. Seguiu-se uma classificação de “bom” (27,8%), primordialmente atribuída ao estado de conservação das salas de espera, dos tetos, do refeitório, da iluminação natural, da internet e da ventilação natural. Ainda que com menor expressão estatística, alguns aspetos foram classificados de “excelente” (7,3%) e de “deficiente” (3,1%), esta última com maior incidência no que trata à climatização artificial.

Este domínio de análise apresenta um contraste entre as tipologias de resposta, uma vez que enquanto os edifícios sede das ECCI registaram uma maior heterogeneidade de respostas, para as UMDR e ULDM prevaleceram avaliações de “bom” e “excelente”, tendo apenas sido registada uma avaliação de “deficiente”, atribuída ao estado de conservação da cobertura do equipamento, pela Liga dos Amigos do Hospital de Santarém. Esta dicotomia associada à tipologia de resposta encontra-se, em parte, associada ao facto dos equipamentos em que funcionam as UMDR e ULDM serem relativamente recentes, com pouco mais de uma década, enquanto os equipamentos relativos às ECCI apresentarem-se mais envelhecidos.

Na avaliação do estado de conservação de redes e instalações, as entidades gestoras dos equipamentos de CCI foram omissas num quantitativo considerável de parâmetros (em 42% consideraram “não sabe/não responde/não se aplica”). Porém, uma vez mais prevaleceram avaliações intermédias (em 22,3% dos aspetos foram avaliados como “razoável” e em 21% como “razoável”). Os extremos da avaliação foram indicados com menor frequência, ainda assim, 9,6% dos aspetos relacionados com o estado de conservação de redes e instalações foram classificados como “excelente” e, pelo contrário, 5,1% como “deficiente”.

Em matéria de nível de segurança, a proporção mais elevada das entidades gestoras efetuou uma avaliação de “razoável” (31,9%). Porém, as avaliações mais favoráveis de “bom” e de “excelente”, cumulativamente corresponderam a 29,2% indicando tratar-se esta de uma preocupação das entidades, o que se entende, quer decorrente da legislação em vigor, quer associado ao facto do público-alvo destas entidades já se encontrar em situação de fragilidade de saúde, o que coloca maiores exigências em matéria de segurança na resposta que é prestada. Em 8,3% dos aspetos em análise foi, apesar de tudo, realizada uma avaliação desfavorável (“deficiente”).

Figura 42. Avaliação do edificado, Redes e Meio Envolvente, nos Cuidados Continuados Integrados, na NUTS III Lezíria do Tejo, em 2022 (%)



Fonte: Equipa Técnica, 2022

Quando questionados sobre se o equipamento dispõe das condições necessárias para os serviços prestados, a quase totalidade das entidades gestoras respondeu afirmativamente, tendo constituído única exceção a CS Chamusca/ECCI /UCC Chamusca – Golegã, que indicou que “não” (a entidade gestora da ECCI/UCC Cartaxo não respondeu a esta questão).

### 4.6.3. Atividade Prestada

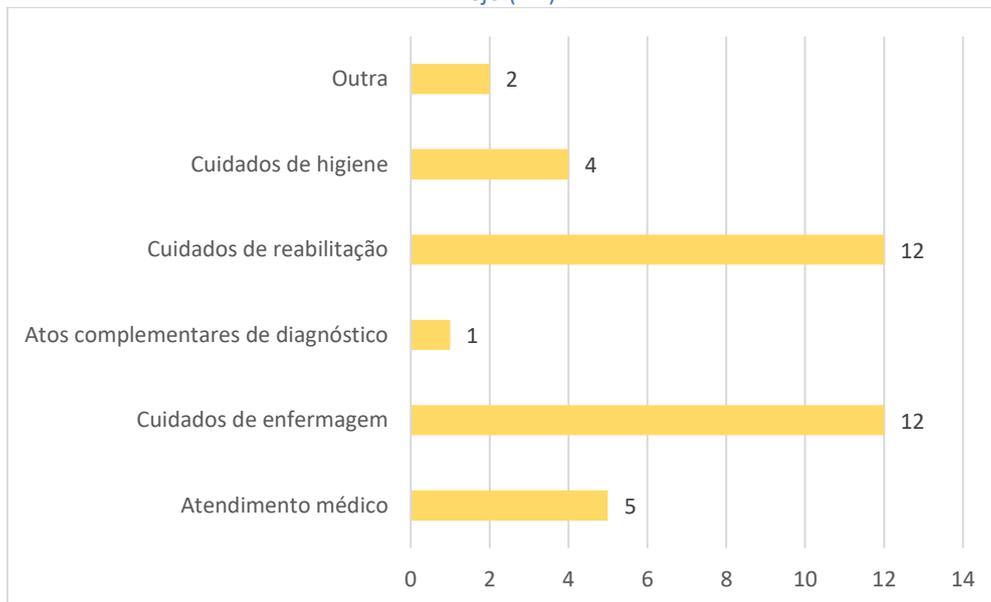
#### Heterogeneidade de serviços nos equipamentos de CCI, embora os cuidados de enfermagem e de reabilitação sejam transversais a todos

Na matriz de serviços que os equipamentos de CCI dispõem, prevalecem os cuidados de enfermagem e os cuidados de reabilitação, serviços existentes na totalidade dos 12 equipamentos. Já os cuidados médicos foram identificados num número mais restrito de respostas (5), verificando-se a sua existência em todas as UMDR e ULDM. Os atos complementares de diagnóstico integram a oferta de apenas um equipamento, correspondente a uma resposta de ECCI.

A ECCI/UCC Rio Maior e a UCCI Luís Dias são os que apresentam a oferta de serviços mais diversificada, na medida em que integram ainda outros serviços. A ECCI/UCC Rio Maior proporciona aos seus utentes

os serviços de fisioterapia, terapia ocupacional e psicologia, animação sócio cultural e serviço social, e a UCCI Luís Dias os serviços de animação sociocultural, apoio psicológico e apoio psicossocial.

Figura 43. Serviços que os equipamentos de cuidados continuados integrados dispõem, na NUTS III Lezíria do Tejo (n.º)



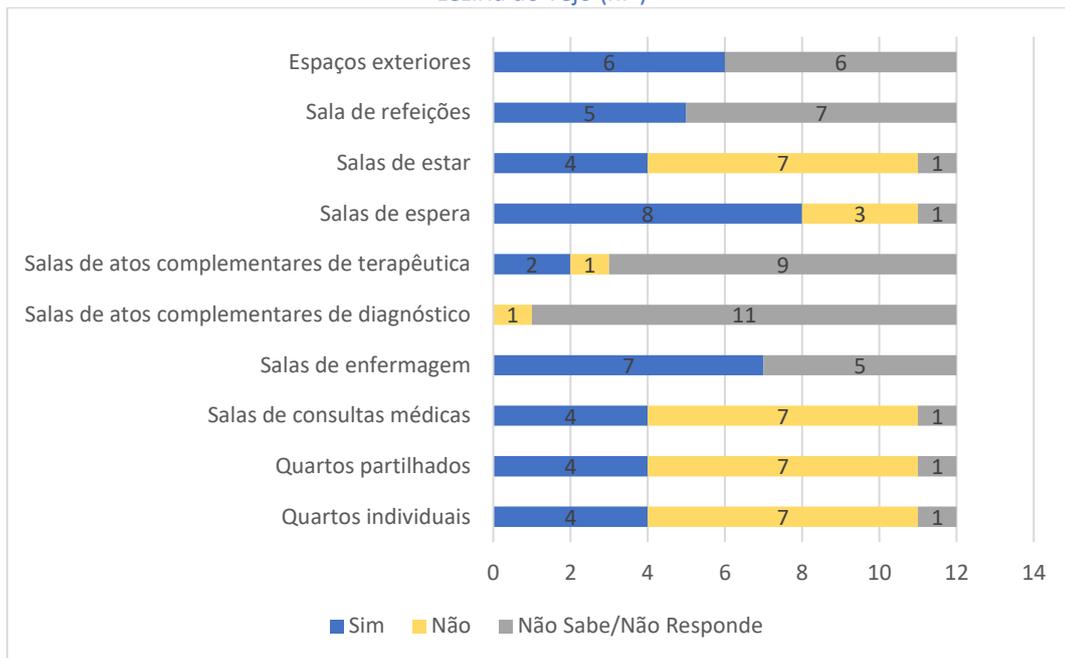
Fonte: Equipa Técnica, 2022

#### Equipamentos das UMDR e ULDM com um total de 30 quartos (individuais e partilhados)

Concomitantemente, verifica-se uma assinalável heterogeneidade das funcionalidades de que os equipamentos dispõem, sendo que não se verificou nenhuma que fosse comum aos 12 equipamentos.

A funcionalidade mais presente nos equipamentos dos CCI é a sala de espera (oito equipamentos), seguida da sala de enfermagem (sete equipamentos). De salientar que apenas seis destes equipamentos dispõem de espaços exteriores e cinco de espaços de refeições.

Figura 44. Funcionalidades de que os equipamentos de cuidados continuados integrados dispõem, na NUTS III Lezíria do Tejo (n.º)



Fonte: Equipa Técnica, 2022

A oferta de quartos, individuais ou partilhados, é exclusiva das UMDR e ULDM, associada à função destas respostas sociais. Existentes ambos os tipos de quartos em todos os equipamentos com estas respostas de CCI, identifica-se um total de 21 quartos individuais e de nove quartos partilhados.

Lamentavelmente, a avaliação e a monitorização do grau de satisfação dos utentes com os serviços não constituem uma prática comum na generalidade do país. Na área da saúde, tem-se registado uma crescente valorização da mesma, que procura acompanhar o aumento dos níveis de instrução e exigência dos utilizadores, de forma a procurar assegurar a necessária e adequada qualificação da oferta de serviços e respostas.

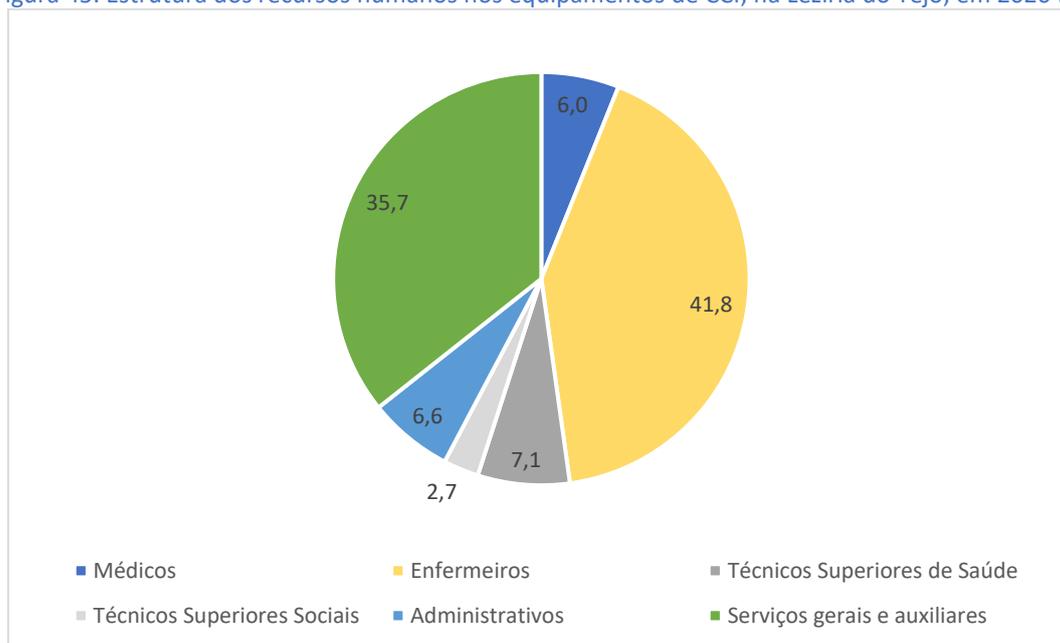
De acordo com os resultados obtidos nos inquéritos, apenas cinco dos equipamentos de CCI na Lezíria do Tejo tem esta prática, situação que desejavelmente se deveria alterar, de modo a melhor compreender as necessidades de investimento e a aperfeiçoar e atualizar os serviços prestados.

#### 4.6.4. Profissionais de Saúde

A pandemia motivou um acréscimo de 18% dos recursos humanos nos equipamentos dos cuidados continuados integrados

Os recursos humanos alocados aos equipamentos de CCI tiveram uma variação positiva de aproximadamente 18%, entre 2019 e 2020, de 162, para 191 (acrécimo de 29). Num ano marcado pelo surgimento do COVID-19, este aumento evidencia a capacidade adaptativa destes equipamentos no sentido de uma prestação apropriada e ajustada dos cuidados de saúde, apesar dos desafios colocados pela pandemia.

Figura 45. Estrutura dos recursos humanos nos equipamentos de CCI, na Lezíria do Tejo, em 2020 (%)



Fonte: Equipa Técnica, 2022

Uma desagregação por funções revela discrepâncias, tendo sido observados aumentos de recursos humanos no que concerne ao pessoal médico e administrativos (mais três), técnicos superiores de saúde (mais dois) e, sobretudo, ao pessoal dos serviços gerais e auxiliares (mais 28), dado a necessidade de capacidade de ação imediata na contenção e estabilização de surtos da pandemia COVID-19, o que exigiu maior investimento nestes recursos humanos. Pelo contrário, em algumas categorias profissionais registou-se uma dinâmica negativa, com uma diminuição do pessoal afeto. Foi o caso dos técnicos superiores sociais (menos um), mas primordialmente do pessoal de enfermagem (taxa de variação negativa de 11,4%, correspondente a menos 13).

Apesar das oscilações despoletadas pela pandemia, em 2020 a estrutura de recursos humanos destas unidades era composta essencialmente por enfermeiros, que representavam 41,8% do pessoal (correspondente a 76), seguido do pessoal dos serviços gerais e auxiliares que constituíam 35,7% dos recursos humanos (correspondente a 65). Assim, as demais categorias de profissionais apresentavam incidências diminutas.

Em 2020, os recursos humanos afetos aos cuidados continuados nestes equipamentos, segundo o vínculo laboral, evidenciavam a clara preferência por situações contratuais de maior estabilidade (79,7% eram efetivos). Os contratos a prazo constituíam a forma de vínculo laboral menos valorizada (8,5%), havendo ainda 11,9% contratos de outra natureza.

**Os cuidados continuados integrados apresentam uma insuficiência de recursos humanos, com particular destaque para os enfermeiros**

De acordo com os resultados do inquérito, a disponibilidade de recursos humanos nestes equipamentos apresenta-se atualmente insuficiente para as necessidades existentes, uma vez que dos 12 equipamentos apenas em três as entidades gestoras terão indicado a adequabilidade do pessoal alocado (Unidade de Cuidados na Comunidade de Benavente, CS Chamusca/ECCI /UCC Chamusca – Golegã e ECCI Santarém/UCC Santarém).

Segundo estas mesmas entidades gestoras, identifica-se uma necessidade de acréscimo de 29 recursos humanos para satisfazer as necessidades existentes. Mais concretamente foi identificada a necessidade de mais um médico, 19 enfermeiros, seis técnicos superiores de saúde e três recursos humanos dos serviços gerais e auxiliares. As preponderâncias das necessidades identificadas do pessoal de enfermagem decorrem diretamente da quebra verificada no ano da pandemia e que tendem a persistir volvidos dois anos.

À semelhança do observado nos restantes serviços de saúde existentes na Região, também nos CCI a maioria dos recursos humanos é de nacionalidade portuguesa (81%). Importa, contudo, notar que um segmento muito significativo destes trabalhadores (19%) é composto por cidadãos de nacionalidade estrangeira, reiterando assim a importância e contributo dos mesmos para a prestação destes cuidados de saúde na Lezíria do Tejo.

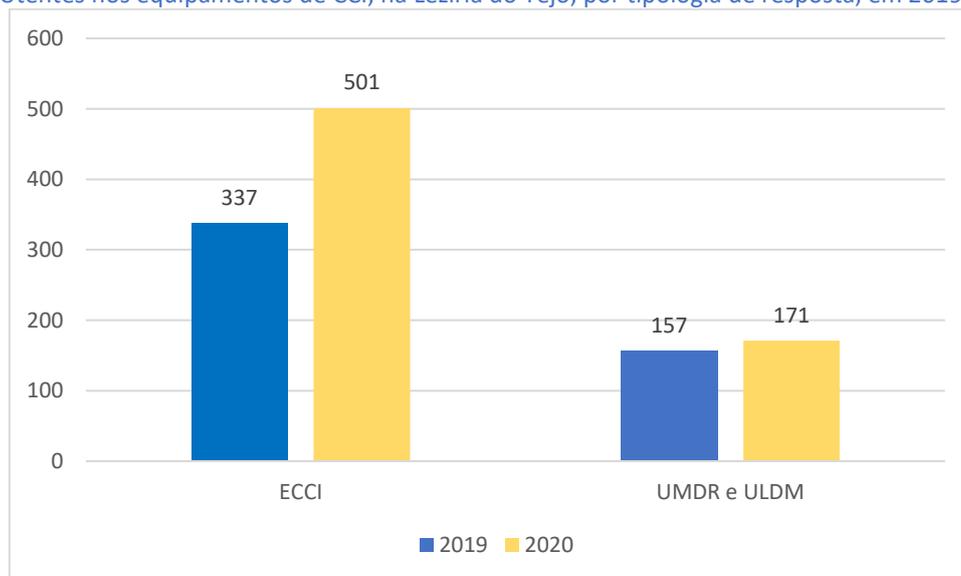
#### 4.6.5. Utentes

##### Aumento da procura em cerca de 23% das respostas de cuidados continuados integrados, entre 2019 e 2020

Considerando os dados facultados no âmbito do processo de recenseamento dos equipamentos de CCI, estes tinham 605 utentes em 2020, o que constituiu um acréscimo de cerca de 23% face ao ano anterior (494, em 2019). Este acréscimo pronunciado foi, no entanto, díspar em função da tipologia de respostas de CCI, com as ECCL a registarem o aumento mais relevante, de cerca de 49%, enquanto as UMDR e ULDM tiveram um aumento menos expressivo, de aproximadamente 9%. A enorme pressão que a pandemia COVID-19 colocou sobre os hospitais obrigou a uma considerável reorganização de serviços e respostas que, entre outros aspetos, passou por um maior recurso ao envio de doentes para o domicílio, como solução encontrada para aliviar a pressão sobre o SNS e, em particular, sobre os hospitais. Esta opção visava também proteger doentes internados da COVID-19, de forma a prolongar internamentos e agravamentos do seu estado de doença.

O prolongamento de internamentos de alguns doentes em contexto hospitalar é uma problemática reconhecida, cuja resolução se constitui como fundamental para garantir a adequabilidade de resposta dos cuidados diferenciados. Neste contexto, o aumento e crescente alargamento das ECCL assume-se como crucial, tendo a pandemia recorrido de modo significativo a esta solução, com lições que importa incorporar.

Figura 46. Utentes nos equipamentos de CCI, na Lezíria do Tejo, por tipologia de resposta, em 2019 e 2020 (n.º)



Fonte: Equipa Técnica, 2022

O quantitativo de utentes destes equipamentos apresenta um equilíbrio de género, com os homens a constituírem 50,5% e as mulheres 49,5%.

A análise da estrutura etária dos utentes demonstra como, apesar das situações de dependência e perda de autonomia poderem atingir indivíduos de todas as idades, esta é uma problemática que tem uma correlação direta com a idade, uma vez que apesar do aumento paulatino da esperança de vida, observa-se uma deterioração das condições biofísicas dos indivíduos, com repercussão no seu bem-estar e qualidade de vida, à medida que se dá um agravamento dos seus quadros de doença.

Com efeito, em 2020, não se registavam utentes jovens (até aos 19 anos de idade), grupo ao qual estão associados, em geral, melhores estados de saúde e vitalidade e no grupo dos 20 aos 39 anos registava-se um único doente (0,3%). A partir desta faixa etária, verifica-se um aumento contínuo dos utentes por grupo etário, nomeadamente, 2,6% dos 40 aos 49 anos de idade e 5,9% dos 50 aos 59 anos de idade. Na faixa etária dos 60 aos 69 anos, verifica-se um aumento expressivo, com uma quase duplicação da incidência (12,2%), correspondendo a faixa etária dos 70 aos 79 anos de idade a que apresenta maior incidência (42,6%).

A partir da quarta idade (idade  $\geq$  80 anos), há uma inversão da tendência de aumento dos utentes, apesar de constituírem o segundo grupo mais relevante, pois correspondem a 36,3% do total. Esta situação deve-se quer às maiores necessidades de internamento hospitalar, quer à maior taxa de mortalidade nesta faixa etária.

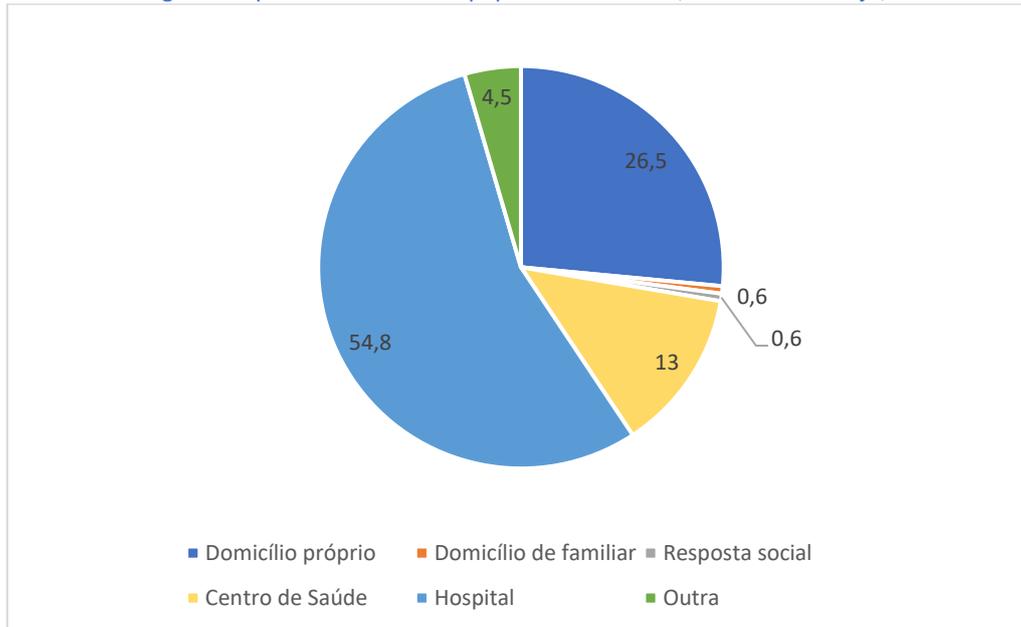
#### Cuidados continuados integrados existentes acolhem primordialmente utentes residentes nos municípios da Lezíria do Tejo

Estes equipamentos são primordialmente utilizados por utentes residentes nos concelhos da Lezíria do Tejo (82%), embora dando também resposta a residentes de outras NUTS III do Alentejo (18%). Importa notar que os CCI são geridos a nível nacional, sendo os utentes colocados nos equipamentos com disponibilidade de resposta, muito embora exista uma manifesta preocupação com a respetiva proximidade às áreas de residência. A conjugação desta preocupação na gestão das vagas, a par com

a manifesta preferência de utentes e familiares por respostas de proximidade ao domicílio, explica a ausência de residentes de outras regiões do país.

Quanto à proveniência dos utentes destes equipamentos, verifica-se uma primazia dos que se encontravam anteriormente hospitalizados (54,8%), corroborando a necessidade de recurso à “hospitalização” domiciliária, no ano da pandemia. Porém, 26,5% encontrava-se anteriormente no próprio domicílio, assumindo as demais situações uma expressão comparativamente inferior.

Figura 47. Utentes segundo a proveniência nos equipamentos de CCI, na Lezíria do Tejo, em 2019 e 2020 (%)



Fonte: Equipa Técnica, 2022

O sucesso desta tipologia de cuidados de saúde e sociais pode ser aferida, por exemplo, pelo destino dos utentes, após a alta. No ano de 2020, 66% regressou aos seus domicílios, o que constitui um indicador positivo, não obstante a pressão para proteger este público-alvo no contexto da pandemia. O recurso a outras respostas que pressupõem maior envolvimento familiar, seja o domicílio de algum familiar (3,8%) ou a opção por outras respostas sociais (5,7%), apresenta-se diminuto, decorrente do receio dos familiares em assumirem esta responsabilidade, assim como na sua diminuta capacidade de resposta, especialmente face à massiva integração da mulher no mercado de trabalho, verificada ao longo das últimas décadas.

Não obstante os esforços alocados nestes equipamentos, 4,4% dos utentes teve mesmo de ser hospitalizado e aproximadamente 1/5 teve outro destino após a alta, o que entre outros aspetos inclui naturalmente os óbitos registados.

#### 4.6.6. Financiamento e Desafios

##### Disparidade no programa de investimentos programados entre as ECCE e as UMDR e ULDM

De acordo com o programa de investimentos, para os próximos dois anos, assinala-se um contraste em função da tipologia de cuidados de saúde. Nos equipamentos relativos às ECCE, observa-se uma ausência de investimentos programados, para um horizonte temporal de curto prazo. A pandemia

obrigou a uma profunda reorganização destas respostas e tendem a persistir nestes serviços de saúde vários constrangimentos relacionados com a escassez de recursos humanos, em particular, de médicos e de enfermeiros. Pelo contrário, os equipamentos das UMDR e ULDM apresentam maioritariamente investimentos programados, constituindo exceção o Hospital de Jesus Cristo, gerido pela SCM de Santarém.

A única entidade privada com intervenção nos CCI Região, a Naturidade Rio Maior, S.A., prevê ampliar as suas instalações, investimento não identificado em nenhuma das restantes entidades. A Liga dos Amigos do Hospital de Santarém apresenta investimentos programados mais diversificados, de renovação e remodelação do equipamento atual, mas também de aquisição de equipamento. A UCCI Luís Dias, gerida pela SCM de Coruche, tem investimentos com maior nível de especificidade, relativos à cozinha central.

A complexidade subjacente a estas respostas e a necessidade de constante adaptação ao contexto atual, são fatores desencadadores de inúmeros desafios, ainda que a maioria das entidades gestoras destes equipamentos não tenha indicado qualquer constrangimento. Apenas duas entidades o fizeram, mais especificamente uma ECCI e uma UMDR/ULDM, referindo quer a ausência de profissionais, em resultado da sua alocação a outras respostas, no seguimento da pandemia, quer dificuldades relacionadas com os sistemas de informação, designadamente o SClínico, sistema informático desenvolvido em 2013 pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) para as instituições integradas no SNS e a solução GestCare, à qual são também associadas algumas limitações, não obstante a inequívoca necessidade dos profissionais acederem a dados de referência específicos, fornecidos via sistema de informação partilhado no âmbito da RNCCI.

O reconhecimento destes constrangimentos constitui-se essencial para que se possam desenvolver, continuamente, estruturas mais adequadas às várias respostas de cuidados continuados integrados e assim assegurar um maior ajustamento às necessidades da população em situação de dependência e perda de autonomia, questão central pelos impactes que acarreta para o SNS, para as famílias e para o bem-estar e qualidade de vida da população.

## 4.7. Outros Cuidados de Saúde

### Lezíria do Tejo com oferta de resposta especializada relativamente à problemática das dependências

A Lezíria do Tejo dispõe ainda de um Centro de Respostas Integradas (CRI) do Ribatejo, cuja sede se localiza em Santarém. Este constitui um dos cinco CRI e uma das oito Unidades de Intervenção Local (UIL) da competência da ARSLVT, estruturas que se inserem no vasto e reconhecido percurso na intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (CAD), que o país tem realizado, ao longo das últimas décadas.

O CRI do Ribatejo abrange duas Equipas Técnicas Especializadas de Tratamento (ETET), a ETET de Santarém, localizada na mesma morada da sede do CRI do Ribatejo e a ETET de Abrantes, situada em Abrantes e, portanto, fora da área de intervenção da presente Carta dos Equipamentos de Saúde. Estas ETET asseguram uma resposta especializada relativamente à problemática das dependências, designadamente, em matéria de alcoolismo, dependências sem substância (por exemplo, as perturbações associadas ao jogo ou à dependência de tecnologia), tabagismo e toxicodependência.

O equipamento em que se encontra em funcionamento o CRI do Ribatejo - ETET de Santarém entrou em funcionamento há sensivelmente uma década (2013) e as valências e serviços disponibilizados centram-se no acompanhamento social, psicológico e na disponibilização de cuidados de saúde. De

acordo com os resultados obtidos no processo de recenseamento realizado, o estado de conservação do edifício e do meio envolvente apresentam-se razoáveis, segundo a avaliação da própria entidade.

O volume de recursos humanos teve uma quebra entre 2019 e 2020, passando de 19 para 16 trabalhadores, tendo a equipa perdido um médico, um enfermeiro e um técnico superior de saúde. Por conseguinte, em 2020, a estrutura técnica era multidisciplinar, sendo composta por dois médicos, três enfermeiros, dois técnicos superiores de saúde, três técnicos superiores sociais, dois administrativos, um recurso de serviços gerais e auxiliares e três técnicos psicossociais.

Em 2020, esta equipa acompanhava um total de 818 utentes, o que configurava uma quebra da procura em -15%, face ao ano anterior, em que se registou aproximadamente um milhar de utentes (966). Independentemente da oscilação global da procura, o perfil de utentes encontra-se invariavelmente marcado pela preponderância dos indivíduos do sexo masculino (82%, em 2019 e 2020), sintomático de uma menor incidência das problemáticas dos CAD nas mulheres.

A educação para a saúde nestes domínios e a prevenção são atualmente priorizados junto de públicos-alvo em idades precoces, dada a necessidade crescente de aquisição de competências para poderem lidar com a multiplicidade de riscos associados. Assim, muito embora os indivíduos com idades compreendidas até aos 19 anos constituam apenas um pequeno segmento dos utentes (4,2%), as três faixas etárias seguintes são aquelas onde se observa uma maior incidência dos indivíduos atingidos por estas problemáticas (21,9% tem entre 20 e 39 anos, 39% entre 40 e 49 anos e 27,8% entre 50 e 59 anos). Nas idades seguintes, observa-se uma quebra do quantitativo de utentes, até porque associado aos CAD há uma deterioração aguda das condições de vida e do estado de saúde dos indivíduos, com níveis de mortalidade associados claramente superiores (6,2% tem entre 60 e 69 anos e 1% entre 70 e 79 anos).

A dependência com maior incidência no território da Lezíria do Tejo é a adição a substâncias psicoativas (drogas lícitas e ilícitas, entre outras que não o álcool), totalizando 535 utentes. Porém, a adição à substância psicoativa específica do álcool tinha uma presença também não negligenciável na sociedade local, tendo-se identificado 201 utentes, em 2020. Importa salientar que estes valores retratam apenas os indivíduos acompanhados pelo CRI do Ribatejo - ETET de Santarém, o que não inclui os indivíduos com CAD não inseridos nestes serviços, existindo uma forte relutância dos indivíduos com comportamentos de risco em serem apoiados.

A matriz de constrangimentos deste serviço de saúde centra-se primordialmente no facto do edifício apresentar uma estrutura envelhecida, carecendo de algumas intervenções de beneficiação (canalizações, sistema elétrico, isolamento, pavimento). Muito embora seja crucial a boa gestão financeira dos recursos, a qualificação do equipamento e dos espaços envolventes dirigidos a este público-alvo constitui-se uma mais-valia, visto que o seu funcionamento em espaços degradados, envelhecidos ou abandonados contribui para sentimentos de insegurança e estereótipos entre a população em geral, fator crítico para o sucesso das estratégias de combate adotadas.

---

## 5. ANÁLISE SWOT

---

## 5. ANÁLISE SWOT

A partir do diagnóstico da oferta de cuidados de saúde e da procura atual e prospetiva de equipamentos de saúde, é possível desenhar o diagnóstico prospetivo, numa análise SWOT, que sistematize as forças, fraquezas, oportunidades e ameaças que se colocam em termos de planeamento estratégico, ao nível supramunicipal na Lezíria do Tejo, para o horizonte temporal de 2030.

FORÇAS	FRAQUEZAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>› Cobertura universal dos cuidados de saúde.</li> <li>› Qualidade dos processos de planeamento, avaliação e governação estratégica.</li> <li>› Prevalência da oferta de cuidados de saúde públicos e coexistência de uma oferta assegurada por um ecossistema de atores heterogéneos.</li> <li>› Forte articulação entre os atores locais, regionais e nacionais, com particular destaque para a CIMLT e respetivos Municípios com a ARSLVT e os ACES.</li> <li>› Preocupações com a qualidade dos ecossistemas e dos recursos naturais, pelos seus efeitos na saúde e na sua sustentabilidade futura, com investimentos consideráveis, fator relevante no âmbito das determinantes ambientais.</li> <li>› Rede de equipamentos extensa constituída por unidades diversas, cobrindo as várias tipologias de cuidados de saúde (primários, diferenciados, cuidados continuados e outros).</li> <li>› Edifícios dos cuidados de saúde primários com um estado de conservação globalmente positivo.</li> <li>› Acréscimo da estrutura de recursos humanos nas diversas tipologias de cuidados de saúde induzida pela pandemia COVID-19.</li> <li>› Recurso significativo a médicos de nacionalidade estrangeira, ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, especialmente relevante face ao contexto de insuficiência destes profissionais no país.</li> <li>› Investimentos assinaláveis na formação, capacitação e qualificação dos recursos humanos afetos aos Cuidados de Saúde Primários.</li> <li>› Hospitais com uma considerável oferta de especialidades médicas e cirúrgicas.</li> <li>› Totalidade dos hospitais com plano de investimentos programado para os próximos anos.</li> <li>› Oferta da RNCCI composta por diversas tipologias de respostas.</li> <li>› Oferta de cuidados de saúde com resposta especializada para as dependências (Centro de Respostas Integradas).</li> <li>› Maior consciencialização, à escala municipal, para o nível de complexidade da resolução dos problemas em saúde, e por isso, dependentes de modelos de planeamento e de intervenção que considerem a multidimensionalidade dos determinantes em saúde.</li> <li>› Proximidade geográfica à Área Metropolitana de Lisboa, principal metrópole do país com elevada concentração de oferta de equipamentos e recursos em saúde.</li> <li>› Disponibilidade da presente Carta como um instrumento supramunicipal atualizado de governação em saúde.</li> <li>› Presente Carta como um instrumento de articulação com os demais instrumentos de planeamento, municipais e supramunicipais, capaz de promover a saúde nas diversas políticas públicas, essencial para garantir uma saúde para todos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Diminuição da população residente na Lezíria do Tejo, entre 2011 e 2021 (-4,7%).</li> <li>› Densidade populacional com assimetrias regionais relevantes.</li> <li>› Determinantes socioeconómicas marcadas pelo envelhecimento populacional, isolamento social em especial dos mais velhos, crescimento das famílias monoparentais, persistência de níveis de escolaridade moderados e aumento de alguns grupos vulneráveis (desempregados e população estrangeira).</li> <li>› Determinantes ambientais pautadas pelo parque habitacional envelhecido, sintomático da privação material em que alguns residentes vivem.</li> <li>› Aumento da taxa de mortalidade infantil, nos anos mais recentes, interrompendo décadas de progressos neste domínio.</li> <li>› Crescente assimetria no que trata ao sexo entre as classes de utilizadores frequentes de Cuidados de Saúde Primários, com as mulheres a apresentarem, em geral, uma taxa de utilização superior.</li> <li>› Crescimento da população estrangeira no seguimento de alteração dos padrões espaciais da imigração em Portugal, representando desafios acrescidos à oferta de cuidados de saúde.</li> <li>› Proporções muito elevadas de utentes inscritos nos Cuidados de Saúde Primários desprovidos de médico de família, em vários concelhos, e com tendência recente de agravamento severo.</li> <li>› Funcionamento dos Cuidados de Saúde Primários com elevada dependência de financiamento proveniente da Administração Central do Sistema de Saúde.</li> <li>› Pandemia COVID-19 com forte impacto na dinâmica de empregabilidade dos ACES, à semelhança do observado na generalidade do país, agudizando algumas carências específicas de recursos humanos.</li> <li>› Heterogeneidade na oferta de Cuidados de Saúde Primários (tipologias de instalações, horários de funcionamento), que embora decalcando as assimetrias territoriais, induzem fortes discrepâncias na oferta.</li> <li>› Dicotomia regional no padrão locativo da oferta de Cuidados de Saúde Primários marcado pela polarização de Santarém.</li> <li>› Reduzida incorporação da prestação de serviços de telemedicina, apesar das suas vantagens comparativas, mesmo em contexto de emergência da pandemia de COVID-19.</li> <li>› Equipamentos de Cuidados de Saúde Primários maioritariamente desprovidos de planos de investimento a curto prazo.</li> <li>› Lezíria do Tejo com importantes assimetrias internas nas distâncias-tempo a partir dos hospitais, com o município de Coruche a registar a situação mais desfavorável.</li> <li>› Debilidades no estado de conservação das redes e instalações e no nível de segurança dos equipamentos hospitalares.</li> <li>› Envelhecimento demográfico como fator de maior pressão sobre o internamento hospitalar.</li> <li>› Internamentos nos hospitais da região com 11% de utentes não residentes na Lezíria do Tejo.</li> <li>› Administração central como principal fonte de financiamento para o funcionamento e manutenção das entidades gestoras de respostas de cuidados continuados integrados.</li> <li>› UMDR com capacidade instalada marcada por elevadas taxas de ocupação, indicativas de uma diminuta capacidade de resposta.</li> <li>› Cuidados Continuados Integrados com aumento muito significativo da procura impulsionada pela COVID-19, agravando as insuficiências de recursos humanos pré-existentes, em particular, de enfermeiros.</li> <li>› CRI do Ribatejo em funcionamento num edifício envelhecido.</li> <li>› Constrangimentos diversos em matéria de acessibilidades em vários equipamentos de saúde.</li> </ul>

OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>› Contexto pós-pandémico marcado por uma maior consciencialização política e social sobre a importância do reforço do investimento em saúde.</li> <li>› Disponibilidade, ao nível nacional, do Plano Nacional de Saúde 2021-2030, um instrumento recente, da maior atualidade e com um horizonte temporal de aproximadamente uma década.</li> <li>› Disponibilidade, ao nível internacional, da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, das Nações Unidas, dotado de uma visão mais abrangente e inclusiva dos problemas de saúde.</li> <li>› Processos de governação em saúde atualmente mais abrangentes e participados, com valorização das abordagens <i>top-down</i> e <i>bottom-up</i> envolvendo uma vasta diversidade de atores, essencial para a construção de abordagens integradas em saúde.</li> <li>› Maior compromisso, a múltiplas escalas, com as metas para a sustentabilidade e neutralidade carbónica, através do apoio à inovação e à economia circular, procurando assim acompanhar a resposta à emergência climática e com disponibilidade de financiamento verde.</li> <li>› Maior sensibilização para a importância da saúde mental, em todas as fases da vida, no contexto da promoção integrada em saúde.</li> <li>› Processo de descentralização de competências na área da saúde em curso, através do quadro de transferência de competências para os órgãos municipais e para as entidades intermunicipais.</li> <li>› Período de forte investimento na inovação e digitalização com potencial de alavancagem de novas respostas em saúde, em particular, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários.</li> <li>› Mobilização concertada de várias fontes de financiamento, europeias e nacionais, nomeadamente, o novo período comunitário de apoio (PT2030) e do mecanismo Plano de Recuperação e Resiliência (PRR), favorável ao reforço da eficácia e resiliência dos cuidados de saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Rápidas transformações nas tipologias de problemas de saúde representam fator de pressão acrescida à adequação das abordagens aos problemas.</li> <li>› Forte envelhecimento populacional como fator de agravamento dos problemas de saúde de elevada magnitude (por exemplo, doenças do aparelho circulatório, respiratório, tumores malignos, etc...), quer em termos de carga de doença e incapacidade, quer em termos de pressão para o SNS, quer ainda em termos de carga de mortalidade.</li> <li>› Crescente heterogeneidade de grupos vulneráveis como fator de agravamento das desigualdades e iniquidades em saúde.</li> <li>› Contexto macroeconómico atual de forte inflação, com previsão de desaceleração da economia portuguesa e europeia, em 2023, e impacte nas economias das famílias, com consequências expectáveis em várias determinantes de saúde, em particular, nos socioeconómicas, em resultado das restrições/alterações nos padrões alimentares e de consumo.</li> <li>› Processo acelerado de alterações climáticas, degradação de alguns indicadores de desempenho ambiental, deterioração de alguns recursos naturais (por exemplo, a qualidade do ar), destruição de ecossistemas vários e incremento das várias formas de poluição, especialmente em contexto urbano, constituem risco acrescido para o aumento das doenças e potencialmente para o surgimento de (mais e mais frequentes) novas epidemias e pandemias.</li> <li>› Fragilidades estruturais persistentes na sociedade e na economia nacional, como as disparidades de salários entre homens e mulheres, continuam a penalizar o estado geral de saúde das mulheres.</li> <li>› SNS atualmente confrontado com múltiplos desafios e falha ao nível de algumas respostas, traduzindo uma forte pressão, em particular, ao nível dos cuidados hospitalares, especialmente em determinados períodos temporais, como sendo os períodos de maior concentração de férias dos recursos humanos e no outono/inverno.</li> <li>› Dificuldades de contratação de recursos humanos, em particular, de médicos, com maior severidade em algumas regiões com densidades populacionais mais reduzidas.</li> <li>› Más instalações comprometem a captação de recursos humanos em saúde, no entanto, o investimento em melhores instalações não garante necessariamente mais recursos humanos.</li> <li>› Carências na regulação da alocação do pessoal médico, sujeita à concorrência entre municípios/regiões na fixação de médicos, com efeitos multidimensionais negativos no funcionamento do SNS.</li> <li>› Ausência de uma consciencialização coletiva para a necessidade de vigilância em saúde ao longo do ciclo da vida.</li> <li>› Persistência de assinaláveis segmentos da população com baixos níveis de literacia para a saúde.</li> </ul>

---

## 6. ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO

---

## 6. ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO | SAÚDE 2030

### 6.1. Quadro de Suporte à Arquitetura da Visão Estratégica

A concertação da análise da procura atual e prospetiva dos equipamentos e serviços de saúde com o diagnóstico da oferta de equipamentos e serviços de saúde e sua sistematização na análise SWOT, constituem o suporte basilar para o desenho da visão estratégia do presente instrumento de planeamento supramunicipal de saúde, a Carta de Equipamentos de Saúde da Lezíria do Tejo, para o horizonte temporal de 2030.

A estratégia de atuação agora apresentada foi ainda estruturada visando um alinhamento com os principais instrumentos de planeamento em saúde de referência nacional, regionais e locais, bem como com o quadro de referência estratégica para o horizonte 2030. Esta concertação apresenta-se essencial para assegurar a necessária adequabilidade e pertinência da estratégia supramunicipal de saúde.

Considerando o quadro de referência em vigor, assume particular relevância o Plano Nacional de Saúde 2021-2030, da Direção-Geral de Saúde, quer pelo papel preponderante que assume ao nível nacional na promoção de saúde para todos, quer em termos de redução de iniquidades em saúde, quer ainda por resultar de um processo de participação alargado, cocriativo, estruturado e integrador, quer também por abranger, pela primeira vez, uma década no seu horizonte temporal, período que decalca substancialmente o horizonte temporal da presente Carta dos Equipamentos.

A nível internacional, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) definidos pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), representando a visão comum para a Humanidade, constituem elementos de referência fundamental para qualquer processo de desenvolvimento.

Considerando este quadro de suporte, a visão estratégica proposta assenta essencialmente em três princípios:

- › **garantir a equidade de acesso aos cuidados de saúde:** um acesso que se pretende universal e equitativo para todos os cidadãos, ao longo de todas as fases da vida do indivíduo, não deixando ninguém para trás, com particular destaque para os grupos mais vulneráveis;
- › **reforçar a resiliência do sistema de saúde:** as populações estão em constante mudança, o que exige aos sistemas de saúde uma capacidade de acompanhar essas transformações e dinâmicas (demográficas, sociais, económicas, políticas e tecnológicas), garantindo escolhas mais eficazes e eficientes, que permitam assegurar a sua contínua pertinência, adequabilidade e sustentabilidade;
- › **promover a qualificação territorial:** a concretização da política de desenvolvimento regional passa por garantir uma adequada provisão de serviços de interesse geral, nomeadamente, de saúde, essencial para assegurar e continuar a promover a atratividade e qualificação da rede de aglomerações urbanas principais e o reforço do policentrismo à escala regional, determinantes para o aumento da capacidade de atração do território e criação de oportunidades para os recursos locais.

Estes princípios enformam assim conjuntamente a ideia central da visão estratégica, que consiste na necessidade de garantir a equidade de acesso aos cuidados de saúde e de reforçar a resiliência do sistema de saúde, a partir da qual se estrutura toda a visão estratégica da presente Carta, para o horizonte temporal de 2030.

A estratégia de atuação aqui explanada emerge num momento particularmente oportuno, uma vez que é temporalmente coincidente com a criação de um Grupo de Trabalho com a missão de elaborar

o plano de negócios de uma Unidade Local de Saúde Lezíria, EPE, por deliberação n.º 29/2023, de 17 de fevereiro de 2023, da Direção Executiva do SNS. Este tem a pretensão de definir a reorganização da arquitetura orgânica da resposta assistencial ao nível dos cuidados de saúde primários e hospitalares de forma integrada, de acordo com o modelo de Unidade Local de Saúde consagrada no Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova o estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

A abrangência territorial da Unidade Local de Saúde da Lezíria não será, no entanto, plenamente coincidente com a da presente Carta e respetiva estratégia, uma vez que apenas considera os concelhos que integram o ACES Lezíria e o Hospital Distrital de Santarém, EPE (Almeirim, Alpiarça, Cartaxo, Chamusca, Coruche, Golegã, Rio Maior, Salvaterra de Magos e Santarém), não considerando assim os municípios de Azambuja e Benavente.

Neste sentido, a 11 de abril de 2023, o Grupo de Trabalho do ACES da Lezíria solicitou um parecer à CIMLT sobre a implementação desta forma de organização (Unidade Local de Saúde Lezíria, EPE). A exposição e análise do mesmo foi presente a reunião de Conselho Intermunicipal da CIMLT a 27 de abril do mesmo ano, tendo sido aprovado por unanimidade emitir o seguinte parecer: “De forma a habilitar o Conselho Intermunicipal a emitir uma posição definitiva mostra-se imprescindível conhecer o plano de negócios da futura ULS. Acresce que deverá ser levada em conta a definição do hospital de referência em áreas geográficas de fronteira, bem como a sustentabilidade e a melhoria dos serviços de cuidados de saúde primários existentes no território.”

O alcance de bons resultados com esta forma de organização dos cuidados de saúde encontra-se ainda assim fortemente dependente do estreito alinhamento com os desafios primordiais que a Lezíria do Tejo enfrenta na atualidade, em particular, os seguintes:

- › uma adequada dotação de recursos humanos e financeiros essencial para garantir um atendimento eficiente e eficaz aos utentes;
- › uma gestão assente num forte planeamento estratégico especialmente considerando ser uma região com um importante quantitativo populacional e com potencial de crescimento num horizonte de médio prazo, em resultado da emergência da crise da habitação a par com a consolidação de novos modelos de trabalho;
- › uma abordagem estratégica integrada que garanta efetivamente maior acessibilidade da população aos cuidados de saúde, considerando a pressão acrescida exercida nestes cuidados por alguns grupos vulneráveis, designadamente, a população idosa;
- › um estreitamento dos canais de comunicação quer internamente à Unidade Local de Saúde Lezíria, quer entre os cuidados de saúde primários e hospitalares, quer ainda com as Autarquias locais.

A presente Carta e respetiva estratégia por se apresentar mais alargada em termos territoriais, por beneficiar de uma visão integrada dos principais atores estratégicos concelhios e ser desenhada a partir de uma visão holística do território da Lezíria do Tejo, facultando informação atualizada e complementar, apresenta uma elevada pertinência, devendo por isso ser amplamente considerada na criação do plano de negócios da Unidade Local de Saúde Lezíria.

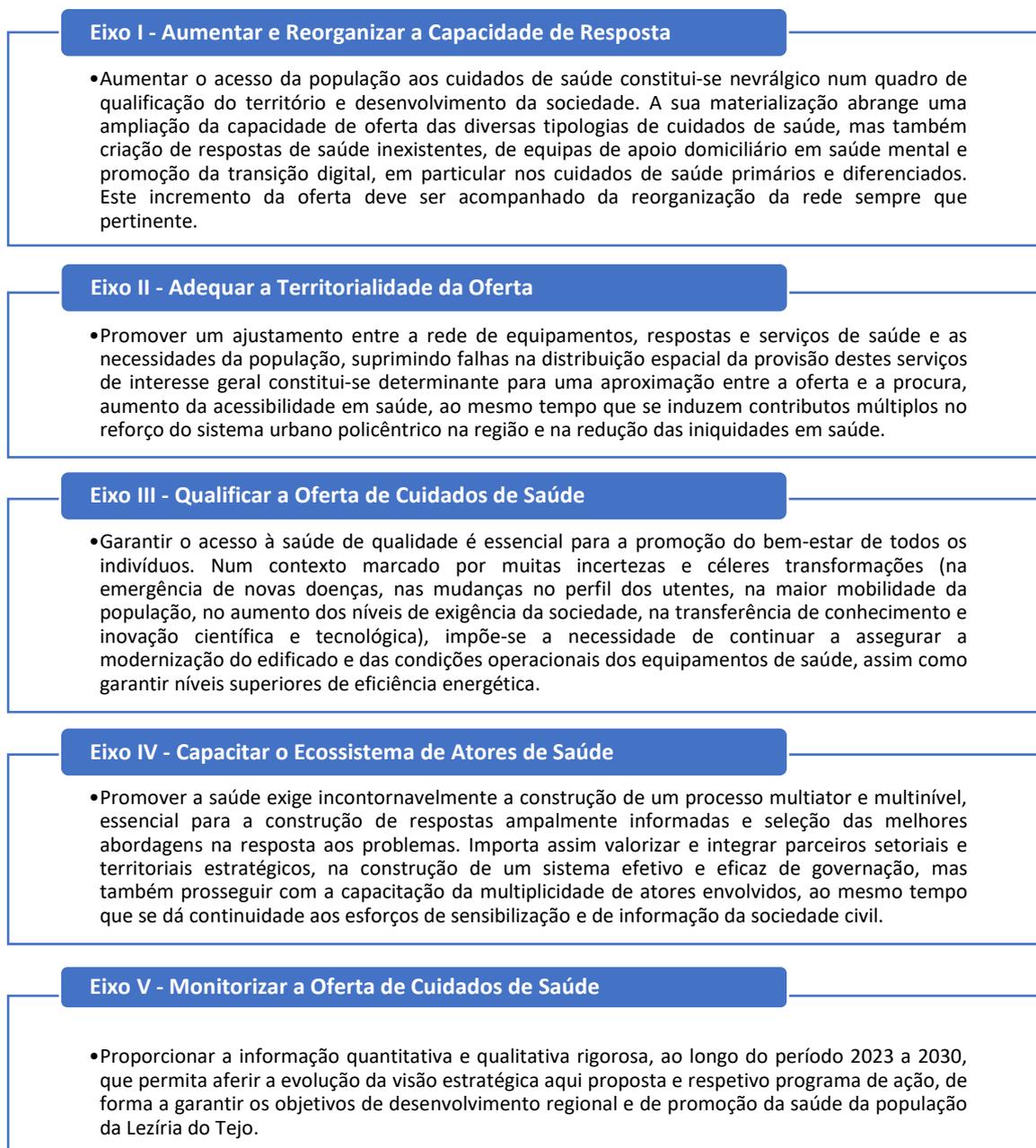
## 6.2. Eixos Estratégicos

A definição dos eixos estratégicos advém da concretização da própria visão estratégica e da consideração da análise matricial das potencialidades e oportunidades regionais que importa promover, assim como dos constrangimentos existentes e dos desafios emergentes identificados.

A definição de eixos estratégicos, essencial na estruturação da visão estratégica, visa ainda uma otimização dos vários mecanismos de financiamento e desenvolvimento territorial disponíveis, uma vez que, para além de contribuir para uma abordagem integrada, favorecem o estabelecimento de sinergias e oportunidades de intervenção polivalentes.

Foram assim identificados cinco eixos estratégicos que se apresentam na figura seguinte:

Figura 48. Eixos Estratégicos do Programa de Ação



Fonte: Equipa Técnica, 2023

Considerando que o Plano Nacional de Saúde 2021-2030 e os ODS são atualmente referenciais da maior relevância para qualquer processo de desenvolvimento e de programação estratégica em saúde, foi realizada uma análise de coerência entre os eixos da estratégia e estes referenciais, sistematizada nos quadros abaixo.

Quanto aos ODS, merecem destaque as coerências fortes estabelecidas com os eixos estratégicos aqui propostos, não se tendo identificado qualquer caso de fraca coerência, tendo apenas num número residual de ocorrências se verificado a ausência de evidências de coerência.

Ainda que em todos os eixos estratégicos se verifique uma análise de coerência positiva com os ODS, os eixos relativos à qualificação da oferta de cuidados de saúde e de capacitação do ecossistema de atores de saúde têm um contributo total ou quase total para o alcance da Agenda 2030.

Por outro lado, importa assinalar o contributo positivo que a totalidade dos eixos estratégicos apresentam especialmente quanto aos cinco primeiros ODS, Erradicar a Pobreza, Erradicar a Fome, Saúde de Qualidade, Educação de Qualidade e Igualdade de Género. Finalmente, os ODS Reduzir as Desigualdades e a Ação Contra a Mudança Global do Clima beneficiam também de uma coerência forte com os Eixos Estratégicos propostos.

Tabela 17. Análise da Coerência entre os Eixos Estratégicos e os ODS

EIXOS ESTRATÉGICOS	ANÁLISE DE COERÊNCIA																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
EIXO I – Aumentar e reorganizar a capacidade de resposta da oferta	+	+	+	+	+	•	•	+	+	+	+	+	+	-	-	+	+
EIXO II – Adequar a territorialidade da oferta	+	+	+	+	+	•	•	+	+	+	+	+	+	-	-	+	+
EIXO III – Qualificar a oferta de cuidados de saúde	+	+	+	+	+	•	+	+	+	+	+	+	+	-	-	+	+
EIXO IV – Capacitar o ecossistema de atores de saúde	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	+	+
EIXO V – Monitorizar a oferta de cuidados de saúde	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	•	•	+	+

Legenda:

Objetivos de Desenvolvimento Sustentável | Agenda 2030:



Nível de Coerência:

- + Coerência forte
- Coerência fraca
- Sem evidências de coerência

Fonte: Equipa Técnica, 2023

Igualmente positiva é a análise de coerência entre os eixos estratégicos e as recomendações do Plano Nacional de Saúde 2021-2030, quer considerando a prevalência de coerências fortes, quer pela inexistência de ocorrências de coerência fracas.

Especialmente relevante é notar que o “Eixo IV – Capacitar o ecossistema de atores de saúde” detém uma coerência forte transversal às sete recomendações do PNS. Os demais Eixos apresentam também um nível elevado de coerência, constituindo a única exceção a recomendação de desenvolvimento de uma nova abordagem ao financiamento e contratualização em saúde, desprovida de evidências de coerência.

Tabela 18. Análise da Coerência entre os Eixos Estratégicos e as Recomendações do Plano Nacional de Saúde 2021-2030

RECOMENDAÇÕES DO PNS 2021-2030	ANÁLISE DE COERÊNCIA				
	EIXO I	EIXO II	EIXO III	EIXO IV	EIXO IV
	Aumentar e reorganizar a capacidade de resposta da oferta	Adequar a territorialidade da oferta	Qualificar a oferta de cuidados de saúde	Capacitar o ecossistema de atores de saúde	Monitorizar a oferta de cuidados de saúde
A sua implementação através da participação e das ações “de tod@s para tod@s”	+	+	+	+	+
A articulação, de um modo integrado, com o planeamento em saúde de nível subnacional	+	+	+	+	+
A valorização da informação, da comunicação, da ciência, do conhecimento e da inovação	+	+	+	+	+
A ação trans e multissetorial sobre os determinantes demográfico-sociais e económicos, como fundamental para o alcance de saúde sustentável	+	+	+	+	+
O reforço do investimento, pela sua importância crescente, nos determinantes relacionados com o sistema de saúde e a prestação de cuidados de saúde	+	+	+	+	+
O desenvolvimento de uma nova abordagem ao financiamento e contratualização em saúde	•	•	•	-	•
A construção de um “Pacto Social para a Década”, centrado na saúde sustentável e na redução das iniquidades em saúde	+	+	+	+	+

Legenda:

Nível de Coerência:

- + Coerência forte
- Coerência fraca
- Sem evidências de coerência

Fonte: Equipa Técnica, 2023

Estes eixos estratégicos para além de alcançarem um conjunto de domínios estratégicos determinantes para a contínua promoção da saúde na Lezíria do Tejo, desdobram-se ainda num total de dezoito medidas que procuram cobrir os subdomínios temáticos neles subjacentes.

Concretiza-se assim uma renovada ambição de promoção da saúde para todos, posicionando a Lezíria do Tejo como uma região que procura a contínua qualificação, bem como assegurar uma melhor preparação para enfrentar os novos desafios de promoção da saúde e prevenção da doença que se lhe colocarão nos próximos anos.

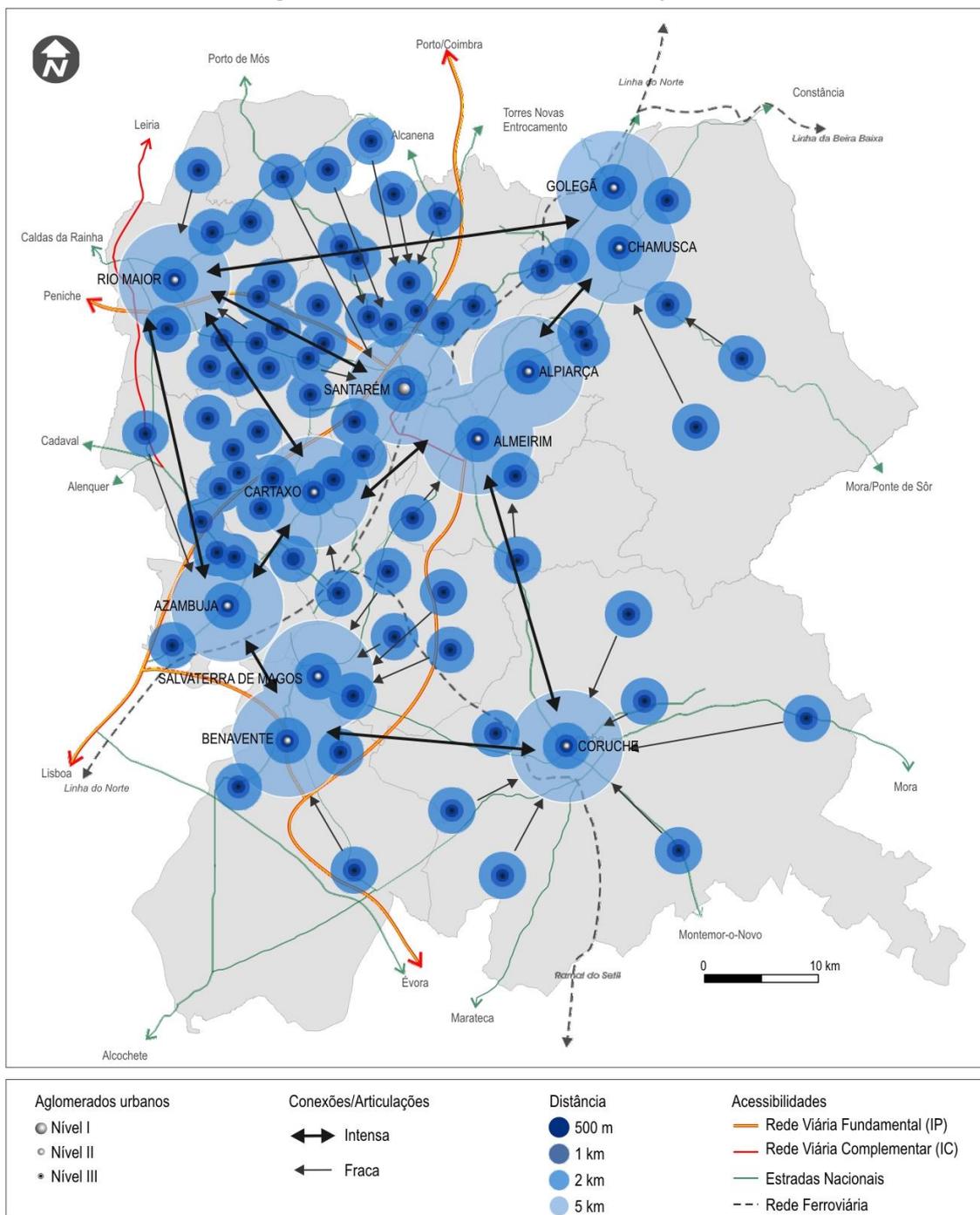
Efetivamente a visão estratégica que se propõe para a Lezíria do Tejo possibilitará não apenas a resolução de algumas das mais importantes problemáticas atuais, mas também contribuir para aumentar os seus níveis de resiliência e capacidade adaptativa da oferta de equipamentos e serviços de saúde face a novos desafios que seguramente se virão a impor.



policêntrico que tem como principal polaridade urbana Santarém. Identificam-se outros importantes polos, em particular, as sedes de concelho que têm vindo a reforçar a sua complementaridade com os territórios imediatos e a assumir posições de destaque, beneficiando da contínua valorização das atividades económicas aí dominantes, da emergência de novos *clusters* setoriais, da densificação da rede de acessibilidades, bem como da estruturação da rede de serviços de interesse geral.

O modelo de povoamento apresenta, portanto, uma assinalável diversidade de aglomerados urbanos, ainda que com uma densidade e forma variável.

Figura 50. Sistema Urbano da Lezíria do Tejo, 2023



Fonte: Equipa Técnica, 2023

Em termos de densidade de aglomerados urbanos, a Lezíria do Tejo apresenta uma forte assimetria longitudinal.

O triângulo Benavente-Rio Maior-Chamusca/Golegã, com Santarém ao centro, regista uma forte pulverização de aglomerados urbanos compostos pelas principais centralidades urbanas da sub-região e restantes aglomerados do seu *hinterland* que estabelecem entre si múltiplas conexões, com níveis de intensidade naturalmente distintos.

O setor oposto é exclusivamente dominado por Coruche, suportado numa rede de fraca densidade de aglomerados urbanos de nível inferior, em que a totalidade das conexões são apenas estabelecidas com a freguesia sede de concelho, sintomático da dependência funcional existente.

Pese embora nos últimos anos se tenha acentuado a preocupação de robustecimento da rede de cidades médias no país devidamente suportadas numa densa rede de aglomerados urbanos e rurais, essencial para o aprofundamento da consolidação da coesão regional, persistem iniquidades e lacunas múltiplas que urge colmatar.

Considerando o panorama facultado pelo diagnóstico da oferta de equipamentos, respostas e serviços de saúde e modelo de ocupação do território, a Lezíria do Tejo deverá ambicionar o robustecimento da sua rede de equipamentos de saúde, essencial à contínua consolidação do seu policentrismo urbano e como forma de garantir que contínua a ser capaz de responder, simultaneamente, aos desafios definidos pelas atuais políticas de ordenamento e desenvolvimento do território.

---

## 7. PROGRAMA DE AÇÃO

---

## 7. PROGRAMA DE AÇÃO

### 7.1. Enquadramento

O programa de ação resulta de um processo de auscultação e concertação de elevada proximidade com os onze municípios que integram a Lezíria do Tejo, mas também com a ARSLVT, as entidades gestoras do Hospital Distrital de Santarém, do Hospital de Vila Franca de Xira, do Hospital CUF Santarém e ainda outros atores com intervenção na área social e da saúde.

A recolha e identificação destas iniciativas e ações prioritárias reflete a confirmação das vulnerabilidades e das necessidades de investimento na oferta de saúde, assim como das intenções de investimento dos municípios, pelo que pressupõe um compromisso de ação entre as oportunidades de financiamento e as estratégias de desenvolvimento das várias entidades envolvidas.

A amplitude de tipologias e a natureza diversa das ações prioritárias radicam no próprio desdobramento dos eixos estratégicos e das suas medidas, sintomáticas da visão integrada a que se procurou responder.

O processo de levantamento e identificação de todas as intenções e iniciativas de investimento resultaram num total de 73 ações prioritárias, identificando-se algumas das suas características nas figuras abaixo. Note-se que este valor resulta de uma análise prévia que procurou validar projetos que se configuram como potencialmente elegíveis no âmbito das oportunidades de financiamento disponíveis e preconizadas para os próximos anos, mas também de uma renovada ambição de afirmação da Lezíria do Tejo como um território com uma oferta de saúde qualificada.

A maioria destas ações prioritárias são projetos municipais (52), seguidos dos projetos para a Lezíria do Tejo (13) e, por último, dos projetos intermunicipais (8). É no município de Santarém que se observa a maior concentração de ações prioritárias (19, sendo que 1 é intermunicipal), situação que resulta da maior concentração de atores de saúde no município.

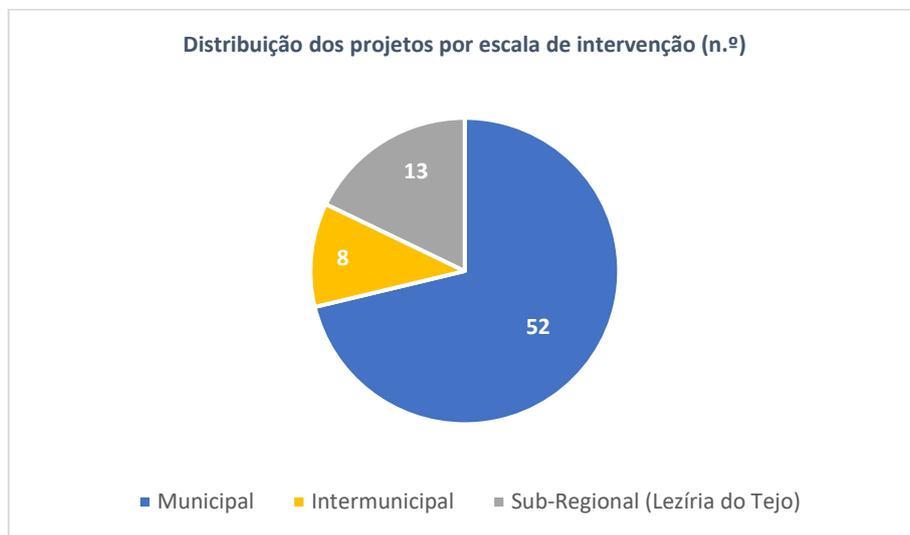
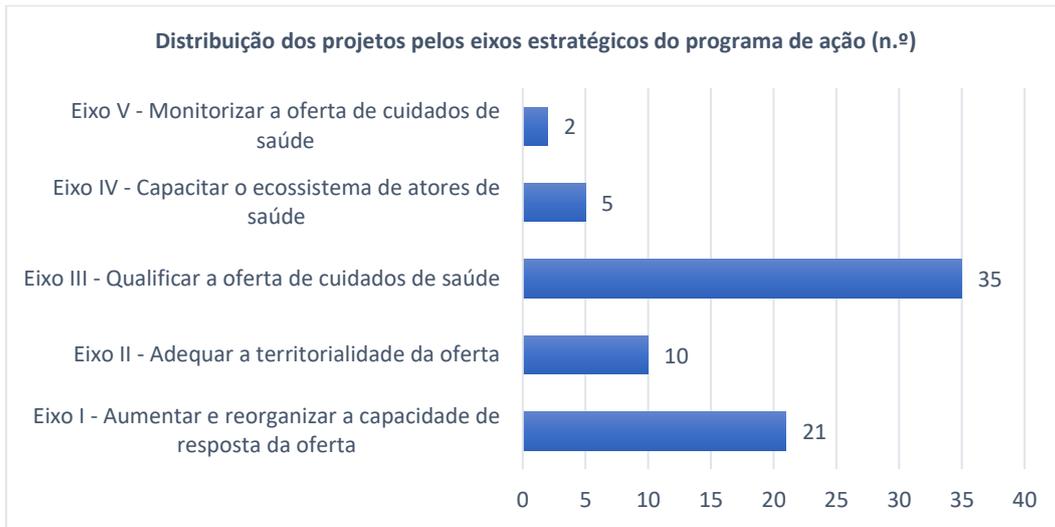
Considerando a organização em eixos estratégicos, a maioria das ações prioritárias concentra-se no Eixo III – Qualificar a oferta de cuidados de saúde que contabiliza um total de 35 ações prioritárias, em resultado da maior multiplicidade de temáticas aqui subjacentes, seguido do “Eixo I – Aumentar e reorganizar a capacidade de resposta da oferta” com um total de 21 ações prioritárias. Assim, conjuntamente estes dois eixos perfazem cerca de 76,7% dos projetos de investimentos considerados.

No que se refere às entidades promotoras dos projetos, observa-se uma heterogeneidade de atores, muito embora as Autarquias da região desempenhem um papel muito relevante na promoção e qualificação da oferta de saúde. Concomitantemente, identificam-se ainda ações prioritárias a dinamizar por outras entidades, tais como os Hospitais e as entidades do Terceiro Setor.

No que se refere ao cronograma do programa de ação, este encontra-se estruturado em três momentos temporais. O primeiro período, entre 2022-2024, considera as ações prioritárias mais imediatas e simples, ou aquelas que, mesmo não o sendo, já se encontrem devidamente estruturadas e em condições de operacionalização. O segundo período, entre 2025 e 2027, constitui um momento intermédio, ao qual ficam reservadas as intervenções de elevada relevância para os municípios/região. Por último, o terceiro período, de 2027 a 2030, agrega as ações prioritárias que carecem de maior estruturação e/ou investimento financeiro, ou ainda aquelas que apresentem um menor nível de urgência.

O contexto internacional/nacional de polícrises recentes veio intensificar o ritmo de mudanças na sociedade e na economia, com impacto direto no setor da saúde. Consequentemente, tal exige ao setor e aos respetivos atores estratégicos elevados níveis de adaptabilidade, necessariamente suportados em exercícios de monitorização regular e pragmática do programa de ação. Assim, as ações prioritárias nele expressas deverão ser objeto de desenvolvimento e melhorias regulares necessários à sua incontornável adaptação e evolução. Esta revisitação regular e com a devida sobriedade do programa de ação pressupõe a eliminação de projetos já concluídos e a integração de novas necessidades sempre que o contexto o justifique, quer de forma reativa quer pró-ativa, determinante para se garantir uma redução das iniquidades em saúde, como para se obterem ganhos efetivos na saúde da população.

Figura 51. Síntese do Plano de Ação



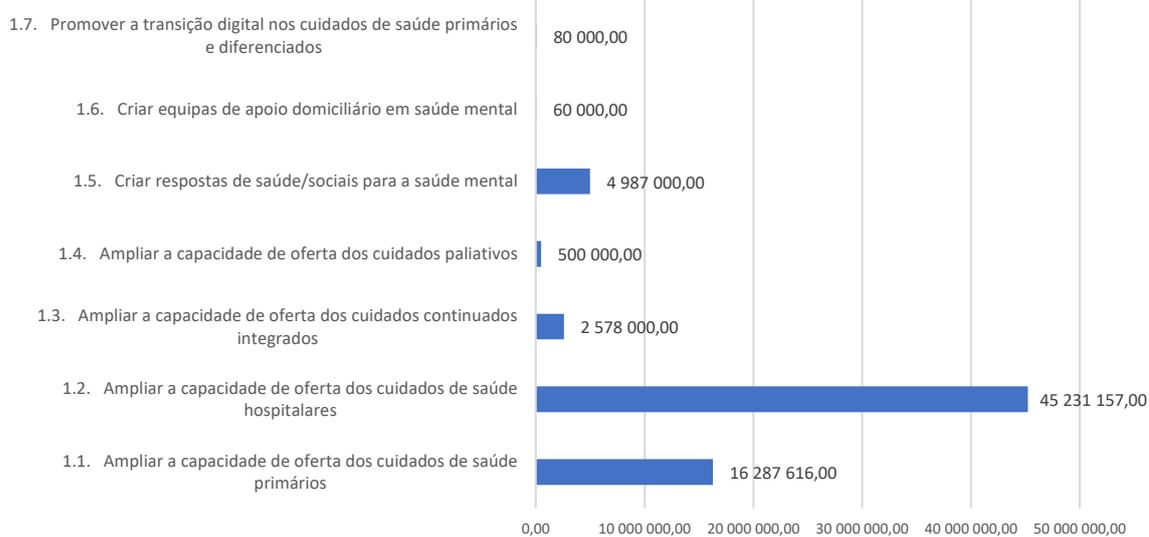
Fonte: Equipa Técnica, 2023

## 7.2. Eixo I – Aumentar e Reorganizar a Capacidade de Resposta da Oferta

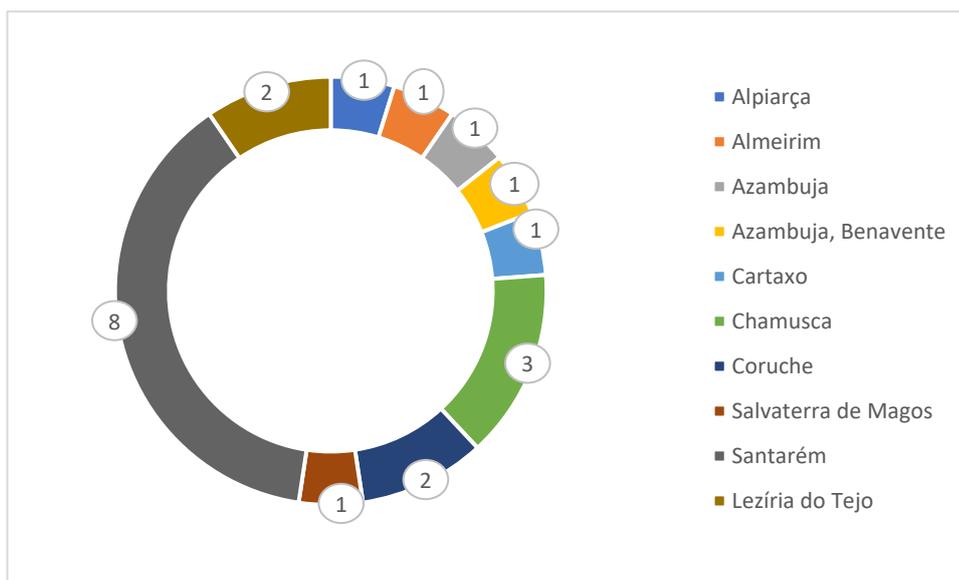
### Medidas do Eixo Estratégico

- 1.1. Ampliar a capacidade de oferta dos cuidados de saúde primários
- 1.2. Ampliar a capacidade de oferta dos cuidados de saúde hospitalares
- 1.3. Ampliar a capacidade de oferta dos cuidados continuados integrados
- 1.4. Ampliar a capacidade de oferta dos cuidados paliativos
- 1.5. Criar respostas de saúde/sociais para a saúde mental
- 1.6. Criar equipas de apoio domiciliário em saúde mental
- 1.7. Promover a transição digital nos cuidados de saúde primários e diferenciados

Investimento previsto por medida (€)



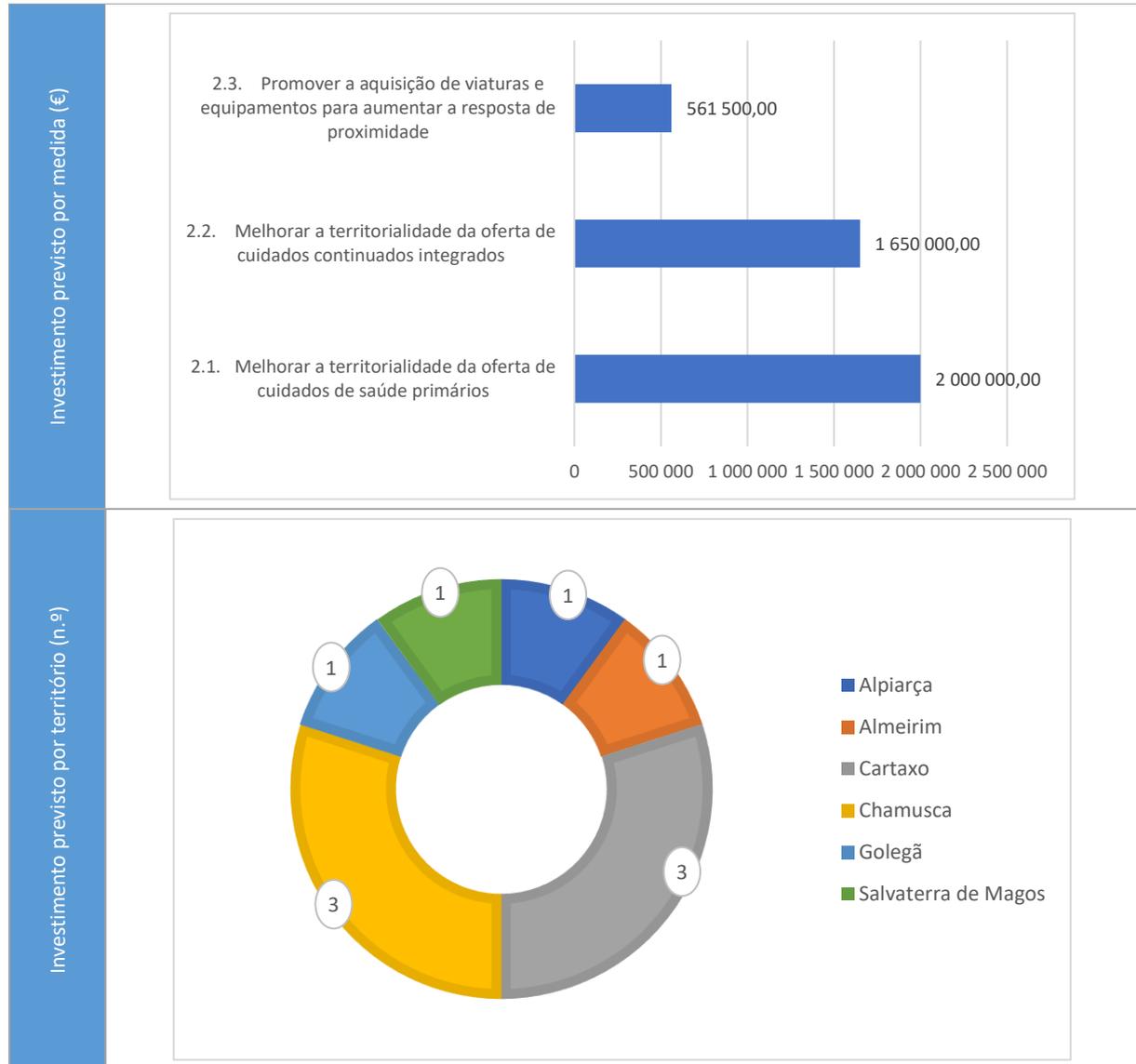
Investimento previsto por território (n.º)



### 7.3. Eixo II – Adequar a Territorialidade da Oferta

#### Medidas do Eixo Estratégico

- 2.1. Melhorar a territorialidade da oferta de cuidados de saúde primários
- 2.2. Melhorar a territorialidade da oferta de cuidados continuados integrados
- 2.3. Promover a aquisição de viaturas e equipamentos para aumentar a resposta de proximidade

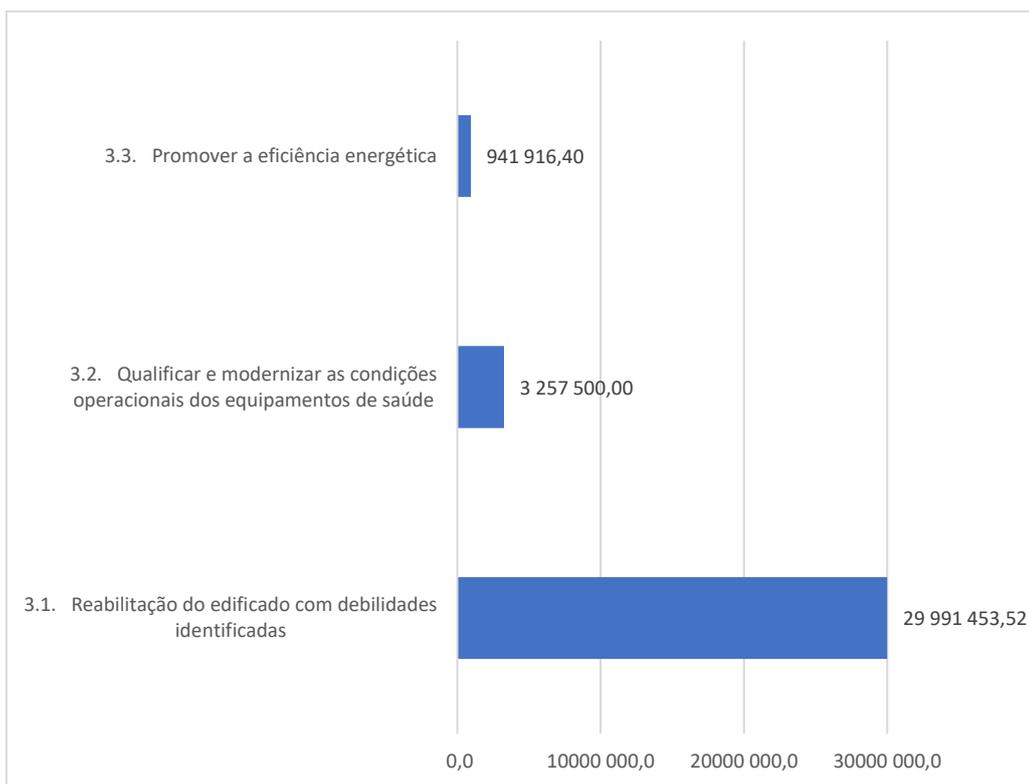


## 7.4. Eixo III – Qualificar a Oferta de Cuidados de Saúde

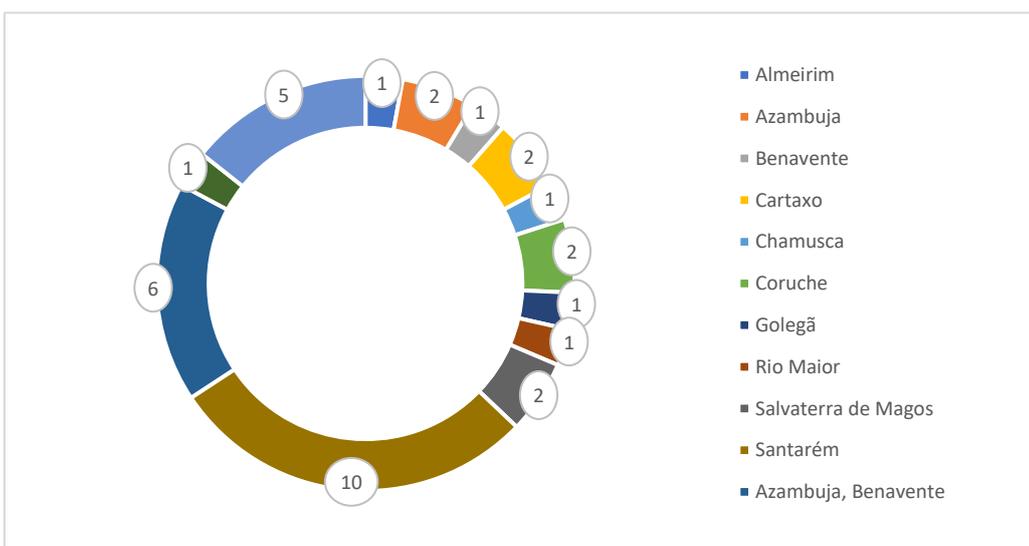
### Medidas do Eixo Estratégico

- 3.1. Reabilitação do edificado com debilidades identificadas
- 3.2. Qualificar e modernizar as condições operacionais dos equipamentos de saúde
- 3.3. Promover a eficiência energética

Investimento previsto por medida (€)



Investimento previsto por território (n.º)

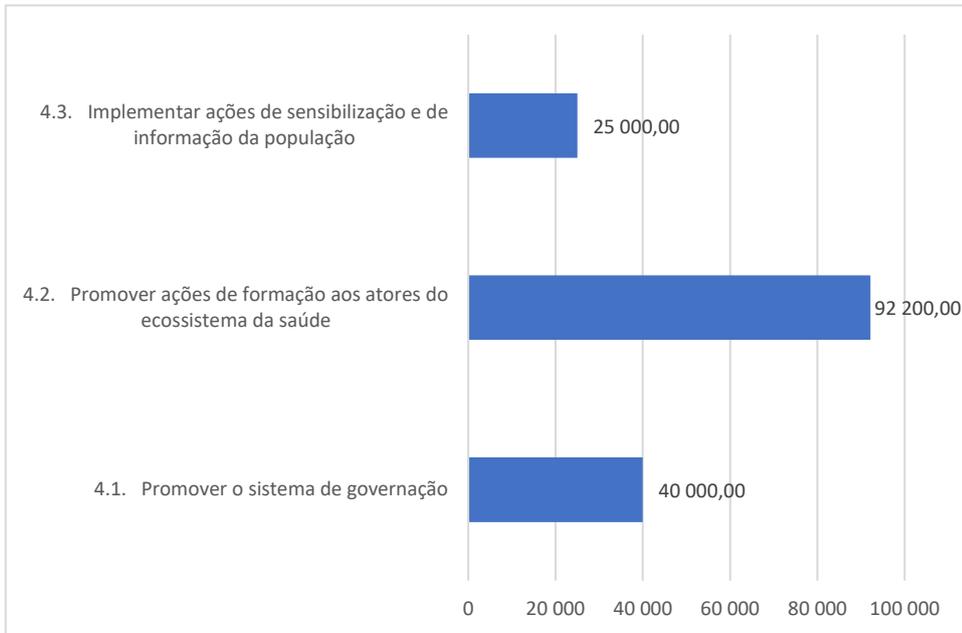


## 7.5. Eixo IV – Capacitar o Ecosistema de Atores de Saúde

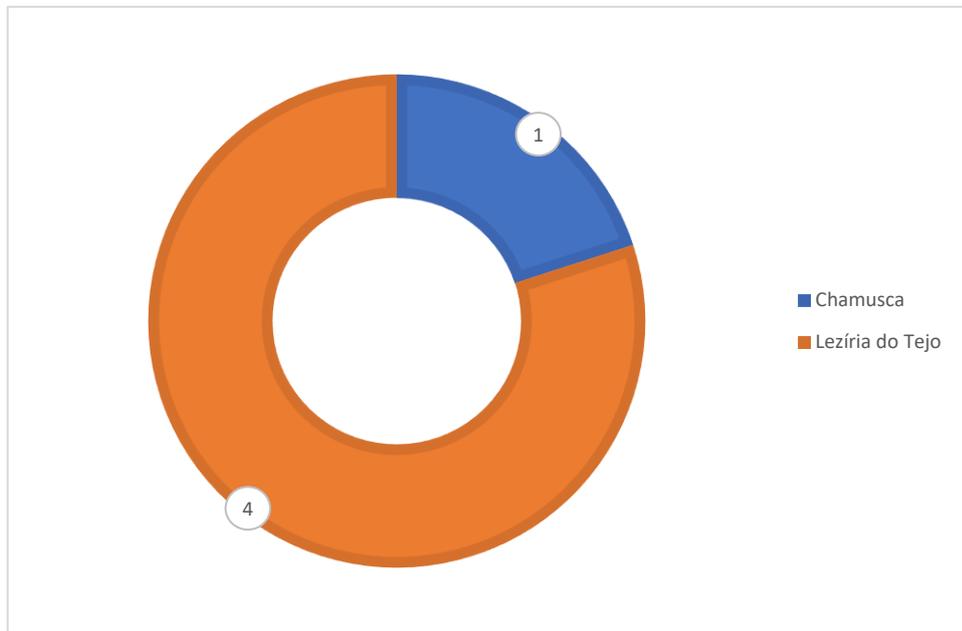
### Medidas do Eixo Estratégico

- 4.1. Promover o sistema de governação
- 4.2. Promover ações de formação aos atores do ecossistema da saúde
- 4.3. Implementar ações de sensibilização e de informação da população

Investimento previsto por medida (€)



Investimento previsto por território (n.º)



## 7.6. Eixo V – Monitorizar a Oferta de Cuidados de Saúde

### Medidas do Eixo Estratégico

- 5.1. Avaliar a qualidade e a satisfação dos utentes das várias tipologias de cuidados de saúde
- 5.2. Monitorizar e concretizar a Visão Estratégica, Eixos, Medidas e Ações Prioritárias

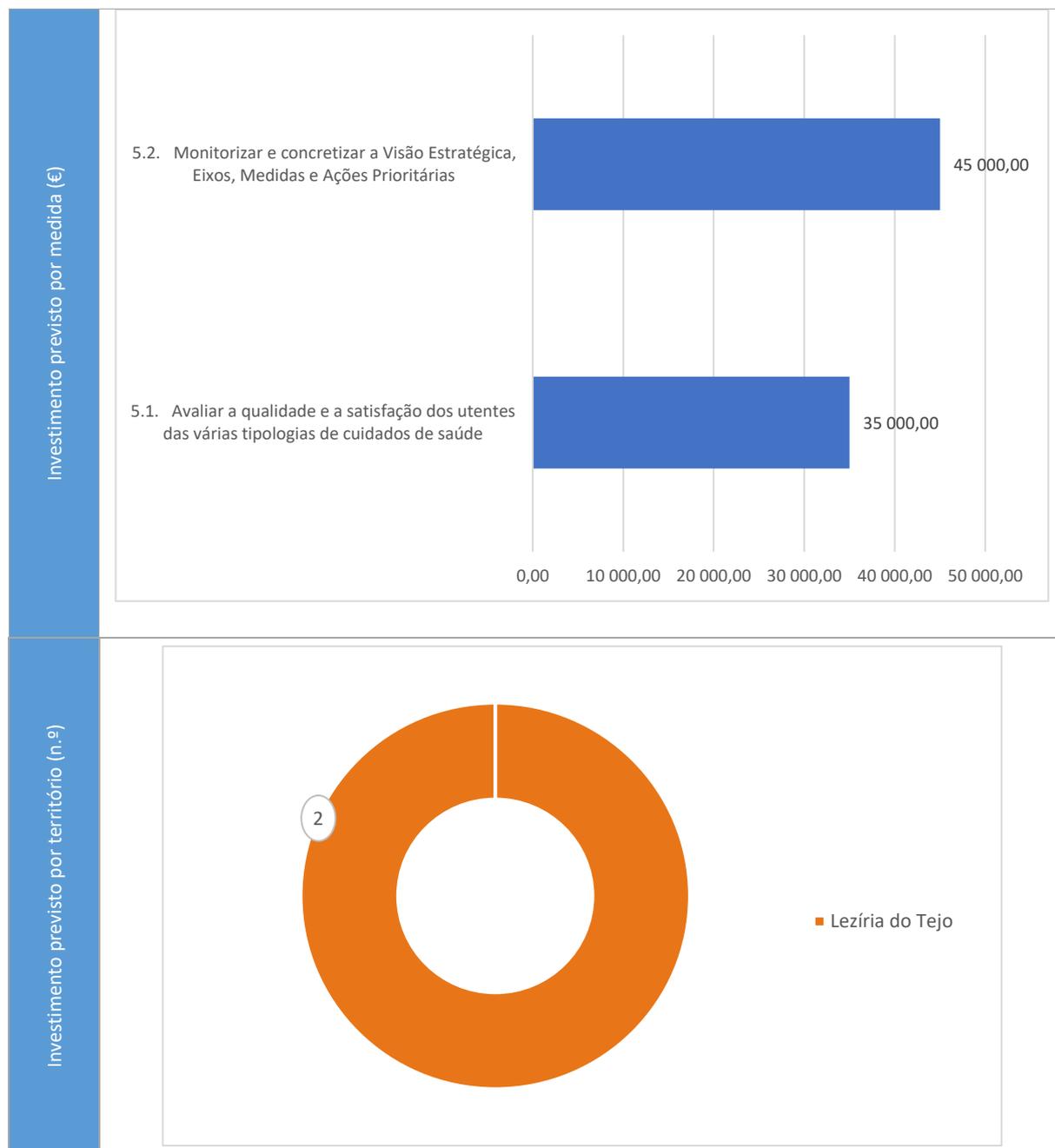


Tabela 19. Programa de Ação, 2022 a 2030

EIXOS ESTRATÉGICOS	MEDIDAS	AÇÕES PRIORITÁRIAS	ÁREA DE INTERVENÇÃO	ESTIMATIVA DE INVESTIMENTO PREVISTO (€)	CRONOGRAMA		
					2022-2024	2025-2027	2027-2030
EIXO I Aumentar e reorganizar a capacidade de resposta da oferta	1.1. Ampliar a capacidade de oferta dos cuidados de saúde primários	1. Construção do Centro de Saúde de Alpiarça/USF de Alpiarça	Alpiarça	2.000.000,0			
		2. Construção do Centro de Saúde da Azambuja / UCSP Aveiras de Cima	Azambuja	1.850.000,0			
		3. Construção de Unidade de Saúde do Cartaxo   USF+URAP+UCC	Cartaxo	3.069.616,0			
		4. Adaptação/ampliação da Centro de Saúde de Coruche / USF Vale Sorraia	Coruche	600.000,0			
		5. Criação de um SUB, no SAP de Coruche / USF Vale do Sorraia	Coruche	2.000.000,0			
		6. Construção da Unidade de Saúde de Marinhais	Salvaterra de Magos	2.000.000,0			
		7. Construção do Centro de Saúde de Amiais de Baixo	Santarém	350.000,0			
		8. Construção de novo Centro de Saúde na Cidade de Santarém	Santarém	3.500.000,0			
		9. Construção de um novo Centro de Saúde em Pernes (sede da USF Alviela)	Santarém	442.000,0			
		10. Construção de novo Centro de Saúde de Santarém/USF Alviela – Extensão de Tremês	Santarém	476.000,0			
	1.2. Ampliar a capacidade de oferta dos cuidados de saúde hospitalares	11. Expansão e Remodelação do Hospital CUF Santarém	Santarém	9.500.000,0			
		12. Ampliação do Hospital de Vila Franca de Xira, E.P.E.	Vila Franca de Xira (Azambuja, Benavente)	35.731.157,0			
	1.3. Ampliar a capacidade de oferta dos cuidados continuados integrados	13. Ampliação da Unidade de Cuidados Continuados da Santa Casa da Misericórdia da Chamusca	Chamusca	1.578.000,0			
		14. Aumento da Capacidade da Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção da Santa Casa da Misericórdia de Santarém	Santarém	1.000.000,0			
	1.4. Ampliar a capacidade de oferta dos cuidados paliativos	15. Construção de Unidade de Cuidados Paliativos	Santarém	500.000,0			
	1.5. Criar respostas de saúde/sociais para a saúde mental	16. Construção de Unidade de Apoio à Demência da Santa Casa da Misericórdia da Chamusca	Chamusca	2.987.000,0			
		17. Construção de Unidade de Demência da Santa Casa da Misericórdia de Almeirim	Almeirim	2.000.000,0			
	1.6. Criar equipas de apoio domiciliário em saúde mental	18. Equipa de Apoio Domiciliário de Cuidados Continuados Integrados em saúde mental (EAD)	Santarém	60.000,0			
	1.7. Promover a transição digital nos cuidados de	19. Aquisição de <i>Hardware</i> e de <i>Software</i> para as Unidades de Cuidados Continuados da Santa Casa da Misericórdia da Chamusca	Chamusca	80.000,0			

EIXOS ESTRATÉGICOS	MEDIDAS	AÇÕES PRIORITÁRIAS	ÁREA DE INTERVENÇÃO	ESTIMATIVA DE INVESTIMENTO PREVISTO (€)	CRONOGRAMA		
					2022-2024	2025-2027	2027-2030
	saúde primários e diferenciados	20. Dotação dos centros de saúde com condições técnicas para realização de teleconsultas e telemonitorização de algumas doenças em particular	Lezíria do Tejo	variável			
		21. Digitalização dos cuidados de saúde primários	Lezíria do Tejo	variável			
EIXO II Adequar a territorialidade da oferta	2.1. Melhorar a territorialidade da oferta de cuidados de saúde primários	22. Construção da Unidade de Saúde da Chamusca (USF+URAP+USP)	Chamusca	2.000.000,0			
	2.2. Melhorar a territorialidade da oferta de cuidados continuados integrados	23. Criação de Unidade de Média Duração e Reabilitação	Salvaterra de Magos	750.000,0			
		24. Criação da oferta de Unidade de Longa Duração e Manutenção	Chamusca	900.000,0			
	2.3. Promover a aquisição de viaturas e equipamentos para aumentar a resposta de proximidade	25. Aquisição de viatura destinada ao Centro de Saúde de Alpiarça / USF de Alpiarça	Alpiarça	45.000,0			
		26. Aquisição de viatura para apoios múltiplos na prestação de cuidados de saúde primários de Golegã	Golegã	45.000,0			
		27. Aquisição de viatura adaptada para a Santa Casa da Misericórdia da Chamusca	Chamusca	45.500,0			
		28. Aquisição de viaturas para prestação de cuidados de saúde primários	Almeirim	213.000,00			
		29. Aquisição de 2 viaturas para prestação de cuidados primários e apoio domiciliário	Cartaxo	78.000,0			
		30. Aquisição de uma ambulância tipo B equipada para transporte e prestação de cuidados de emergência médica (situações de socorro)	Cartaxo	75.000,0			
		31. Aquisição de uma ambulância para transporte de utentes em cadeiras de rodas	Cartaxo	60.000,0			
EIXO III Qualificar a oferta de cuidados de saúde	3.1. Reabilitação do edificado com debilidades identificadas	32. Requalificação e ampliação do Centro de Saúde de Almeirim (UCSP, UCC e USF Cortes de Almeirim)	Almeirim	2.000.000,0			
		33. Requalificação do Centro de Saúde da Azambuja / UCSP Manique do Intendente	Azambuja	55.755,0			
		34. Requalificação do Centro de Saúde da Azambuja / UCSP Alcoentre	Azambuja	348.500,0			
		35. Requalificação do Centro de Saúde de Benavente / UCSP Santo Estevão	Benavente	300.000,0			
		36. Requalificação do Centro de Saúde do Cartaxo / USF D. Sancho I – Extensão de saúde de Vale da Pedra	Cartaxo	235.000,00			
		37. Requalificação do Centro de Saúde do Cartaxo / USF D. Sancho I	Cartaxo	500.000,00			
		38. Requalificação do Centro de Saúde da Chamusca / USF Chamusca	Chamusca	200.000,0			
		39. Requalificação do Centro de Saúde de Coruche / USF Vale Sorraia - Extensão do Couço	Coruche	200.000,0			

EIXOS ESTRATÉGICOS	MEDIDAS	AÇÕES PRIORITÁRIAS	ÁREA DE INTERVENÇÃO	ESTIMATIVA DE INVESTIMENTO PREVISTO (€)	CRONOGRAMA			
					2022-2024	2025-2027	2027-2030	
		40. Requalificação do Centro de Saúde da Golegã/ USF CampusSaúde	Golegã	150.000,0				
		41. Requalificação alargada do Hospital Distrital de Santarém	Santarém	22.733.971,0				
		42. Requalificação do Centro de Saúde de Rio Maior /USF Villa Romana	Rio Maior	2.500.000,0				
		43. Requalificação do Centro de Saúde de Salvaterra de Magos/UCSP Marinhais - Glória do Ribatejo - Extensão de Glória do Ribatejo	Salvaterra de Magos	55.000,0				
		44. Requalificação do Centro de Saúde de Salvaterra de Magos / UCSP Salvaterra de Magos (Futura USF Rainha do Tejo)	Salvaterra de Magos	60.000,0				
		45. Requalificação do Centro de Saúde de Santarém / USF Almeida Garrett - Extensão de Almoster	Santarém	65.000,0				
		46. Requalificação do Centro de Saúde de Santarém / USF Almeida Garrett - Extensão da Moçarria	Santarém	147.000,0				
		47. Requalificação do Centro de Saúde de Santarém / USF Almeida Garrett - Extensão da Várzea	Santarém	20.000,0				
		48. Requalificação do Centro de Saúde de Santarém / USF Alviela - Extensão de S. Vicente do Paúl	Santarém	84.500,0				
		49. Remodelação do Centro de Saúde de Santarém / USF Alviela - Extensão de Casével	Santarém	37.727,52				
		50. Remodelação do Centro de Saúde de Santarém/USF Almeida Garrett – Extensão do Vale de Santarém	Santarém	149.000,0				
		51. Requalificação do Centro de Respostas Integradas (CRI) do Ribatejo	Santarém	150.000,0				
		3.2. Qualificar e modernizar as condições operacionais dos equipamentos de saúde	52. Aquisição de equipamento de Ressonância Magnética para o Hospital de Vila Franca de Xira, E.P.E.	Vila Franca de Xira (Azambuja, Benavente)	1.537.500,0			
			53. Reforço da dotação dos espirómetros para diagnóstico precoce e acompanhamento do tratamento da Asma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) e Tabagismo nos equipamentos de cuidados de saúde primários	Lezíria do Tejo	variável			
			54. Dotação dos centros de saúde com equipamentos para resposta qualificada em emergência	Lezíria do Tejo	variável			
55. Identificação do perfil dos utentes da Lezíria do Tejo	Lezíria do Tejo		20.000,0					
56. Dotação do Hospital Distrital de Santarém com um osteodensiómetro	Santarém		500.000,0					
57. Dotação do Hospital Distrital de Santarém com angiografia	Santarém		1.200.000,0					
58. Instalação de gabinetes de medicina dentária nos centros de saúde – projeto piloto (3 municípios)	Santarém, Azambuja, Coruche		variável					

EIXOS ESTRATÉGICOS	MEDIDAS	AÇÕES PRIORITÁRIAS	ÁREA DE INTERVENÇÃO	ESTIMATIVA DE INVESTIMENTO PREVISTO (€)	CRONOGRAMA		
					2022-2024	2025-2027	2027-2030
		59. Dotação de meios complementares de diagnóstico e terapêutica de baixa complexidade	Lezíria do Tejo	<i>variável</i>			
		60. Aquisição de equipamentos de diagnóstico designadamente aparelho de RX	Coruche	<i>variável</i>			
	3.3. Promover a eficiência energética	61. Recuperação de Chiller para o Hospital de Vila Franca de Xira, E.P.E.	Vila Franca de Xira (Azambuja, Benavente)	167.899,5			
		62. Otimização da Gestão Técnica Centralizadas Hospital de Vila Franca de Xira, E.P.E.		185.647,1			
		63. Aquisição de Caldeira de Biomassa para o Hospital de Vila Franca de Xira, E.P.E.		188.990,0			
		64. Recuperação Água Quente   Climatização no Hospital de Vila Franca de Xira, E.P.E.		163.019,5			
		65. Aquisição de painéis fotovoltaicos para o Hospital de Vila Franca de Xira, E.P.E.		196.360,3			
66. Definição de plano de eficiência energética para os equipamentos de saúde	Lezíria do Tejo	40.000,0					
EIXO IV Capacitar o ecossistema de atores de saúde	4.1. Promover o sistema de governação	67. Criação de condições favoráveis para aumentar a governança multinível e multiator	Lezíria do Tejo	20.000,0			
		68. Estratégia de intervenção dirigida às determinantes demográficas, socioeconómicas e ambientais na Lezíria do Tejo	Lezíria do Tejo	20.000,0			
	4.2. Promover ações de formação aos atores do ecossistema da saúde	69. Ações de formação profissional na Santa Casa da Misericórdia da Chamusca	Chamusca	92.200,0			
		70. Ações de capacitação e de formação dos recursos humanos do ecossistema da área da saúde	Lezíria do Tejo	<i>variável</i>			
4.3. Implementar ações de sensibilização e de informação da população	71. Aumento da informação dos utentes sobre o funcionamento da rede de equipamentos de saúde	Lezíria do Tejo	25.000,0				
EIXO V Monitorizar a oferta de cuidados de saúde	5.1. Avaliar a qualidade e a satisfação dos utentes das várias tipologias de cuidados de saúde	72. Plano de Avaliação da Satisfação dos Utentes	Lezíria do Tejo	35.000,0			
	5.2. Monitorizar e concretizar a Visão Estratégica, Eixos, Medidas e Ações Prioritárias	73. Elaboração do Plano de Monitorização e de Avaliação da Carta dos Equipamentos de Saúde da Lezíria do Tejo	Lezíria do Tejo	45.000,0			

**Nota:** 1) Não é apresentada “Estimativa de Investimento Previsto (€)” para 8 ações prioritárias, sendo por isso indicado “*variável*”, em resultado destas abrangerem potencialmente um elevado número de ações, fator que introduz grande oscilação nos orçamentos a apresentar, situação particularmente relevante num período como o atual marcado por uma forte variação dos preços de bens e serviços. 2) Dados finais atualizados à data de setembro de 2023.

Fonte: Equipa Técnica, 2023

## Ficha Técnica

---

**TÍTULO**

Carta dos Equipamentos de Saúde da Lezíria do Tejo

**Coordenação:**

Ana Queiroz do Vale | Coordenação Geral  
Inês Andrade e Heitor Gomes | Coordenação Executiva

**Consultores:**

Pedro Henriques  
Sónia Vieira

julho 2023