



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
AMADORA / SINTRA

PLANO de DESENVOLVIMENTO ORGANIZACIONAL

ÍNDICE

1. ENQUADRAMENTO GERAL DA ULSASI	4
1.1. Enquadramento Geográfico e Socioeconómico dos concelhos de Amadora e Sintra	4
1.2. Perfil Assistencial	8
1.2.1. Cuidados de Saúde Primários	8
1.2.2. Cuidados Hospitalares.....	9
1.2.3. Cuidados Continuados	14
2. POSICIONAMENTO ESTRATÉGICO	16
2.1. Modelo de Negócio	16
2.2. Missão, Visão e Valores	16
2.3. Análise SWOT.....	18
2.4. Eixos estratégicos	19
3. RECURSOS HUMANOS	34
3.1. Mapa de Pessoal Global para 2025.....	35
3.2. Mapa Análise do Mapa de Pessoal por Grupo Profissional.....	36
4. ATIVIDADE ASSISTENCIAL E INDICADORES DE DESEMPENHO.....	41
4.1. Atividade Assistencial	41
4.2. Indicadores de Desempenho	45
5. PLANO DE INVESTIMENTOS	46
6. DESEMPENHO ECONÓMICO-FINANCEIRA	61
6.1. Demonstrações Financeiras.....	61
6.2. Desempenho Económico-Financeiro	63
6.3. Ganhos estimados e contributos para a sustentabilidade	67
6.4. Alteração dos mapas previsionais face à proposta de orçamento 2025.....	69
7. ANEXOS EM CUMPRIMENTO DO DESPACHO N.º 11241-D/2024 DA SEGS	70
7.1. 3. a) Análise crítica ao Plano de Desenvolvimento Organizacional 2024-2026 já aprovado	70
7.2. 3. b) Lista de medidas a implementar com definição de objetivos específicos realistas e mensuráveis associados a metas a atingir anualmente, que permitam efetuar um exercício de revisão da despesa, ao longo do triénio, com principais enfoques para a otimização de recursos, para o controlo da despesa com medicamentos e para o controlo da despesa com o transporte de doentes.....	76
7.3. 3. c) Proposta de Sistema Local de Saúde, na ótica do artigo 13.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, na sua redação atual, para a área de influência direta da E. P. E., cuja entrada em funcionamento deve ser prevista para o segundo semestre do ao de 2025,	

promovendo-se a articulação com os parceiros, de todos os setores, com enfoque principal: nos ponto de i) a vi) do despacho 87

7.4. 3. e) Projeto local, a implementar em 2025, para regularização e contenção das Listas de Inscritos para Cirurgia e das Listas de Espera para Consulta fora dos Tempos Máximos de Resposta Garantida 123

7.5. 3. f) Projeto local, a implementar até 2027, de descentralização das consultas de especialidade hospitalar para as unidades de cuidados de saúde primários..... 127

7.6. 3. g) Projeto local de alargamento da Hospitalização Domiciliária, a implementar até 2027, onde também se deve prever a domiciliação de cuidados continuados integrados 130

7.7. 3. h) Projeto local de alargamento dos Centros de Responsabilidade Integrados na instituição a implementar até 2027..... 139

7.8. 3. i) Projeto local de criação de um Centro de Atendimento Clínico para as situações de menor complexidade e urgência clínica, podendo este estar integrado, ainda que parcialmente, nas respostas das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados e das Unidades de Saúde Familiar, no âmbito da estratégia «consulta no dia seguinte», a implementar a partir do 2.º semestre de 2025 147

7.9. 3. j) Projeto local de implementação/alargamento de teleconsulta com recurso a vídeo, a implementar em 2025 150

7.10. 3. l) Projeto local de desenvolvimento/aprofundamento de cuidados de saúde mental no domicílio, a implementar até 30 de junho de 2026..... 159

7.11. 3. m) Projeto local para a implementação da monitorização à distância do doente crónico, a implementar até 2027 163

7.12. 3. n) Planos de Auditoria e Controlo Internos para o ano de 2025..... 170

7.13. 3. o) Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações conexas com medidas concretas a implementar em 2025 177

7.14. 3. p) Plano de Aquisição de Bens e Serviços e de Pagamentos para os anos de 2025 a 2027
201

7.15. 3. q) Plano de Produção Adicional Interna a realizar no ano de 2025 204

Índice de Quadros

Quadro 1 – Concelhos abrangidos pela ULSASI – indicadores demográficos e territoriais	4
Quadro 2 – Evolução da população residente em PT, Continente e nos concelhos da AID da ULSASI (1981, 1991, 2001, 2011, 2021, 2022 e 2023).....	5
Quadro 3 – Indicadores de caracterização de mobilidade dos residentes dos concelhos da AID da ULSASI (2021)	5
Quadro 4 – N.º de empresas por escalão de pessoal ao serviço nos concelhos da AID da ULSASI (2021)	6
Quadro 5 – Ganho Médio Mensal (€) nos concelhos da AID da ULSASI (2017-2021).....	6
Quadro 6 – População residente com 15 e mais anos por nível de escolaridade completo mais elevado (%), nos concelhos da AID da ULSASI (CENSOS 2011-2021).....	7
Quadro 7 – Indicadores de Saneamento Básico na AID da ULSASI (2019 e 2020)	7
Quadro 8 – Evolução da Taxa Bruta de Mortalidade (/1000 habitantes) (2002, 2007, 2012, 2020)	8
Quadro 9 – Unidades e Equipas CSP Amadora e Sintra	9
Quadro 10 – Total de inscritos ativos CSP Amadora e Sintra (2019-outubro 2024) e inscritos sem MF	9
Quadro 11 – Especialidades e Serviços do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca.....	11
Quadro 12 – Áreas Clínicas Prioritárias- projetos	20
Quadro 13 – Contratações para 2025 da ULS Amadora/Sintra EPE, por grupo profissional	35
Quadro 14 – Mapa de Pessoal para 2025 da ULS Amadora/Sintra EPE, por grupo profissional ..	36
Quadro 15 – Custos das novas contratações em 2025 para a ULSASI.....	36
Quadro 16 – Necessidades de Médicos 2025, por unidade e subespecialidade	37
Quadro 17 – Necessidades de Enfermeiros 2025, por unidade e subespecialidade.....	38
Quadro 18 – Necessidades de Técnicos Superiores 2025, por unidade e subespecialidade	38
Quadro 19 – Necessidades de Assistentes Técnicos 2025, por unidade e subespecialidade.....	39
Quadro 20 – Necessidades de Assistentes Operacionais 2025, por unidade e subespecialidade	40
Quadro 21 – Necessidades de Dirigentes 2024, por unidade e subespecialidade.....	40
Quadro 22 – Mapa de produção base 2025-2027	42
Quadro 23 – Indicadores de Desempenho 2024-2027	45
Quadro 24 – Investimentos 2025-2027 por Unidade ULSASI.....	46
Quadro 25 – Investimentos 2025-2027 por Unidade ULSASI- detalhe	46
Quadro 26 – Balanço 2024-2027	61
Quadro 27 – Demonstração de Fluxos de Caixa 2024-2027	62
Quadro 28 – Demonstração de Resultados ULSASI 2024-2027.....	63
Quadro 29 – Detalhe dos Gastos ULSASI 2024-2027	65
Quadro 30 – Rendimentos ULSASI 2024-2027.....	66
Quadro 31 – Demonstração de Resultados- Gastos Operacionais 2024-2027	67

LISTA DE ACRÓNIMOS

ACSA – DGS – Agência de Calidad Sanitaria de Andalucía	ICM – Índice de Massa Corporal
AID- Área de Influência Direta	IDI- Investigação, Desenvolvimento e Inovação
APAH - Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares	MGF – Medicina Geral e Familiar
APSS- Associação de Profissionais de Serviço Social	OMS- Organização Mundial de Saúde
BIS – Barómetro dos Internamentos Sociais	OND- Observatório nacional da Diabetes
CCS – Conselho Clínico e de Saúde	PLS – Plano Local de Saúde
CDP- Centro de Diagnóstico Pneumológico	PN – Plano de Negócios
CES- Comissão de Ética para a Saúde	RCCU- Rastreio do Cancro do Colo do Útero
CH – Cuidados Hospitalares	RCCR- Rastreio do Cancro Colon e Reto
CHKS- Caspe Healthcare Knowledge Systems	RD – Retina Diabética
CHULN – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte	RH – Recursos Humanos
CIT – Contrato Individual de Trabalho	RRD- Rastreio da Retinopatia Diabética
CMVMC – Custo das Mercadorias Vendidas e Matérias Consumidas	RCM- Rastreio do Cancro da Mama
CTFTRI – Contratos de Trabalho em Funções Públicas a Termos Resolutivo Incerto	RSLVT – Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
CTFP – Contrato em Funções Públicas	RMG- Rendimento Mínimo Garantido
CRE – Centro de Referência	RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
CRI – Centro de Responsabilidade Integrado	RSI- Rendimento Social de Inserção
CTH – Consulta a Tempo e Horas	SNS – Serviço Nacional de Saúde
CSH – Cuidados de Saúde Hospitalares	SPMI - Sociedade Portuguesa de Medicina Interna
CSP – Cuidados de Saúde Primários	SURG – Serviço de Urgência Geral
DE-SNS – Direção Executiva do SNS	TR – Terapeuta de Referência
ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados	UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
EPD- Encarregado de Proteção de Dados	UICD- Unidade de Internamento de Curta Duração
ERI- Estruturas Residenciais de Idosos	ULSASI – Unidade Local de Saúde de Amadora/Sintra, E.P.E.
FSE – Fornecimentos e Serviços Externos	USF – Unidade de Saúde Familiar
LCPA – Lei dos Compromissos e Pagamentos em Atraso	URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
HTC – Horário a Tempo Completo	USP – Unidade de Saúde Pública
HFF – Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca	UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
HS – Hospital de Sintra	UAG – Unidade de Apoio à Gestão
	VR – Visitas Domiciliárias

MENSAGEM DO PRESIDENTE

A Unidade Local de Saúde de Amadora/Sintra, E.P.E. (ULSASI), criada através do Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, é uma realidade desde 1 de janeiro de 2024.

A ULSASI assume um verdadeiro desafio, entre os vários níveis de cuidados e numa interligação contínua, assegurada pela integração do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, o futuro Hospital de Sintra, os Cuidados de Saúde Primários da Amadora, os Cuidados de Saúde Primários de Sintra e a Saúde Pública, com o foco nas pessoas e visando as melhores respostas em saúde.

O aumento das necessidades em saúde e bem-estar da população, associados ao envelhecimento, à carga de doença, assim como às crescentes exigências e expectativas das pessoas, exige que se continue a aumentar o acesso e a eficiência na prestação de cuidados de saúde, fomentando modelos inovadores, num compromisso com as pessoas. E é pelas pessoas, que toda a Equipa da ULSASI está e estará a trabalhar diariamente neste projeto.

A ULS Amadora/Sintra é a maior do país em número de residentes e inscritos no SNS.

Um dos maiores desafios da ULSASI passa pela atribuição de médico de família ou alternativas ajustadas às várias tipologias de complexidade, para cerca de 180.000 utentes sem médico de família. Esta situação preocupante, desajustada em dimensão no contexto nacional, pela iniquidade que potencia no acesso, exige uma resposta flexível e adaptativa, no sentido de colmatar a alocação de recursos médicos a esta realidade. Por este e outros fatores, a sobrecarga dos Serviços de Urgência é um cenário que terá de ser alterado, garantindo a ULSASI, um apoio diferenciado e presencial, nos Cuidados de Saúde Primários.

O Plano de Desenvolvimento Organizacional que se apresenta, reflete os compromissos de toda a Equipa da ULSASI, contando com o apoio da Área Governativa da Saúde e da Direção Executiva do SNS para a sua execução. Este Plano resulta de um prévio e rigoroso trabalho de planeamento de várias Equipas, elencado em vários projetos que deverão ser executados e monitorizados ao longo do(s) ano(s). Um ponto importante para que tal aconteça, será a necessária e estreita colaboração com a tutela, no sentido de agilizar os processos de autorização, nomeadamente contratações e investimentos. A falta de autonomia de gestão em algumas áreas de decisão, tornam os processos morosos, inflexíveis e muitas vezes desmotivadores para quem gere e quer fazer acontecer para bem das populações, profissionais de saúde e utentes.

Outro fator de sucesso desta estratégia será o apoio dos municípios que integram a ULSASI, assumindo um papel essencial. As Câmaras Municipais de Amadora e de Sintra, ao longo dos anos, têm sido parceiros fundamentais no apoio à estrutura hospitalar e CSP de Amadora e Sintra. Reforço, o exemplo da Câmara Municipal de Sintra, na construção do novo Hospital de Sintra e que após a sua conclusão, será entregue definitivamente ao Ministério da Saúde e gerido pela ULS Amadora/Sintra. A sua abertura e funcionamento, tem sido condicionada pelos testes de comissionamento do edifício e posterior licenciamento para o início da sua total operacionalização. O Hospital de Sintra está apetrechado com a mais moderna tecnologia e com

equipas diferenciadas para o tratamento ambulatorio, de acordo com as melhores praticas clinicas atuais.

A diferenciação técnica de toda a Equipa de Cuidados Hospitalares, Cuidados de Saúde Primários e Saúde Pública faz da ULSASI um modelo de sucesso. Atualmente, o HFF assegura cuidados de saúde diferenciados a cerca de 600 mil pessoas, residentes nos concelhos da Amadora e de Sintra e também não residentes, por motivos históricos e assistenciais, e também pela referenciação por via do Livre Acesso à Consulta (LAC), devido a bons indicadores de acesso em algumas especialidades. A comunidade de Amadora e de Sintra tem características socioeconómicas muito particulares, realidades únicas e que tem naturais implicações na prestação direta dos cuidados de saúde à população.

O HFF tem hoje um dos maiores Serviço de Urgência do SNS, quer no que respeita à área de influência, quer quanto ao número diário de atendimentos. Além disso, assegura uma resposta diferenciada num conjunto vastíssimo de especialidades médicas e cirúrgicas. Também as Urgências de Pediatria e de Obstetrícia/Ginecologia, apresentam valores assistenciais muito superiores a outros Serviços de Urgência a nível nacional.

Por detrás dos números da atividade realizada está o empenho diário dos profissionais, os quais constituem um dos pilares indispensáveis da ULS Amadora/Sintra. O trabalho em equipa tem sido um fator decisivo para que a Instituição mantenha os elevados índices de produtividade, mas também de qualidade, no serviço que presta à comunidade.

Os Cuidados de Saúde Primários de Amadora e de Sintra representam a proximidade à comunidade, procurando os ganhos em saúde através da prevenção, rastreio, tratamento e disponibilidade no atendimento para todas as situações, incluindo aquelas que representam as de maior dificuldade de atuação para os utentes sem médico de família. As Equipas têm a sua atuação reforçada, patrocinada por uma estrutura organizativa de ULS robusta e que suporta modelos de gestão próximos, melhorando a eficiência em todas as áreas de responsabilidade.

Todos estes princípios estão assentes num envolvimento e compromisso conjunto entre Equipas, Profissionais, Parceiros locais, Autarquias e Tutela.

Luís Miguel Gouveia

Presidente do Conselho de Administração

1. ENQUADRAMENTO GERAL DA ULSASI

1.1. Enquadramento Geográfico e Socioeconómico dos concelhos de Amadora e Sintra

Enquadramento Geográfico

A ULSASI integra dois concelhos que representam a área de influência direta (AID) do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca e dos CSP de Amadora e Sintra. A área de influência para os cuidados hospitalares abrange toda a população do Concelho da Amadora, assegurando assistência nas áreas de Saúde Materno-Infantil e do Adulto e Idoso. Para a população do Concelho de Sintra a abrangência é similar, excetuando-se a resposta assistencial na área Materno-Infantil para as freguesias de Algueirão-Mem Martins, Pêro-Pinheiro, Colares, São João das Lampas, Sintra (Santa Maria e São Miguel), Sintra (São Martinho), Sintra (São Pedro de Penaferrim) e Terrugem que é assegurada pelo Hospital de Cascais.

De acordo com os dados de recenseamento da população, em 2021, a população residente da área geográfica de influência direta da ULSASI é de cerca de 600.000 residentes, distribuídos por aproximadamente 334 km², sendo o concelho de Amadora aquele que apresenta maior densidade populacional (7.210 habitantes por km², o valor mais elevado da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo).

O concelho com maior número de residentes é Sintra com 385.606 residentes registados no último Censos (representando 69,2% dos residentes da AID da ULSASI).

Quadro 1 – Concelhos abrangidos pela ULSASI – indicadores demográficos e territoriais

NUT I	NUT II	NUT III	Distrito	Concelho	Freguesia	Residentes	Km ²	Densidade Populacional	Nº de Freguesias
PT	AML	AML	Lisboa	Amadora	Todas	171.454	23,8	7 210,0	6
PT	AML	AML	Lisboa	Sintra	Todas	385.606	319,0	1 207,9	11

Fontes: População residente (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2021), Sexo e Grupo etário; decenal & PORDATA-DGT/MAAC-MCT- Série Cartográfica Nacional à escala 1:50 000 e Carta Administrativa Oficial de Portugal- CAOP 2009.0

Situação Sociodemográfica

Na área geográfica da ULSASI, a população residente tem registado um aumento desde 1981. No entanto, os dois concelhos que compõem a ULSASI têm comportamentos demográficos diferentes, sendo Sintra o concelho que mais contribui para o aumento populacional da área em análise. Em registo contrário, o concelho da Amadora regista uma diminuição progressiva do número de residentes (à exceção do intervalo intercensitário entre 1981-1991), tendo vindo a aumentar esse número ao longo dos anos. Analisando os últimos cálculos populacionais, entre 2011 e 2023 a população deste concelho aumentou 1,8%, sendo que em Sintra este aumento foi

mais significativo tendo sido de 4,7%, na globalidade a população da AI da ULSASI aumentou de 2011 para 2023, 3,8%.

Quadro 2 – Evolução da população residente em PT, Continente e nos concelhos da AID da ULSASI (1981, 1991, 2001, 2011, 2021, 2022 e 2023)

	População Residente							Variação Intercensitária 2023/2011
	1981	1991	2001	2011	2021	2022	2023	
PT	9.833.014	9.867.147	10.356.117	10.562.178	10.343.066	10.516.621	10.639.726	+0,7%
Continente	9.336.760	9.375.926	9.869.343	10.047.621	9.855.909	10.022.426	10.142.079	+0,9%
Amadora	163.878	181.774	175.872	175.136	171.454	175.107	178.253	+1,8%
Sintra	226.428	260.951	363.749	377.835	385.606	390.666	395.528	+4,7%
ULSASI	390.306	442.725	539.621	552.971	557.060	565.773	573.781	+3,8%

Fonte: População residente (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2021), Sexo e Grupo etário; decenal; População Residente em 2001 e 2011, GE e PORDATA – população residente (1981, 1991).

A AID da ULSASI é caracterizada por uma população heterogénea, multicultural, devido a uma população migrante significativa. Os CSP de Sintra têm atualmente 40.076 utentes inscritos de nacionalidade estrangeira e de 152 Nacionalidades diferentes. O top 10 de nacionalidades corresponde a 85% do total, sendo: Brasil, Cabo Verde, Angola, Guiné-Bissau, Ucrânia, S. Tomé e Príncipe, Roménia, Índia, Itália, China. Os CSP da Amadora têm atualmente 26.981 utentes inscritos de nacionalidade estrangeira de 149 Nacionalidades diferentes. O top 10 de nacionalidades corresponde a 87% do total, sendo: Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Angola, S. Tomé e Príncipe, Índia, Paquistão, Bangladeche, Guiné e Ucrânia.

Globalmente, a AID apresenta índices de envelhecimento mais positivos do que outras regiões da RSLVT e do país. O concelho de Sintra pode ser caracterizado como mais jovem e com menor dependência da população idosa, face ao concelho da Amadora, embora este último registe valores de índice de envelhecimento muito abaixo dos calculados para Portugal.

O Índice Sintético de Fecundidade (ISF) encontra-se, nos concelhos da AID da ULSASI, acima do valor nacional (1,64 em Amadora e 1,66 em Sintra face aos 1,43 filhos por mulher calculados para Portugal), bem como a taxa bruta de natalidade no ano de 2022.

Do ponto de vista da mobilidade das populações, em 2021, 90% da população residente não tinha mudado de concelho de residência face ao ano anterior, valor abaixo do registado para Portugal e Continente. Cerca de 8% da população residente na AID da ULSASI morava noutro concelho do país (proporção acima da nacional) e cerca de 2% são emigrantes provenientes de outros países, escolhendo os concelhos desta AID para fixarem residência.

Quadro 3 – Indicadores de caracterização de mobilidade dos residentes dos concelhos da AID da ULSASI (2021)

Indicadores de mobilidade da população					
	No mesmo município onde residia à data dos Censos	Num município diferente daquele onde residia à data dos Censos	No estrangeiro	População que há um ano residia neste município e passou a residir noutro	Saldo Migratório
PT	9.370.529	728.061	146.469	728.061	25.642
Continente	8.923.731	697.502	141.429	698.454	24.428
Amadora	151.213	15.340	2.900	17.854	1.122
Sintra	347.188	28.055	5.988	28.584	-146

Fonte: PORDATA

Dados Socioeconómicos

Em 2021, 97% das empresas sediadas nestes concelhos eram empresas com um reduzido número de efetivos (menos de 10 pessoas), sendo que 45 empresas com sede nestes concelhos empregam mais de 250 pessoas.

Quadro 4 – N.º de empresas por escalão de pessoal ao serviço nos concelhos da AID da ULSASI (2021)

N.º de empresas por escalão de pessoal ao serviço					
	Total	Menos de 10 pessoas	10- 49 pessoas	50- 249 pessoas	250 e mais pessoas
PT	1 342 116	1 291 457	42 882	6 717	1 060
Continente	1 283 412	1 234 917	41 007	6 460	1 028
Amadora	18 466	17 978	401	71	16
Sintra	43 324	41 975	1 162	158	29

Fonte: Empresas (N.º) por Localização geográfica (NUTS- 2013) e Escalão de pessoal ao serviço; Anual – INE

O ganho médio mensal dos trabalhadores residentes nesta área geográfica tem aumentado desde 2017 até 2021, acompanhando a tendência de Portugal. O aumento é superior no concelho de Amadora face a Sintra, sendo este último, o concelho que mais se aproxima do valor nacional. Em 2021, na Amadora, o ganho médio mensal dos residentes cifrou-se nos 1.567,30€.

Quadro 5 – Ganho Médio Mensal (€) nos concelhos da AID da ULSASI (2017-2021)

Ganho Médio Mensal (€)					
	2017	2018	2019	2020	2021
PT	1 130,80 €	1 166,90 €	1 206,30 €	1 247,20 €	1 289,50 €
Continente	1 133,30 €	1 170,30 €	1 209,90 €	1 250,80 €	1 294,10 €
Amadora	1 350,40 €	1 387,80 €	1 425,50 €	1 476,80 €	1 567,30 €
Sintra	1 180,90 €	1 183,90 €	1 220,70 €	1 255,40 €	1 294,00 €

Fonte: ganho médio mensal (€) por Localização geográfica (NUTS- 2013); Anual – INE

Em 2021, as taxas de desemprego nestes concelhos estão acima dos valores nacionais em particular na Amadora onde esta taxa era, em 2021, de 9,9% para os dois sexos e de 10,3% para a população feminina.

Do ponto de vista da proteção social, verifica-se a proporção de residentes beneficiários de Rendimento Mínimo Garantido (RMG) e Rendimento Social de Inserção (RSI) reduziu entre 2011 e 2022. No que se refere às pensões da Segurança Social e Caixa Geral de Aposentações (que incluem invalidez, idade, sobrevivência, etc.) mantem-se a redução de beneficiários na Amadora, mas aumenta, em Sintra, a proporção de residentes com 15 ou mais anos que beneficiam deste tipo de retribuição.

Escolaridade e Alfabetização

Em termos globais, a população residente nos concelhos da AID da ULSASI aumentou o nível de escolaridade entre 2011 e 2021, diminuindo o número de residentes com mais de 15 anos nos escalões de escolaridade mais baixos e aumentando no nível secundário, médio e superior. Em 2021, nos dois concelhos, a maior proporção de residentes tinha o ensino secundário completo.

A proporção de residentes com ensino superior é mais elevada no concelho da Amadora.

Quadro 6 – População residente com 15 e mais anos por nível de escolaridade completo mais elevado (%), nos concelhos da AID da ULSASI (CENSOS 2011-2021)

	Sem nível de escolaridade		Básico 1º ciclo		Básico 2º ciclo		Básico 3º ciclo		Secundário		Médio		Superior	
	2011	2021	2011	2021	2011	2021	2011	2021	2011	2021	2011	2021	2011	2021
Portugal	10,4	5,9	27,2	22,3	12,8	9,6	19,1	17,8	15,7	23,5	1,0	1,2	13,8	19,8
Continente	10,3	5,8	27,1	22,2	12,6	9,4	19,1	17,8	15,8	23,6	1,0	1,1	14,0	20,0
Amadora	7,9	4,9	25,0	18,2	11,3	7,9	20,7	18,8	19,0	27,1	1,1	1,4	14,9	21,9
Sintra	5,9	3,9	20,6	15,1	12,6	8,1	24,5	20,8	21,5	30,8	1,3	1,6	13,6	19,8

Fonte: População residente com 15 e mais anos segundo os Censos: total e por nível de escolaridade completo mais elevado (%) – PORDATA

Nestes dois concelhos, a taxa de analfabetismo (2,4% na Amadora e 1,7% em Sintra) é inferior aos valores nacionais. O analfabetismo, nesta AID, é mais prevalente na população feminina.

Ambiente – Saneamento Básico e Resíduos

Os concelhos da AID da ULSASI apresentam indicadores abaixo dos registados a nível nacional no que se refere aos resíduos urbanos recolhidos por habitante (397 kg/hab. na Amadora e 499 kg/hab. em Sintra). No que se refere à recolha seletiva, os CSP de Sintra apresentam valor de indicador positivo, no entanto, o valor verificado na Amadora (68 kg/hab.) fica muito abaixo do valor apurado para o Continente (109 kg/hab.) e para a RSLVT (127 kg/hab.).

Quadro 7 – Indicadores de Saneamento Básico na AID da ULSASI (2019 e 2020)

Local de Residência	Proporção de Alojamentos (%) servidos por		Resíduos urbanos	
	abastecimento de água, 2019	drenagem de águas residuais, 2019	recolhidos por habitante (kg/ hab.), 2020	recolhidos seletivamente por habitante (kg/ hab.), 2020
Continente	96	86	512	109
ARS Lisboa e Vale do Tejo	100	98	502	127
CSP Amadora	100	100	397	68
CSP Sintra	100	95	499	151

Fonte: Observatórios Regionais de Saúde

Determinantes de Saúde e Análise Epidemiológica- CSP de Amadora e Sintra

Na AID da ULSASI têm particular incidência o registo de diagnósticos do grupo endócrino, metabólico e nutricional, em particular as alterações do metabolismo dos lípidos, obesidade e excesso de peso. Este último diagnóstico (T83) corresponde ao código com maior número de ativações nos últimos 12 meses, justificado pela automatização do registo dos diagnósticos T83 e T82, de acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC). De realçar a hipertensão sem complicações que surge em terceiro lugar na tabela seguinte. O código A77 corresponde a outras doenças virais e é neste grupo que se encontram uma das sub-rúbricas relativa à codificação COVID, no caso, “Infeção por COVID-19”¹.

A taxa de incidência da tuberculose nos CSP de Amadora e Sintra tem diminuído progressivamente. Contudo, a taxa de incidência da doença está acima do valor registado quer

¹ De acordo com a Normalização de Registos Inerentes à COVID-19 – Centro de Terminologias Clínicas

para a RSLVT (16,4%) quer para o Continente (13,5%). Em 2020, os CSP de Amadora registam uma taxa de 24,3/100.000 habitantes e os CSP de Sintra 18,9/100.000 habitantes.

Regista-se um aumento global da mortalidade, quer em termos nacionais, quer nos CSP de Amadora e Sintra, onde a taxa bruta de mortalidade atingiu respetivamente, em 2020, os 9,9‰ e 8,2‰, abaixo dos valores para a RSLVT (11,5‰) e Continente (12,1‰), como de resto se verifica em todos os anos analisados.

Quadro 8 – Evolução da Taxa Bruta de Mortalidade (/1000 habitantes) (2002, 2007, 2012, 2020)

Local de Residência	2002	2007	2012	2020
Continente	10,2	9,9	10,3	12,1
Lisboa e Vale do Tejo	10,3	9,8	10	11,5
CSP Amadora	8,2	8,6	8,2	9,9
CSP Sintra	6,5	6,4	6,9	8,2

Fonte: Observatórios Regionais de Saúde (dados: INE)

Nos CSP em análise, evidencia-se uma melhoria dos indicadores de mortalidade infantil. Contudo, no caso dos CSP da Amadora, salienta-se o aumento da taxa de mortalidade pós-neonatal que, no triénio 2018-2020 se cifrou nos 3 óbitos de crianças com 28 ou mais dias e menos de um ano de idade/1.000 nados vivos. E no caso dos CSP de Sintra destaca-se o aumento da taxa de mortalidade perinatal com 5,2 óbitos fetais de 28 ou mais semanas de gestação e óbitos de nados vivos com menos de 7 dias/1.000 nados vivos e fetos mortos, registados em 2020.

As principais causas de morte (no triénio 2017-2019) nos CSP da Amadora em todas as idades, foram doenças do aparelho circulatório (30,6%, ficando acima do valor da RSLVT e nacional), tumores malignos (27,7%, ficando acima do valor da RSLVT e nacional) e doenças do aparelho respiratório (8,8%, ficando abaixo do valor da RSLVT e do valor nacional).

Também nos CSP de Sintra, as principais causas de morte (para o mesmo período) em todas as idades, foram as doenças do aparelho circulatório (29,7%, ficando abaixo do valor da RSLVT e acima do valor nacional), tumores malignos (24,7%, ficando acima do valor da RSLVT e nacional) e doenças do aparelho respiratório (9,1%, ficando abaixo do valor da RSLVT e do valor nacional).

1.2. Perfil Assistencial

1.2.1. Cuidados de Saúde Primários

A ULSASI integra as 45 unidades correspondentes aos CSP de Amadora e Sintra, 1 equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos (ECSCP), 2 centros de diagnóstico pneumológico (CDP) e 2 serviços de atendimento complementar (SAC).

Os CSP de Sintra e CSP Amadora resultam dos antigos Agrupamentos de Centros de Saúde de Sintra e Amadora respetivamente criados pela Portaria n.º 394-B/2012 de 29 de novembro.

Quadro 9 – Unidades e Equipas CSP Amadora e Sintra

Local de Residência	CSP Amadora	CSP Sintra
UCSP	3	7
USF modelo B	7	20
UCC	1	5
USP	1	1
ECSCP	-	1
CDP	1	1
SAC	1	1

Em outubro de 2024, a AID da ULSASI contava com 545.788 utentes inscritos ativos e frequentadores. Verifica-se o aumento do peso dos utentes sem médico de família que, no último mês em análise (para a totalidade da ULSASI) correspondiam a 32,9% dos utentes inscritos.

Quadro 10 – Total de inscritos ativos CSP Amadora e Sintra (2019-outubro 2024) e inscritos sem MF

ACeS Amadora	dez/19	dez/20	dez/21	dez/22	dez/23	out/24
Total de Inscritos	174.563	169.941	175.906	180.618	181.238	172.857
Inscritos Sem MF	49.953	46.645	47.686	61.149	59.624	50.997
<i>Peso (%) Sem MF</i>	28,6%	27,4%	27,1%	33,9%	32,9%	29,5%

ACeS Sintra	dez/19	dez/20	dez/21	dez/22	dez/23	out/24
Total de Inscritos	363.890	359.038	370.071	376.348	378.963	372.931
Inscritos Sem MF	85.872	93.340	112.896	123.446	134.024	128.431
<i>Peso (%) Sem MF</i>	23,6%	26,0%	30,5%	32,8%	35,4%	36,0%

ULS Amadora Sintra	dez/19	dez/20	dez/21	dez/22	dez/23	out/24
Total de Inscritos	538.453	528.979	545.977	556.966	560.201	545.788
Inscritos Sem MF	135.825	139.985	160.582	184.595	193.648	179.428
<i>Peso (%) Sem MF</i>	25,2%	26,5%	29,4%	33,1%	35,6%	32,9%

Fonte: Sistema de Dados Mestre (SDM) – Registo Nacional de Utentes

1.2.2. Cuidados Hospitalares

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

Tendo sido criado em 1991 pelo Decreto-Lei n.º 382/91, de 9 de outubro, o Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca nasce com o propósito de colmatar uma insuficiência identificada de camas hospitalares e a uma ineficiente organização e funcionamento dos serviços de urgência das unidades hospitalares da Área Metropolitana de Lisboa.

Desenvolve a sua atividade em todas as linhas de produção (Urgência, Consulta, Internamento, Cirurgia, Hospital de Dia, Hospitalização Domiciliária e tem, estruturalmente, uma lotação oficial de 804 camas médico-cirúrgicas, das quais 76 são dedicadas a cuidados intensivos e especiais de adultos e pediátricos, contando com um Bloco Operatório com 11 salas operatórias e um Bloco de Partos com 4 salas de Parto.

Na extensa área da consulta externa, a oferta distribui-se por um total de 159 gabinetes, distribuídos por 107 gabinetes médicos, 28 gabinetes de enfermagem e 24 gabinetes técnicos, dando resposta às necessidades das 29 especialidades médicas e cirúrgicas.

A resposta assistencial em contexto de urgência constitui-se como multidisciplinar e multiprofissional, assegurando a prestação de cuidados de saúde urgentes e emergentes aos doentes em todas as situações enquadradas nas definições de Urgência Básica e de Urgência Médico-Cirúrgica, nas suas vertentes de Urgência Geral, Urgência de Obstetrícia e Ginecologia e Urgência Pediátrica.

Particularizando, ao nível da estrutura física, o Serviço de Urgência Básica (SUB) existe desde agosto de 2009 localizado na freguesia de Algueirão–Mem Martins, funcionando como área de referência principal para as populações abrangidas pelos Centros de Saúde de Algueirão, Mem-Martins, Rio de Mouro, Pero Pinheiro e Sintra.

O Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica (SUMC) que, estruturalmente se situa nas instalações do edifício hospitalar, congrega a área de atendimento de ambulatório, a Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD) e o ADR para doentes com patologia respiratória.

Ainda na vertente de resposta a situações emergentes, o hospital dispõe de uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), que opera de acordo com as diretivas do Instituto Nacional de Emergência Médica, na estabilização pré-hospitalar e no acompanhamento médico durante o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita em contexto de emergência.

A oferta ao nível da atividade de Hospital de Dia materializa-se na existência de um Hospital de Dia Polivalente e Hospitais de Dia de Oncologia, de Pediatria, Psiquiatria e Infeciologia.

Sendo premissa base desta unidade hospitalar que, os processos que permitem desenvolver a atividade assistencial de apoio à população nada são quando se tem apenas em conta a estrutura. O Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca cedo pretendeu que os resultados da sua atividade assentassem em padrões de qualidade da prestação de cuidados com enfoque na garantia da segurança do doente. Deste modo, foi o primeiro hospital português a ser acreditado pelo sistema de gestão da qualidade King's Fund, em 1999. Atualmente, o hospital está em processo de preparação para a certificação ACSA-DGS, de modo a progredir nos seus processos de qualidade, mantendo como foco principal a segurança dos utentes e dos seus profissionais.

A abordagem de qualquer um dos sistemas de gestão da qualidade é abrangente e transversal a toda a organização que, organicamente se dispõe em Estruturas de Prestação de Cuidados, de Apoio à Prestação de Cuidados, de Apoio Técnico, de Apoio Geral e de Desenvolvimento.

As comissões de apoio técnico são órgãos de caráter consultivo que têm por função colaborar com o Conselho de Administração por sua iniciativa ou a pedido daquele, nas matérias da sua competência, podendo solicitar a intervenção, sobre matérias específicas, de outros trabalhadores da instituição habilitados para o efeito.

A estrutura de apoio geral agrega as estruturas que têm por função apoiar os membros do Conselho de Administração e das Estruturas de Gestão nas matérias da sua competência.

No que respeita às estruturas de desenvolvimento, a imperiosa necessidade e exigência de desenvolvimento organizacional equilibrado tanto nas vertentes técnicas como socioeconómicas e motivacionais do HFF, implicam que haja uma coordenação de duas vertentes críticas no analisar

e melhorar a prestação de cuidados de saúde. As dimensões de Estudos e Investigação e do Ensino e Formação, são geridas de forma articulada na organização, visando dar resposta a requisitos de qualidade e desenvolvimento inovador.

As Estruturas de Prestação de Cuidados estão organizadas em Departamentos, Serviços e Unidades Clínicas Funcionais (Autónomas ou Integradas) e Centros de Responsabilidade Integrados (CRI). O Departamento constitui um nível intermédio de gestão e engloba Serviços e Unidades Clínicas Funcionais que, pela natureza da respetiva atividade, revelam afinidade funcional e permitem prosseguir objetivos de forma articulada e otimizar a utilização de recursos comuns. O Serviço Clínico é a estrutura base, com um modelo de organização autónomo de prestação de cuidados, cuja gestão está integrada num Departamento. As Unidades Clínicas Funcionais são agregações especializadas de recursos humanos e tecnológicos dispoñdo de responsável próprio. São classificadas em Unidades Autónomas ou Integradas, consoante a dependência funcional do Departamento ou Serviço, respetivamente. Os CRI são estruturas orgânicas de nível intermédio dependentes do Conselho de Administração, em articulação com o Departamento que integram, dotadas de organização flexível e direcionadas para assegurar respostas concretas e em tempo célere às necessidades dos utentes.

Quadro 11 – Especialidades e Serviços do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

<p>DEPARTAMENTO DE MEDICINA, ESPECIALIDADES MÉDICAS E URGÊNCIA</p> <p>Serviço de Medicina Interna 1 Serviço de Medicina Interna 2 Serviço de Medicina Interna 3 Serviço de Medicina Interna 4 Serviço de Medicina Intensiva Serviço de Urgência Geral e Urgência Básica Serviço de Cardiologia Serviço de Gastrenterologia Serviço de Infeciologia Serviço de Nefrologia Serviço de Neurologia Serviço de Oncologia Serviço de Pneumologia Hospital de Dia Polivalente Unidade de Medicina Desportiva Unidade da Dor</p>	<p>DEPARTAMENTO DE CIRURGIA E ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS</p> <p>Bloco Operatório Serviço de Anestesiologia Serviço de Cirurgia Geral Serviço de Ortopedia Serviço de Urologia CRI de Oftalmologia Serviço de Otorrinolaringologia Serviço de Dermatologia Unidade de Cirurgia Maxilo-Facial Unidade de Cirurgia Plástica e Reconstructiva</p>
<p>DEPARTAMENTO DE SAÚDE MENTAL</p> <p>CRI de Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental de Adultos Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência Unidade de Psicologia</p>	<p>DEPARTAMENTO DA MULHER</p> <p>Serviço de Ginecologia Serviço de Obstetrícia Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica</p>
<p>DEPARTAMENTO DA CRIANÇA E DO JOVEM</p> <p>Serviço de Pediatria Serviço de Neonatologia Unidade de Cirurgia Pediátrica</p>	<p>DEPARTAMENTO DE MCDT</p> <p>Serviço de Anatomia Patológica Serviço de Imagiologia Serviço de Medicina Física e de Reabilitação Serviço de Neurorradiologia Serviço de Patologia Clínica Serviço de Sangue e Medicina Transfusional</p>

Centros de Referência

Os Centros de Referência, são estruturas que permitem uma oferta num expoente mais elevado de competências na prestação de cuidados de elevada qualidade em situações clínicas que exigem uma concentração de recursos humanos, técnicos e tecnológicos altamente diferenciados, de conhecimento e experiência, devido à baixa prevalência da doença ou à complexidade no seu diagnóstico ou tratamento.

O Serviço de Cirurgia Geral integra dois Centros de Referência reconhecidos que permitem agregar capacidade de resposta multidisciplinar a doentes oncológicos:

- Centro de Referência Oncologia de Adultos – Cancro do Reto
- Centro de Referência Oncologia de Adultos – Cancro Hepatobilio-Pancreático

O Centro de Referência Cancro do Reto é determinante na redução da mortalidade pós-operatória e da taxa de recidivas. No caso do cancro do colo-rectal, é decisiva a capacidade de utilizar modalidades combinadas de tratamento, utilizando quimio/radioterapia e cirurgia, pelo que a capacidade de programar, em simultâneo, estas modalidades terapêuticas é fator crítico para o sucesso no tratamento.

O Centro de Referência do Cancro Hepatobilio-Pancreático assegura o tratamento de tumores primários e de tumores metastáticos, particularmente do pâncreas que, pelo número de casos, torna esta área de grande relevância.

Programa de Saúde Mental

O HFF integra desde 2014, o «*Programa de Gestão dos Doentes Mentais Internados em Instituições do Setor Social – PGDMIIS*», na qualidade de Entidade Referenciadora e de Serviço Pagador às instituições previstas nas Circulares Normativas e Informativas da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P: Casa de Saúde do Telhal (Instituto de São João de Deus); Casa de Saúde da Idanha e Casa de Saúde de Santa Rosa de Lima (Irmãs Hospitaleiras).

Os internamentos nessas Casas de Saúde, ao abrigo deste Programa, abrangem doentes crónicos, de saúde mental, com diferentes patologias, no que respeita a Rede de Referência estabelecida para as Unidades Locais de Saúde Mental.

Programas de gestão de doença crónica

O Contrato-Programa estabelece uma linha de produção dedicada a programas de gestão de doença crónica. As patologias são selecionadas pelo volume de doentes associados com necessidade de tratamento multidisciplinar e multiprofissional e pela relevância do gasto gerado no tratamento desses doentes. Neste âmbito oferecem-se respostas ao nível do diagnóstico e tratamento do VIH/SIDA, Hepatite C, Hipertensão Pulmonar e Esclerose Múltipla. Foram também implementados programas de acompanhamento e telemonitorização de doentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, Enfarte Agudo do Miocárdio e Insuficiência Cardíaca Congestiva.

O tratamento com dispositivos de perfusão subcutânea contínua de insulina é outra das ofertas de cuidados disponibilizadas pelo Hospital no âmbito da Diabetes.

Com a mesma preocupação de base de garantir um apoio diferenciado e de elevada competência a um dos maiores problemas de saúde pública do século XXI, foi desenvolvido também na especialidade de Cirurgia Geral, uma resposta à população com obesidade grave, através da criação do Centro de Tratamento Cirúrgico de Obesidade, permitindo o acesso da população a um novo modelo de gestão da doença, altamente integrado e multidisciplinar que oferece uma opção terapêutica assente em modalidades de cirurgia bariátrica, acompanhamento psicológico e

nutricional que permitem alcançar uma significativa redução de peso e adotar novos hábitos e estilos de vida através de um processo de reeducação alimentar, acompanhado no tempo.

O HFF tem vindo a aumentar o número de implantes cocleares colocados o que se traduz em grandes ganhos clínicos para os doentes. O implante coclear é um dispositivo eletrónico que tem como objetivo substituir as funções das células do ouvido interno de pessoas com surdez profunda que não são beneficiadas pelo uso de aparelhos auditivos. Atualmente, o implante coclear é o único método de reabilitação auditiva que permite a um surdo profundo (criança ou adulto), adquirir ou readquirir a capacidade auditiva e consequentemente desenvolver a linguagem verbal como forma de comunicação. Pela natureza dos ganhos sociais e em saúde que apresenta, a implantação coclear é um método de reabilitação auditiva suportado pela evidência científica.

Instituições hospitalares públicas

Atendendo à sua classificação que decorre das especialidades desenvolvidas, da população abrangida, da capacidade de formação, da diferenciação dos recursos humanos, do modelo de financiamento, da classificação do seu serviço de urgência e da complexidade da produção hospitalar, o HFF articula com as outras instituições hospitalares públicas, respeitando as relações de referenciação entre tipologias de grupo hospitalar e cumprindo o disposto nas Redes de Referenciação Hospitalar existentes para cada área de especialidade, observando uma perspetiva de complementaridade e proximidade de cuidados que, para além do estipulado anteriormente, se pode reforçar na celebração de acordos com instituições de outros grupos mais diferenciados para a prestação de cuidados de saúde no âmbito de valências não disponíveis.

Hospital de Sintra

Em agosto de 2022, a consultora Antares elaborou, a pedido do Conselho de Administração, o *Business Plan* para o novo Hospital de Sintra. No documento elaborado e partilhado com o Ministério da Saúde, DE-SNS, ACSS, ARLSVT, pretendeu-se a realização de um documento com as estimativas da atividade, o dimensionamento de recursos humanos e a análise económica e financeira, considerando o enquadramento e articulação no contexto do HFF. As projeções apresentadas no referido documento abrangem o período temporal de 2024, ano considerado como estimativa de abertura do hospital, até 2028, ano de atividade consolidada do HS.

Segundo as projeções apresentadas, a população residente no concelho de Sintra em 2023 seria de 387.888 habitantes perspetivando-se um crescimento médio anual até 2028 de 0,29%, sendo o número de habitantes previstos em 2028 de 393.529.

A área de influência do HS abrange toda a população do Concelho de Sintra, incluindo na área de Saúde Mental a população das freguesias do Concelho atualmente servidas pelo Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, num total de 272.078 habitantes. Esta população passa a ser assistida pelo HS e pelo HFF, de acordo com o respetivo perfil assistencial. Na área Materno-Infantil, o Hospital Dr. José de Almeida, PPP (Hospital de Cascais), assegura a assistência à população residente nas seguintes freguesias do Concelho de Sintra: freguesias de Algueirão-Mem Martins, Pero Pinheiro, Colares, São João das Lampas, Sintra (Santa Maria e São Miguel), Sintra (São Martinho), Sintra (São Pedro de Penaferrim) e Terrugem.

O HS é um Hospital de Proximidade com foco na prestação de Cuidados de Ambulatório Programados num conjunto alargado de especialidades, dispondo também no seu perfil de um Serviço de Urgência Básica e de Internamento de Convalescença. O HS pretende implementar o conceito de “clínica de um dia” assegurando aos utentes numa única deslocação ao hospital, a consulta, MCDT e a adequada orientação terapêutica. Para a atividade de ambulatório programada. O HS irá funcionar nos dias úteis em horários diferenciados para as diferentes linhas assistenciais. O SUB e o internamento de convalescença dada as suas especificidades irão funcionar em horário ininterrupto.

De acordo com o dimensionamento do HS estão previstos 34 gabinetes de consulta médica, 4 salas de cirurgia, 40 postos de recobro, 60 camas de convalescença, espaço para a SUB e diversos equipamentos de imagem, incluindo 1 RM e 1 TAC.

No que se refere aos serviços de suporte clínico, nomeadamente laboratório, farmácia e esterilização, o HS irá assegurar os serviços que têm de ser realizados localmente com elevada articulação com os serviços do HFF.

1.2.3. Cuidados Continuados

Em Portugal, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) representa um pilar fundamental no sistema de saúde, oferecendo uma resposta articulada e integrada para as necessidades dos utentes em diferentes fases da sua condição de saúde. Neste contexto, a articulação eficaz entre hospitais e cuidados de saúde primários desempenha um papel crucial para assegurar uma transição suave e uma prestação de cuidados de qualidade.

A RNCCI, implementada em 2006, surge como uma resposta estruturada, especializada e transitória, para assegurar a continuidade dos cuidados aos utentes que necessitam de acompanhamento prolongado e adequado ao seu estado de saúde e sociofamiliar. Composta por unidades de internamento e ambulatório, a RNCCI engloba valências de cuidados nas tipologias de convalescença, media duração e reabilitação, de longa duração e manutenção, cuidados paliativos, adaptando-se às especificidades de cada utente. A sua missão é proporcionar uma transição adequada entre o ambiente hospitalar e o domicílio, constituindo uma resposta intermédia de cuidados, promovendo a autonomia e a qualidade de vida.

O HFF e os CSP de Amadora e Sintra estabelecem com os prestadores de cuidados continuados integrados da sua área de influência direta, instrumentos para a efetiva coordenação das prestações de cuidados de saúde à população servida, numa perspetiva de garantir a continuidade de cuidados de qualidade e excelência.

A oferta de camas, funciona em rede sendo para a capacidade instalada para a área de influência da ULSASI um total de 219 camas de internamento, distribuídas da seguinte forma:

- Amadora: 30 camas de internamento, unidade de longa duração e manutenção;
- Sintra: 189 camas de internamento em unidades da RNCCI das quais, 126 de unidade de média duração e reabilitação, 40 de unidade de longa duração e manutenção, 10 são de cuidados paliativos. Ainda existem 13 camas adicionais em unidades de saúde mental.

Estão também contempladas camas de ECCI (Equipa de Cuidados Continuados Integrados), com prestação de cuidados no domicílio dos utentes, mas com necessidades específicas que cumprem critérios de integração na RNCCI, distribuídas da seguinte forma:

- Amadora: 115 camas, distribuídas pelo CS Amadora (40), CS Reboleira (35) e CS Venda Nova (40);
- Sintra: 270 camas, distribuídas pelas ECCI Algueirão Rio de Mouro (65), Pêro Pinheiro (30), Sintra (45), Queluz (70) e Cacém (60).

Está ainda prevista para 2025, a criação de nova equipa ECCI – ECCI Encosta do Sol na Amadora com mais 20 camas ECCI.

A gestão da RNCCI nos CSP é efetuada pelas Equipas Coordenadoras Locais e os cuidados ao doente em ECCI pelas equipas das UCC e equipas das unidades de Inscrição dos utentes.

2. POSICIONAMENTO ESTRATÉGICO

2.1. Modelo de Negócio

A forma como a ULS de Amadora/Sintra pretende criar e entregar valor à Comunidade será espelhada no seu Modelo de Negócio.

Pretendendo-se que este reflita a visão integrada do processo de identificação e utilização de recursos, competências, articulações e parcerias a estabelecer, estruturalmente, entre as várias unidades de saúde e, funcionalmente, entre as várias tipologias de cuidados, procurou-se nos próximos pontos ver respondidas três questões essenciais:

- Que valor esta unidade pretende entregar?
- Como o pretende fazer?
- Quem são os seus beneficiários?

Assumindo como centrais, quatro áreas estratégicas base para o desenho do Modelo de Negócio:

1. Utente como foco de cuidados
2. Atratividade e retenção de profissionais
3. Inovação e sustentabilidade
4. Identidade da ULSASI

Foram elencadas e desenvolvidas um conjunto de ações que densificam e detalham operacionalmente os eixos estratégicos identificados, sempre tendo em conta o perfil dos utentes que compõem a população abrangida pela ULSASI e a proposta de valor assistencial desta Unidade Local de Saúde.

2.2. Missão, Visão e Valores

Missão

Melhorar a saúde e o bem-estar das comunidades que servimos, fornecendo cuidados de saúde de qualidade, baseados na proximidade, no respeito e dignidade do utente. Colocar o utente no centro da nossa atuação, promovendo a prevenção e o tratamento de doenças e, com a integração de profissionais de saúde de todas as especialidades para oferecer um atendimento holístico, personalizado, empenhado na integração de cuidados e no acesso aos cuidados de saúde.

Visão

A ULSASI assume-se como referência na transformação do sistema de saúde, estabelecendo um novo padrão de excelência em cuidados de proximidade, centrados no utente, com um foco especial na integração de cuidados e na estratificação de risco populacional para promover a equidade. Queremos ser reconhecidos pela liderança na criação e implementação de soluções inovadoras que reforcem os cuidados de saúde prestados, proporcionando uma experiência de saúde verdadeiramente humanizada. Ao integrar cuidados de saúde primários e hospitalares,

seremos uma organização líder na promoção da saúde e na gestão das condições crónicas, contribuindo para comunidades mais saudáveis e autónomas na gestão da sua saúde.

Valores

Proximidade: Estamos próximos das pessoas que servimos, tanto física como emocionalmente. Priorizamos relações de confiança com os nossos utentes, as famílias e comunidades.

Utente como foco: Colocamos o utente no centro de todas as nossas decisões e ações. Adaptamos os cuidados às necessidades individuais, ouvindo e respeitando as preferências e valores de cada um.

Excelência Clínica e Inovação: Procuramos continuamente a excelência clínica e promovemos a inovação como parte integrante dos nossos cuidados de saúde. Estamos empenhados em descobrir e aplicar novos métodos e tecnologias para melhorar a qualidade dos nossos serviços.

Integração de Cuidados e Estratificação de Risco: Valorizamos a integração de cuidados para garantir uma abordagem coordenada, eficiente e abrangente à saúde. Além disso, implementamos medidas de estratificação de risco para identificar e atender às necessidades individuais de forma equitativa.

Trabalho em Equipa: Trabalhamos em colaboração com profissionais de saúde de todas as áreas e especialidades, partilhando conhecimentos e promovendo uma abordagem multidisciplinar para resolver os desafios de saúde dos nossos utentes.

Acesso Universal: Estamos comprometidos com o acesso igualitário e equitativo a cuidados de saúde de qualidade para todas as pessoas, independentemente da sua origem, género, idade ou condição económica.

Investigação e Formação: Comprometemo-nos com a investigação científica, a formação pré e pós-graduada e o desenvolvimento profissional contínuo para avançar no conhecimento clínico e organizacional e garantir que todos os profissionais estejam cientificamente atualizados e sejam motor de produção de novo conhecimento.

Sustentabilidade: Comprometemo-nos a operar de maneira sustentável, minimizando o impacto ambiental e garantindo a preservação dos recursos naturais para as gerações futuras.

Responsabilidade Social: Contribuímos ativamente para o bem-estar e literacia em saúde das comunidades em que operamos, participando em iniciativas de responsabilidade social e promoção da saúde.

2.3. Análise SWOT

	ASPETOS POSITIVOS	ASPETOS NEGATIVOS
AMBIENTE INTERNO	PONTOS FORTES	PONTOS FRACOS
	<ul style="list-style-type: none"> • CRE: “Oncologia de Adultos – Cancro do Reto” e “Cancro Hepatobilio-Pancreático”; • Existência de USF Modelo B; • USF Acreditadas pelo modelo ACSA; • USF Modelo B com excelente desempenho ao nível do IDE no benchmarking nacional; • Salas operatórias que oferecem resposta a todas as valências cirúrgicas em regime convencional e de ambulatório; • Elevada qualidade do Internato Médico e reconhecida capacidade formativa pré e pós-graduada; • Diversidade de Projetos transversais ao nível dos CSP; • Processo de Contratualização Interna sedimentado; • Instituição de referência ao nível dos ensaios clínicos e robusta investigação clínica; • Cultura institucional - sentimento de pertença, espírito de equipa e polivalência; • Intervenções na área de integração de cuidados entre os CSP e os Cuidados Hospitalares (CH) - UCF Materno Infantil, UCF Diabetes, Consultas Descentralizadas, Protocolos de referência clínica; • Capacidade instalada em Oncologia; • UHD de adultos e pediátrica; • Nível intermédio de gestão robusto e de elevada competência técnica; • RH qualificados e com experiência profissional; • Cultura de proximidade na relação profissional com o utente; • Replicação de experiências de boas práticas em toda a organização, para melhoria dos níveis de desempenho e de eficiência global. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta RH e dificuldade em motivar e reter os existentes; • Baixo rácio de camas de internamento agudos por 1.000 h; • Elevado número de utentes sem Equipa de Saúde Familiar; • Fraca interoperabilidade entre os vários sistemas de informação; • Parque informático obsoleto; • Forte dependência do exterior para a realização de alguns tipos de MCDT; • Total dependência da rede externa para o transporte de doentes; • Necessidade de recurso a prestadores de serviço; • Elevado número de ausências prolongadas e dificuldade de substituição temporária de recursos humanos (doença, licença de parentalidade, licença sem vencimento, estatuto trabalhador-estudante); • Estruturas técnicas e infraestruturais necessitadas de renovação/requalificação, bem como carência de equipamentos; • Dificuldades no cumprimento dos TMRG e de acesso a algumas especialidades; • Frota insuficiente e degradada; • Zonas dos CSP sem rede adequada de acessibilidades ao HFF.
AMBIENTE EXTERNO	OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
	<ul style="list-style-type: none"> • Integração vertical de cuidados com revisão transversal dos processos assistenciais, protocolos clínicos, circuitos do utente. • Melhoria dos modelos de governação clínica tendo como base os princípios do acesso, centralidade no cidadão e colaboração e responsabilidade multiprofissional; • Identidade única com partilha de experiências, conhecimento, recursos e competências, em benefício do utente; • Possibilidade de potenciar a cultura de saúde pública e a atividade de promoção da saúde e prevenção da doença; • Condições para economias de escala e de gama na organização da atividade; • Maior autonomia administrativa e financeira no modelo ULS; • Promover a criação de novos centros de referência; • Incentivar a criação de CRI; • Reforçar o acompanhamento e desenvolvimento de novas USF e evolução para USF modelo B; • Generalização da acreditação de unidades e serviços; • Aumentar a intervenção comunitária através do desenvolvimento de projetos nas áreas da Literacia e Promoção da Saúde; • Afiliações e protocolos com outros hospitais e universidades; • Integração de políticas públicas: saúde, sociais, educação e do território, em articulação com os parceiros relevantes da comunidade; • Exploração de oportunidades de financiamento no âmbito do PRR e do Quadro Comunitário Portugal 2030, bem como outros financiamentos nacionais e internacionais para o desenvolvimento institucional; • Existência e exploração de medidas que garantam a integração dos objetivos de Desenvolvimento Sustentável – ODS ONU Agenda 2030 – na ULSASI; • Desenvolvimento de programas de TeleSaúde e telemonitorização; • Reorganização da carteira de serviços; • Desenvolvimento de parcerias de investigação e formação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Eventuais resistências à mudança decorrentes de distintas culturas profissionais (CSP versus CH) e institucionais; • Situação crítica de serviços e unidades que condicionem, por esse motivo, necessidades de reestruturação; • Realocação de profissionais entre níveis de cuidados para suprir necessidades prementes; • Políticas restritivas de contratação de recursos humanos; • Cobertura da RNCCI insuficiente; • Fraca resposta da Segurança Social; • Procura excessiva dos Serviços de Urgência; • Aumento da prevalência de doenças crónicas, com terapêuticas inovadoras cada vez mais dispendiosas; • Concorrência de hospitais do setor público e privado no recrutamento de pessoal; • Suborçamentação ou subfinanciamento, que impeçam o cumprimento da Lei dos Compromissos e Pagamentos em Atraso; • Autonomia de gestão condicionada a limitações impostas pelas Tutelas; • Perfil demográfico e socioeconómico da população, nomeadamente situações de pobreza extrema e população migrante/flutuante; • Contexto de incerteza económico-social; • Dispersão geográfica da área de influência da ULSASI; • Dificuldade em atrair e celebrar contratos de trabalho com especialistas nos diferentes níveis de cuidados; • Envelhecimento da população e transição epidemiológica; • Dificuldades à internalização de MCDT; • Baixa literacia em saúde da população e desinformação; • Dificuldade de integração dos sistemas de informação entre níveis de cuidados.

2.4. Eixos estratégicos

Os Eixos Estratégicos dividem-se em 4 elementos:

- Eixo 1- Utente como foco dos cuidados
- Eixo 2- Atratividade e retenção dos profissionais
- Eixo 3- Inovação e sustentabilidade
- Eixo 4- Identidade ULSASI

Eixo 1 – Utente como foco dos cuidados

Quando a segmentação da prestação de cuidados é de tal modo desapropriada às necessidades da população com impacto nas experiências dos utentes e nos resultados em saúde, o processo de integração de cuidados será o caminho a seguir. Com vista a assegurar que os serviços são estruturados em torno das suas necessidades procura-se, concomitantemente, aumentar a qualidade e melhorar o custo-efetividade da prestação dos cuidados que se oferecem às populações.

Deste modo, sendo pretensão da ULSASI colocar o doente como foco dos cuidados e, atendendo à caracterização atrás efetuada, da população da sua AID, considera-se como fundamental trabalhar áreas de cuidados prioritárias de resposta à tanto à doença crónica como à doença infecciosa contemplando as seguintes dimensões:

- Excelência e melhoria contínua da qualidade dos processos;
- Experiência do utente;
- Cobertura universal dos cuidados de saúde.

Ação I – Excelência e melhoria contínua da qualidade dos processos

A excelência dos processos assistenciais é essencial em qualquer organização de saúde. Para manter um padrão de elevada qualidade é fundamental adotar estratégias de melhoria contínua, com avaliação regular dos procedimentos e modificar a prática baseando-se na melhor evidência disponível.

A qualidade dos processos em todos os pontos do percurso do utente deve ser monitorizada e detalhada de forma contínua, por forma a identificar oportunidades em ganhos de eficiência, garantindo a prestação de cuidados de saúde eficazes e seguros.

A ULSASI assume como valor fundamental a excelência clínica e a inovação, procurando uma real integração de cuidados, espelhados em projetos transversais em áreas clínicas de relevância na sua AID.

Reforça-se, no entanto, que no funcionamento regular das instituições que integram a ULSASI, existem já vários projetos comunitários com equipas multidisciplinares alocadas, cuja atividade e recursos se mantêm por forma a garantir cuidados de proximidade diferenciados.

Quadro 12 – Áreas Clínicas Prioritárias- projetos

Áreas Clínicas Prioritárias	Projeto
A. OBSERVATÓRIO DE SAÚDE DA ULSASI	A.1.Criação do Observatório de Saúde da ULS de Amadora/Sintra
B. DOENÇA ONCOLÓGICA	B.1 Consultoria Telemedicina em Cuidados paliativos para doentes acompanhados pelas equipas comunitárias B.2 Detecção Precoce de Tumores Digestivos em Doentes com Sintomas Suspeitos de Doença Oncológica do Foro Gastrointestinal
C. DIABETES	C.1 Pé Diabético e Feridas Complexas – Qualidade de cuidados C.2 Rastreo da retinopatia diabética C.3 Utentes com DM e sem Médico de Família – Controlar a Diabetes C.4 Diabetes em movimento C.5 Literacia em saúde C.6 Diabetes mellitus tipo 1 em idade escolar – Escola Inclusiva C.7 Protocolos clínicos de referência e seguimento partilhado (a submeter)
D. DOENÇA CARDIOVASCULAR	D.1 Cardio descentralizada - Programa de Descentralização da Cardiologia D.2 Centro Doenças do Miocárdio (CDM) D.3 Grupos de Trabalho para Protocolizar Ligação entre Cardiologia e CSP D.4 IMPROVE-AMI: Melhoria dos cuidados aos doentes após Enfarte Agudo do Miocárdio D.5 Projeto-Piloto de rastreio e seguimento de Insuficiência Cardíaca nos Centros de Saúde – O Coração no Centro D.6 Clínica da Dispneia / Hospital de Dia de Insuficiência Cardíaca D.7 Programa de Reabilitação Cardíaca D.8 Unidade de Síncope e Tilt Training
E. DOENÇAS INFECCIOSAS	E.1 Consulta de Infeções Sexualmente Transmissíveis (IST) E.2 Projeto de Descentralização da Consulta de PrEP na ULSASI E.3 END-Tuberculose
F. DOENÇAS RESPIRATÓRIAS	F.1 Consulta Intensiva de Cessação Tabágica F.2 Cessação Tabágica após Enfarte Agudo do Miocárdio F.3 Reabilitação Respiratória F.4 Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono F.5 Saúde Escolar na prevenção e controlo do Tabagismo F.6 Consulta de Enfermagem para o doente respiratório crónico (DRC) F.7 Rastreo Organizado da DPOC - Espirometrias
G. SAÚDE MATERNA E INFANTIL	G.1 “Projeto DIA – Desenvolvimento Infantil Adequado” G.2 Acessibilidade e Vigilância de Saúde Infantojuvenil da Criança sem Equipa de Saúde na Unidade Local de Saúde Amadora/Sintra (ULSASI) G.3 Projeto de Vigilância de Saúde Materna a Utentes sem Equipa de Saúde, na ULSASI
H. DOENÇA RENAL CRÓNICA	H.1 Consulta de Enfermagem para o doente respiratório crónico (CEDRC) H.2 Formação em Nefrologia H.3 Detecção precoce e prevenção de DRC em utentes de risco H.4 Reconciliação terapêutica em nefrologia H.5 Uniformização da terminologia utilizada na comunicação entre Hospital e CSP
I. SAÚDE MENTAL	I.1 “Apoio às Famílias da ULS Amadora/Sintra” I.2 “Semente gravidez e primeiros anos de vida” I.3 Promoção, Prevenção, Diagnóstico precoce e Intervenção I.4 “Saúde Mental do Idoso – Prevenção, diagnóstico precoce e intervenção nas demências”
J. PROJETOS DE INTEGRAÇÃO DE SERVIÇOS E PARTILHA DE RECURSOS	J.1 Centros de Hemodiálise de Amadora e Sintra J.2 Internalização de exames de Radiologia J.3. Internalização de exames de diagnóstico e terapêutica J4. Gestão otimizada dos transportes de doentes

Ação II – Experiência do Utente

Sendo a ULSASI uma entidade responsável pela gestão e prestação de cuidados de saúde a uma determinada população, a melhoria da experiência do utente é um dos seus principais objetivos, uma vez que um atendimento de qualidade e humanizado é essencial para garantir a satisfação dos utentes e a eficácia dos cuidados de saúde.

Existem várias formas de melhorar a experiência do utente numa ULS. Uma das estratégias é garantir um acesso fácil e rápido aos cuidados de saúde, reduzindo os tempos de espera para consultas, exames, cirurgias e outras áreas de atuação para a prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento. Para isso, é importante otimizar a principalmente a gestão dos recursos humanos, materiais, equipamentos e estruturas de apoio, de forma a garantir uma maior eficiência nos serviços prestados.

Outra forma de melhorar a experiência do utente é através da personalização do atendimento. Cada utente é único e tem necessidades específicas, por isso é importante que os profissionais de saúde estejam preparados para ouvir e compreender as preocupações e expectativas de cada utente. A comunicação clara e eficaz é fundamental para estabelecer uma relação de confiança

entre os profissionais de saúde e os utentes. Também é importante investir na formação e capacitação dos profissionais de saúde, de forma a garantir um atendimento de excelência.

Além disso, é importante que a ULS esteja sempre preparada para oferecer um ambiente acolhedor, confortável e limpo aos utentes. A criação de espaços físicos adequados, com uma decoração agradável e equipamentos modernos, contribui para uma maior qualidade dos cuidados de saúde prestados, bem como os meios tecnológicos a aplicar em diversas situações.

Outra estratégia importante é a implementação de sistemas de avaliação da satisfação dos utentes. Através de questionários de avaliação, é possível recolher feedback dos utentes e identificar áreas de melhoria. Esses dados são utilizados para implementar melhorias nos serviços prestados, de forma a garantir uma maior satisfação dos utentes.

A melhoria da experiência do utente é uma preocupação central da ULS. Através de estratégias como o acesso facilitado aos cuidados de saúde, o atendimento personalizado, a criação de ambientes acolhedores e a avaliação da satisfação dos utentes, é possível garantir uma maior qualidade e humanização nos cuidados de saúde prestados.

Ação III – Cobertura Universal de Cuidados de Saúde

A Declaração Universal dos Direitos Humanos consagra a Saúde como bem fundamental, no seu artigo 25.º: *“Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários”*, encontrando-se este papel de destaque e relevância do acesso universal à Saúde encontra-se também espelhada na Constituição da República Portuguesa no seu artigo 65º que afirma que *“Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover”* e este é realizado *“através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito”*.

A universalidade de acesso a cuidados de saúde é uma preocupação transversal a nível mundial, tendo sido desenvolvidos vários modelos de organização de cuidados e de financiamento e gestão, de acordo com as condições sociais, valores políticos e económicos de cada região.

A OMS define Cobertura Universal de Cuidados de Saúde como a possibilidade de toda a população receber os serviços e cuidados de saúde essenciais que necessitem, incluindo iniciativas de promoção da saúde (ex. políticas antitabágicas), prevenção de doença (ex. vacinação) e providenciar tratamento, reabilitação e cuidados paliativos (incluindo cuidados em fim de vida) com qualidade para serem efetivos e não exporem o utente ou as famílias a dificuldades financeiras sendo este um dos pontos-chave dos Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável (ODS) definidos pela OMS.

A evidência da ligação dos CSP a melhores resultados em saúde, maior equidade e segurança e maior custo-eficácia fazem destes o pilar fundamental para o fortalecimento dos sistemas de saúde, estando o aumento do investimento em CSP associado a uma redução dos custos em saúde e do uso de cuidados secundários, além do impacto positivo na esperança média de vida, mortalidade por todas as causas e mortalidade infantil, neonatal e materna. Como estratégia para

alcançar uma Cobertura Universal de Cuidados de Saúde é essencial o desenvolvimento dos sistemas de saúde alicerçados em CSP.

Atualmente, os CSP de Amadora e Sintra servem uma população de características sociodemográficas e distribuição geográfica heterogêneas, com um elevado número de utentes sem equipa de família atribuída, face à carência de recursos humanos médicos e de enfermagem, condicionando em vários pontos a acessibilidade e garantia de cobertura universal tal como definida anteriormente.

O crescimento do número de inscritos, maioritariamente população migrante, representa uma elevada sobrecarga dos serviços quer nos CSP quer no Hospital que necessita de ser acautelada.

O *Institute for Healthcare Improvement* elaborou um modelo conceptual denominado Triple Aim com os objetivos de melhorar a experiência nos cuidados, melhorar a saúde da população e reduzir os custos per capita, tendo sido desafiante a quantificação e avaliação do desempenho nos CSP com tendência de apenas utilizar indicadores já construídos e acessíveis pela disponibilidade e custo.

Assim, devem ser encontradas estratégias para garantir os serviços adequados à população mais vulnerável, com maior risco clínico e à população migrante. Para tal, devem ser apoiados e desenvolvidos os projetos, já existentes, de resposta dedicada aos utentes sem equipa de família e esporádicos, envolvendo os vários níveis de cuidados. Para o efeito devem ser analisados os projetos clínicos acima elaborados.

A ULSASI deverá criar mecanismos de incentivos financeiros para os profissionais que realizam este trabalho, por forma a garantir a maior adesão possível por parte dos mesmos.

Eixo 2 – Atratividade e retenção dos profissionais

A atratividade e retenção de profissionais são aspetos cruciais para a viabilidade e o sucesso de qualquer organização. A ULSASI terá de ser capaz de continuar a atrair profissionais qualificados, mantê-los satisfeitos e comprometidos com a instituição ao longo do tempo. Esses fatores têm um impacto direto no desempenho, inovação e crescimento sustentável da ULSASI.

É vital estar atento a uma eventual tendência de redução do número de profissionais da ULSASI, motivada pela sua insatisfação com as condições de trabalho, remuneração, progressão na carreira, satisfação pessoal, inexistência de progressão técnica ou académica.

A atratividade e retenção de profissionais qualificados é essencial para a ULSASI, de modo a ganhar vantagem competitiva perante outras instituições de saúde dos territórios limítrofes, não se limitando apenas a salários e benefícios, mas também envolvendo uma série de outros fatores de modo sinérgico:

- *Cultura Organizacional*: Um ambiente de trabalho positivo e colaborativo é atraente para os profissionais. Uma cultura que valoriza a diversidade, a inclusão, o desenvolvimento pessoal e a criatividade tende a atrair os melhores talentos.
- *Oportunidades de Crescimento*: Os profissionais procuram oportunidades para alcançar um desenvolvimento profissional satisfatório, com vista à progressão das suas carreiras.

A ULSASI irá adotar metodologias de modo a proporcionar o aumento do número de Centros de Responsabilidade Integrada de USF modelo B uma vez que assentam num modelo de incentivos que visa potenciar as aptidões e competências de cada profissional, premiando o desempenho individual e coletivo.

- *Equilíbrio entre Trabalho e Vida Pessoal*: Uma organização que valoriza o equilíbrio entre trabalho e vida pessoal demonstra preocupação com o bem-estar dos seus profissionais.
- *Inovação e Desafios*: Os profissionais procuram instituições com elevados níveis de inovação tecnológica onde possam desenvolver as suas competências e incorporar projetos desafiadores e inovadores.

Uma estratégia bem-sucedida nesta área pode contribuir significativamente para a construção de cultura organizacional coesa, promovendo o sucesso da instituição a longo prazo.

Ação I – Experiência dos profissionais

A experiência dos profissionais, refere-se ao conjunto de interações, perceções e sentimentos que os profissionais têm ao longo do seu percurso dentro da instituição. A experiência dos profissionais desempenha um papel fundamental na atração, retenção e desempenho dos talentos dentro da ULSASI. Na ULSASI serão tidos em conta os seguintes pontos:

- *Cultura e Ambiente de Trabalho*: A cultura organizacional e o ambiente de trabalho têm um impacto direto na experiência dos profissionais. Uma cultura inclusiva, transparente e colaborativa tende a resultar numa experiência mais positiva. Deve ser criado um ambiente que estimule a criatividade e a inovação dentro da instituição.
- *Comunicação Interna*: A comunicação transparente é essencial para manter os profissionais informados sobre os objetivos, direção e mudanças na organização. Profissionais que se sentem informados e que são parte integrante das mudanças têm uma experiência profissional mais satisfatória.
- *Desenvolvimento e Aprendizagem*: A oportunidade de crescimento profissional, desenvolvimento de *skills* e aprendizagem contínua são elementos importantes para a experiência dos profissionais. Organizações que investem no desenvolvimento dos seus profissionais demonstram um compromisso com o progresso individual.
- *Equilíbrio entre Trabalho e Vida Pessoal*: Um equilíbrio saudável entre trabalho e vida pessoal é essencial para a satisfação dos profissionais. Políticas que promovem flexibilidade e bem-estar contribuem para uma experiência positiva.
- *Feedback e Reconhecimento*: O reconhecimento pelo bom desempenho e o seu feedback por parte dos líderes são elementos essenciais para a motivação do profissional. Sentir-se reconhecido, valorizado e ter a oportunidade de crescer são aspetos motivadores.
- *Tecnologia e Ferramentas*: Fornecer as ferramentas e a tecnologia adequadas para que os profissionais realizem o seu trabalho de uma forma eficaz, pode melhorar significativamente a experiência no ambiente de trabalho.
- *Comprometimento e Propósito*: Profissionais comprometidos sentem-se fidelizados com os objetivos da instituição, compreendendo o propósito da mesma e como o seu trabalho contribui para esses objetivos.
- *Mudanças e Adversidades*: A forma como a instituição lida com as mudanças, desafios e crises também influencia a experiência dos profissionais. Transparência na comunicação

e apoio durante períodos difíceis, de forma transversal, são cruciais para manter a confiança os profissionais.

- *Liderança e Gestão*: A qualidade da liderança e a relação com os superiores diretos também influenciam a experiência dos profissionais. Líderes que são acessíveis, orientadores e incentivam o desenvolvimento têm um impacto positivo.

Ação II – Investigação e Ensaio Clínicos

A Investigação Clínica é uma atividade fundamental para o desenvolvimento da inovação em saúde. Deverá incorporar conceitos fundamentais de atuação que devem estar em linha com os objetivos estratégicos da ULSASI.

A Investigação Clínica é responsável por assegurar rigor no planeamento científico dos estudos apresentados, pelo cumprimento das boas práticas clínicas por parte dos investigadores e pela negociação dos contratos dos projetos financiados por promotores externos. Inclui-se ainda a responsabilidade pela promoção da investigação clínica na ULSASI, através da divulgação de oportunidades para realização de trabalhos de investigação e pelo acompanhamento de trabalhos cujos resultados possam contribuir para melhorias da prática clínica.

As Equipas de Investigação Clínica podem ser caracterizadas por equipas multidisciplinares, incluindo, médicos, enfermeiros, farmacêuticos, técnicos superiores, assistentes administrativos, entre outros.

O cumprimento da missão da Investigação Clínica implica uma estreita colaboração com a Comissão de Ética para a Saúde (CES) e com o Encarregado de Proteção de Dados (EPD), os quais têm competências específicas no processo de aprovação de trabalhos de investigação. Neste sentido, os projetos só são aprovados após obterem parecer favorável da Unidade de Investigação Clínica, CES e EPD. A monitorização dos estudos após a aprovação é da responsabilidade da Equipa de Investigação Clínica.

Assim, esta Equipa tem como missão promover a investigação clínica de qualidade, de forma sustentada e organizada, segundo padrões que valorizem o conhecimento sistematizado através da gestão de interfaces associadas à Investigação, Desenvolvimento e Inovação e cumprindo as disposições éticas e legais aplicáveis, em benefício da ULSASI, da Comunidade, dos Doentes e das Famílias/Cuidadores.

A sua Visão é ser uma referência da promoção das boas práticas na investigação clínica e consolidar uma cultura científica transversal.

Os Valores e Princípios no exercício da atividade da Equipa de Investigação Clínica materializam-se numa Unidade inovadora na divulgação e na gestão do conhecimento científico produzido com várias parcerias e associados.

No exercício da sua atividade, os profissionais que constituem a sua equipa de trabalho observam e orientam-se por valores de competência, ética, inovação, rigor, transparência, cooperação, responsabilidade, integridade e ambição e princípios que norteiam uma procura constante da excelência e inovação em todas as atividades desenvolvidas, transparência e partilha de conhecimento.

A atividade da Investigação Clínica, deverá necessariamente desenvolver um percurso de trabalho com vista à certificação pelo referencial da Norma NP ISO 4557:2007 formalmente associado à Gestão da Investigação, Desenvolvimento e Inovação (IDI).

O cumprimento destes requisitos tem como objetivo, facilitar a gestão do conhecimento e das atividades de investigação e de desenvolvimento científico e profissional, permitindo uma maior fluidez de informação em toda a ULSASI, melhorando o reconhecimento e a compreensão das responsabilidades e das inter-relações organizacionais, acautelando a propriedade intelectual inerente e valorizando o conhecimento sistematizado através da gestão institucional das interfaces associadas à Investigação, Desenvolvimento e Inovação.

As atividades desta gestão, necessárias para o processo IDI, compreendem, fundamentalmente, a gestão e a coordenação do portfólio de projetos (registo informático centralizado de todos os projetos de investigação da ULSASI), a gestão da propriedade intelectual e a gestão do conhecimento.

A atividade da Investigação Clínica, incluindo as parcerias a estabelecer com entidades externas no âmbito do desenvolvimento de projetos de investigação clínica bem como, com instituições de ensino universitário, visam proporcionar um intercâmbio de formação no âmbito do desenvolvimento de estudos pós-licenciatura.

FORMAÇÃO E ENSINO

A Formação e Ensino abrange todos/as os/as profissionais da ULSASI assim como os/as estudantes que pretendem realizar estágios na ULSASI.

A Unidade de Formação deverá:

- Assegurar o processo de identificação de necessidades de formação transversal;
- Assegurar a elaboração do Plano de Formação da ULSASI;
- Melhorar a estratégia de planeamento de formação em função de uma adequação entre competências profissionais existentes e desejadas;
- Implementar um sistema eficaz de diagnóstico de necessidades de formação na organização, integrado no Sistema de Gestão de Desempenho (SGD);
- Possibilitar a formação externa, como instrumento de capacitação e melhoria do nível de competências profissionais com impacto na ULSASI;
- Incrementar o planeamento das atividades formativas internas e externas dos/as colaboradores;
- Garantir o cumprimento dos critérios no âmbito da formação obrigatória, considerados fundamentais para efeitos de acreditação do Sistema de Gestão da Qualidade em utilização;
- Garantir a atualização e aquisição de competências através da formação;
- Promover a elaboração de protocolos de colaboração com outras instituições (universidades, escolas superiores, hospitais, unidades de saúde familiar, indústria farmacêutica, organismos oficiais), de acordo com o plano estratégico definido e com os diferentes projetos e programas de ação a definir;
- Acompanhar e monitorizar o processo de relação com as escolas (ensino superior/ensino profissional).

No contexto do seu plano de desenvolvimento estratégico, a ULSASI deverá procurar desenvolver uma política de formação integrada na sua estratégia global e no processo de gestão de recursos humanos, com a finalidade de promover e dinamizar o desenvolvimento dos seus profissionais, permitindo melhorar a sua prestação e realização.

A Formação é entendida como um investimento na qualificação, desenvolvimento e melhoria das competências dos colaboradores da ULSASI, tornando-se um elemento potenciador de conhecimentos e de desempenhos, promovendo novas qualificações, facilitando o alcance dos objetivos e em última análise uma maior qualidade na prestação de cuidados de saúde.

São objetivos estratégicos Formação e Ensino:

- Garantir que todos os profissionais detêm as competências necessárias ao exercício das suas funções;
- Promover a formação externa e interna, como instrumento de capacitação e melhoria do nível de competências profissionais;
- Assegurar o cumprimento da formação no âmbito do processo de acreditação/certificação da ULSASI;
- Promover o ensino na ULSASI através da elaboração de protocolos de colaboração com outras instituições.

Ação III – Desenvolvimento Profissional Contínuo

O Desenvolvimento Profissional Contínuo (DPC) é fundamental para o crescimento pessoal e profissional, dos profissionais de diferentes carreiras. Refere-se ao processo constante de melhorar conhecimentos e competências ao longo do tempo para se manter relevante e bem preparado para os desafios num ambiente de trabalho, como o do setor da saúde, que está em constante evolução. A ULSASI terá em conta os seguintes pontos-chave:

- *Aprendizagem ao Longo da Vida*: Reconhecimento de que a aprendizagem não deve parar após a conclusão da formação base de cada um. Profissionais bem-sucedidos vêem a aprendizagem como um processo contínuo ao longo das suas carreiras e a instituição deve apoiar sempre que possível.
- *Desenvolvimento de Skills*: O DPC envolve o desenvolvimento de *hard skills*, *soft skills* e competências relevantes para o campo de atuação dos profissionais. Isso pode incluir formação, cursos, *workshops* e experiências práticas dinamizadas dentro da instituição.
- *Crescimento na Carreira*: A instituição irá desenvolver mecanismos de criação de oportunidades de crescimento nas diferentes carreiras. Para o efeito é fundamental a ligação com a formação e a atribuição do estatuto de ULSASI Universitária.
- *Adaptação a Novas Tecnologias*: Com a rápida evolução da tecnologia no setor da saúde, é essencial que os profissionais se mantenham atualizados sobre as últimas ferramentas e soluções tecnológicas relevantes para o seu campo de atuação. A instituição tem a responsabilidade de criar oportunidades de aprendizagem dentro e fora da mesma, para que esta atualização se concretize.
- *Networking* e Colaboração: Organização e participação conjunta, entre CSP e CSH, de eventos, conferências e grupos de trabalho com vista a ampliar a rede de contactos e à partilha de conhecimentos por todos os profissionais dentro da instituição.

Torna-se assim essencial a manutenção e crescimento do atual Centro de Formação da ULSASI que permita garantir a formação e atualização contínua em todos os grupos profissionais.

Ação IV – Condições de Trabalho

As condições de trabalho desempenham um papel fundamental no bem-estar, na produtividade e na satisfação dos profissionais. Elas referem-se ao ambiente físico, emocional e psicológico em que os colaboradores realizam as suas tarefas. Condições de trabalho adequadas são essenciais para promover um ambiente saudável e motivador. Foi efetuado um levantamento das condições de trabalho e infraestruturas em todos os edifícios e projetada a resolução dos problemas encontrados, em estreita relação que existe com o poder local e respetiva descentralização de competências (concluída no Município da Amadora e iniciada no Município de Sintra para a respetiva formalização a ocorrer futuramente). Aqui estão alguns pontos importantes a serem considerados pela ULSASI sobre as condições de trabalho no seu todo:

- *Ambiente Físico*: Um ambiente de trabalho confortável e seguro é crucial. Isso inclui aspetos como iluminação adequada, ventilação, temperatura controlada, mobiliário ergonómico e instalações sanitárias adequadas.
- *Saúde e Segurança*: As condições de trabalho devem estar em conformidade com as normas de saúde e segurança ocupacional. Os profissionais devem ter acesso a formação sobre procedimentos de segurança e apropriados equipamentos de proteção individual, quando necessário.
- *Políticas de Diversidade e Inclusão*: A promoção de um ambiente inclusivo e diversificado é fundamental para criar condições de trabalho que respeitem a singularidade de cada profissional.
- *Carga de Trabalho*: Uma carga de trabalho equilibrada é importante para evitar a exaustão dos profissionais. Expectativas realistas e uma distribuição justa de tarefas são fundamentais.
- *Horários Flexíveis*: Oferecer opções de horários flexíveis ou teletrabalho, nas funções que o permitam, pode melhorar a qualidade de vida dos profissionais e contribuir para um melhor equilíbrio entre trabalho e vida pessoal.
- *Ambiente Psicossocial*: Um ambiente psicossocial positivo, inclui relacionamentos saudáveis entre colegas e líderes, comunicação aberta e clara e um clima de respeito e colaboração.
- *Bem-Estar Mental*: O suporte ao bem-estar mental, como acesso a recursos de saúde mental e redução do estigma associado, é cada vez mais reconhecido como parte importante das condições de trabalho.
- *Gestão do Stress*: Estratégias para lidar com o stress, como pausas regulares, programas de *mindfulness*, *team building* e apoio psicológico, podem melhorar as condições de trabalho e evitar o *Burnout*.

Profissionais motivados, diferenciados, com elevadas qualificações e competências técnicas e comprometidos com a instituição são o capital mais precioso. O setor da saúde em Portugal no geral e a ULSASI em particular, possui dos melhores e mais bem formados profissionais, caracterizando-se por possuir recursos humanos motivados, comprometidos institucionalmente e altamente qualificados.

Eixo 3 – Inovação e Sustentabilidade

A interseção entre inovação e sustentabilidade na área da saúde é um tópico crítico no desenvolvimento dos sistemas de saúde modernos.

A inovação na área da saúde tem vindo a transformar profundamente a maneira como abordamos o cuidado do utente. No entanto, é nos CSP que essa inovação pode ter o maior impacto tanto para os utentes como para o sistema de saúde como um todo. Investir e valorizar os CSP é crucial para garantir que a população tenha acesso a cuidados de qualidade, enquanto contribui para a sustentabilidade financeira do sistema.

Os CSP atuam como a porta de entrada para o sistema de saúde, e é nesse nível que a inovação pode ser mais eficazmente implementada. Tecnologias como a telemedicina e sistemas de gestão de informação melhoram a acessibilidade e a eficiência dos cuidados, permitindo que os pacientes recebam serviços de saúde de forma mais conveniente e oportuna. Além disso, essa abordagem pode aliviar a pressão sobre os serviços hospitalares, reduzindo custos e melhorando a experiência do utente.

Outro aspeto crucial é o papel dos CSP na prevenção e no controlo de doenças crónicas. Inovações em programas de rastreio, gestão de dados de saúde e educação para a saúde têm o potencial de identificar e gerir precocemente problemas de saúde, evitando complicações graves e dispendiosas. Isso não apenas beneficia a saúde dos utentes, mas também reduz os custos globais do Serviço Nacional de Saúde.

A integração de cuidados é uma estratégia adicional que impulsiona a inovação e a sustentabilidade na área da saúde. Ao coordenar cuidados entre profissionais de diferentes especialidades, podemos fornecer tratamentos mais abrangentes e eficazes aos utentes. Esta abordagem reduz a fragmentação dos cuidados e minimiza a duplicação de serviços, contribuindo para uma utilização mais eficiente dos recursos do sistema de saúde.

Além disso, a integração de cuidados permite uma visão holística da saúde dos utentes, considerando fatores sociais e ambientais. Ao abordar questões ambientais e promover estilos de vida saudáveis, podemos contribuir para um sistema de saúde mais sustentável e resiliente. Esta abordagem é vital, uma vez que a saúde da população está intrinsecamente ligada à saúde do planeta.

Em síntese, a inovação e a sustentabilidade na área da saúde estão inexoravelmente ligadas aos CSP e à integração de cuidados. Estas estratégias não apenas melhoram a qualidade do cuidado ao paciente, mas também contribuem para a eficiência e sustentabilidade do sistema de saúde como um todo. É essencial que continuemos a investir e a promover estas abordagens, pois são fundamentais para um sistema de saúde mais eficaz, acessível e sustentável.

No modelo ULS deverão ser considerados os ODS 1, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12 e 17 como alvos de intervenção no âmbito da ULSASI.

Ação I – Sistema de informação Unificado/Único

Com a constituição da ULSASI do ponto de vista dos sistemas de informação (postos de trabalho, aplicações (clínica e não clínica), infraestrutura e conhecimento) há a necessidade de caracterizar

a realidade das 4 instituições (HFF, CSP Amadora e Sintra e Hospital de Sintra). Numa lógica de implementação de sistemas de informação transversais à ULSASI é fundamental a ligação entre os sistemas existentes e, a muito curto prazo, em 2025, evoluir para sistemas de informação únicos dentro das diferentes unidades, quer clínicos, quer de gestão de doentes, de informação, logísticos e financeiros.

Os desafios que se apresentam são os seguintes:

Postos de trabalho

No que diz respeito a postos de trabalho enquadrados: computadores fixos, computadores móveis, tablets, impressoras, telefones.

- Computadores fixos e portáteis – garantir a compatibilidade técnica com soluções transversais que garantam a adequada partilha da informação.
- Tablets – O HFF não utiliza tablets para a prática clínica ou não clínica uma vez que não possui sistema de informação que faça gestão de dispositivos móveis e que consequentemente garanta a segurança da informação.
- Impressoras – Parque de impressoras/multifunções/digitalizadores, por forma a garantir compatibilidade com soluções e infraestrutura que suporta o HFF e que permita gerir o parque a ULSASI centralmente.
- Telefones – Centrais telefónicas e avaliar viabilidade de centralização numa única central telefónica. Desta forma, estimam-se ganhos com economias de escala, potenciando a redução de gastos de comunicações.

Aplicações

O HFF utiliza aplicações informáticas que não são as disponibilizadas pela SPMS, do ponto de vista core: para os registos administrativos ainda é utilizado o Sistema de Informação (SI) Hosix e do como processo clínico transversal ao hospital é utilizado o *Soarian Clinicals*. Está em curso, o HFF em conjunto com a SPMS implementar a solução SONHO/SClinico em detrimento do atual HOSIX/SOARIAN. Existem outros sistemas em uso, do ponto de vista departamental, nomeadamente na área dos MCDT.

Nos CSP a consolidação das múltiplas bases de dados e a utilização do SClinico, de modo generalizado para os vários grupos profissionais, facilitará a consolidação da informação a este nível.

Esta heterogeneidade de sistemas dificulta ainda, o acesso à informação, assim como a transversalidade de práticas e processos, e consequentemente dificultará a uniformização da informação: registo e *reporting*.

Com o apoio da SPMS e dos fornecedores dos sistemas está a ser trabalhado um modelo de integração que garanta a informação essencial para a prática de cuidados e para a faturação da atividade, alinhada com o novo modelo de Contrato-Programa.

Infraestrutura

A infraestrutura do HFF é obsoleta e continuará a ser renovada durante o próximo ano. Esta renovação será fundamental para suportar a atividade a realizar-se no Hospital de Sintra (HS). A

atualização da infraestrutura relativa aos sistemas de virtualização, *storage* e *backups* irá prosseguir.

É ainda fundamental manter a infraestrutura de rede para que se possa antecipar as necessidades tecnológicas para centralizar a gestão e suporte. Só desta forma poderemos ter uma unidade totalmente integrada. Quando falamos de redes é referente a equipamentos ativos, controladoras de rede, DNS, entre outros.

Toda a reestruturação deverá ser acompanhada da elaboração de planos de contingência e de acesso à informação transversais em caso de indisponibilidade de dados devido a eventuais ataques informáticos ou catástrofe.

Gestão do conhecimento

A integração das equipas da área de TI, hospitalar e dos CSP, tem sido concretizada de forma consistente permitindo assegurar a passagem de conhecimento. Os riscos de perda de informação são críticos e poderão pôr em causa a atividade diária das unidades.

O conhecimento necessário é não só referente ao dia a dia do suporte às unidades, mas também relativo aos contratos de manutenção existentes (*Printing*, Telecomunicações ou Reparações), aquisições em curso, localização e suporte aos *DataCenters*, entre outros.

Pretende-se continuar o esforço de reforço do Serviço de Sistemas de Informação, por forma a assegurar os níveis de suporte adequados às unidades que integram a ULSASI.

Salienta-se o objetivo de consolidar a migração dos domínios, garantindo o acesso transversal pelos profissionais do HFF e CSP, das plataformas clínicas e não clínicas, em utilização na ULSASI.

Ação II – Melhoria Contínua dos Processos Internos e Áreas de Suporte

A concretização dos objetivos da integração vertical ao nível da melhoria da eficiência exige a coordenação entre as diferentes organizações e unidades na dimensão funcional.

A organização de funções e atividades básicas das diferentes Unidades, nas áreas de apoio à operação é fator crítico de sucesso para que a integração funcional de âmbito clínico possa decorrer sem constrangimentos ou limitações.

Para tal, será necessário continuar com a uniformização de procedimentos administrativos e processos de trabalho entre as diferentes Unidades da ULSASI, bem como a centralização de procedimentos ao nível de várias áreas de suporte, nomeadamente, gestão de recursos humanos, gestão financeira, gestão das instalações e equipamentos, gestão logística e da cadeia de abastecimento, gestão de transportes e gestão do medicamento.

Para responder a esta necessidade será necessário, aprofundar o mapeamento dos fluxos de valor de cada uma destas áreas, desenhando e analisando detalhadamente os processos existentes. Desta forma, será possível capturar as atividades-chave de cada processo, identificar aquelas que não adicionam valor ao processo em análise e identificar os ajustes e as alterações a introduzir para garantir que integração funcional entre todas as unidades da ULSASI se concretiza.

Atendendo que não existem processos perfeitos e que as organizações assentam em dinâmicas próprias e evolução constante, será necessário adotar metodologias de melhoria contínua da

qualidade que passem a fazer parte da cultura e rotinas diárias desta nova Unidade de Saúde e que permitam através de um mecanismo constante de monitorização, perseguir a perfeição, reduzir o desperdício e a variabilidade, entregando serviços de suporte ao cliente interno com a qualidade certa, com eficácia (de acordo com as suas especificações) e com eficiência (com o menor consumo de recursos e o menor custo de produção).

Eixo 4 – Identidade ULSASI

A Unidade Local de Saúde (ULS) Amadora/Sintra, desde a sua criação, tem desempenhado um papel central na prestação de cuidados de saúde integrados e humanizados às populações dos concelhos da Amadora e Sintra. Como Unidade Local de Saúde, a sua identidade reflete o compromisso de assegurar a continuidade dos cuidados, articulando os serviços hospitalares e os cuidados de saúde primários, sempre com foco no utente e na qualidade.

Com a publicação do Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, o Governo estabeleceu novas diretrizes para a uniformização da imagem das Unidades Locais de Saúde (ULS), promovendo uma identidade visual comum que reflete os valores da proximidade, acessibilidade e eficiência no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Este passo reforça a coesão das ULS em Portugal, conferindo-lhes maior visibilidade e reconhecimento como entidades públicas empresariais responsáveis pela gestão integrada dos cuidados de saúde.

A uniformização fortalece a ligação das Unidades Locais de Saúde ao Serviço Nacional de Saúde (SNS), reafirmando a missão de prestar cuidados baseados na excelência, inovação e inclusão das comunidades que servem. A nova identidade visual apresenta-se como um símbolo da modernidade e da unidade das ULS no esforço conjunto de responder aos desafios da saúde do futuro.

Deste modo, a ULS Amadora/Sintra renova o seu compromisso com os utentes, profissionais e parceiros, reforçando a visão estratégica que coloca as pessoas no centro da sua atuação e que inspira confiança como pilar do SNS.

Ação I – Nova Imagem ULSASI

A nova identidade visual da ULS Amadora/Sintra reflete as entidades que a compõem, promovendo integração, modernidade e coesão. Representa a continuidade e a colaboração entre cuidados primários e hospitalares, criando uma marca forte e única que valoriza a singularidade de cada unidade.

A ULS Amadora/Sintra é responsável por prestar cuidados de saúde a uma população de cerca de 600.000 habitantes, abrangendo os concelhos da sua área de influência direta. As suas Unidades de Saúde Integradas incluem:

- Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca (HFF)
- Hospital de Sintra
- Cuidados de Saúde Primários da Amadora
- Cuidados de Saúde Primários de Sintra

- Saúde Pública de Amadora
- Saúde Pública de Sintra

Com uma nova abordagem organizacional, clínica e assistencial, a ULS Amadora/Sintra centra-se na qualidade dos serviços, adotando uma estrutura capaz de responder às necessidades da população.

Com um design contemporâneo, posiciona a ULS Amadora/Sintra como uma instituição inovadora, preparada para os desafios futuros, e reforça o compromisso com um atendimento humano, de qualidade e centrado nos utentes. Este símbolo que inspira confiança, unindo todas as entidades numa visão comum de excelência e proximidade em saúde.

A nova imagem visual é também um reflexo do trabalho conjunto de todas as unidades da organização, com o objetivo de oferecer um atendimento integrado, humano e de excelência às populações dos dois concelhos que serve.

Ação II – Estratégia Comunicação interna e externa

A comunicação estratégica da ULS Amadora/Sintra é um pilar essencial para consolidar a sua nova identidade institucional, reforçar a confiança da comunidade e destacar o papel fundamental da organização na prestação de cuidados de saúde integrados e de qualidade.

Objetivos:

- *Fortalecer a Identidade e Imagem Institucional*
- *Valorizar os Profissionais e as Unidades Integradas*
- *Comunicar para a Comunidade:* Reforçar o diálogo com os utentes e divulgar os serviços disponíveis e os benefícios da integração de cuidados.
- *Comunicação para os Profissionais:* Manter os colaboradores informados sobre objetivos, inovações e mudanças.
- *Gestão de Crises e Reputação:* Atuar de forma proactiva na gestão de crises, preservando a reputação da instituição e transmitindo segurança sobre a continuidade dos serviços e o compromisso com os utentes. Manter os colaboradores informados durante situações de crise, com transparência e clareza nas mensagens.
- *Foco na Inovação e Sustentabilidade:* Comunicar os avanços tecnológicos, as novas abordagens clínicas e os projetos estratégicos, como a futura integração do Hospital de Sintra.
- *Enfatizar a Eficiência e Sustentabilidade dos Serviços Prestados.*
- *Promover a Literacia em Saúde:* através de campanhas institucionais, incluindo conteúdos educativos como vídeos, infográficos ou artigos, sobre temas de saúde relevantes para a comunidade, como prevenção, cuidados contínuos e promoção da saúde, em redes sociais, website e outros materiais de comunicação.

Canais e Estratégias

Plataformas Digitais:

- Website e redes sociais para conteúdos regulares e campanhas temáticas, como a valorização dos profissionais e dos serviços da ULS Amadora/Sintra.
- Publicação de vídeos e testemunhos que reforcem a humanização dos cuidados e a dedicação dos profissionais.
- Publicação de notícias, boletins informativos, newsletters e outros eventos de interesse de todos os profissionais na intranet.

Campanhas Internas:

- Envolver os colaboradores nas ações para o fortalecimento da marca institucional e criar materiais informativos que unifiquem as mensagens transmitidas a utentes e stakeholders. Valorizar os profissionais, seja através de campanhas internas, depoimentos ou reconhecimentos formais.

Eventos e Iniciativas:

- Organizar eventos de proximidade para humanizar a relação com a comunidade.
- Participar em fóruns e encontros estratégicos, reforçando o posicionamento institucional e contribuir positivamente para Literacia em Saúde.

Relacionamento com a Imprensa:

- Estabelecer relações sólidas com os meios de comunicação para divulgar conquistas e gerir narrativas sensíveis.
- Preparar porta-vozes para entrevistas e declarações públicas.

Public Affairs:

- Estabelecer um diálogo contínuo com os decisores políticos e autoridades de saúde.
- Manter um acompanhamento próximo de mudanças regulatórias e legais.
- Gestão de Relações com Stakeholders dos Setores Público e Privado.

Monitorização e Avaliação:

- Acompanhar o impacto das campanhas e ajustar estratégias conforme necessário.
- Utilizar indicadores de comunicação para medir a perceção pública e a satisfação dos utentes.

Conclusão

É essencial alinhar o posicionamento estratégico da ULS Amadora/Sintra, visando consolidá-la como uma referência de excelência na área da saúde. Com objetivos bem definidos, a comunicação deve ser direcionada para destacar os pontos fortes da instituição, promover a inovação e a qualidade dos cuidados prestados e garantir que todos os públicos, internos e externos, compreendem e se identificam com a missão e os valores da ULS Amadora/Sintra.

Com esta abordagem, será possível fortalecer a imagem institucional, aumentar a visibilidade dos profissionais e serviços, e posicionar a ULS Amadora/Sintra como um *player* de referência, fomentar um maior nível de conhecimento e esclarecimento da população sobre temas que influenciam diretamente a sua saúde e bem-estar.

3. RECURSOS HUMANOS

A ambicionada reforma estrutural do Serviço Nacional de Saúde tem provocado uma elevada exigência na determinação de metas de eficiência dos Hospitais, ao nível do acesso, da excelência assistencial e do desempenho económico-financeiro.

Neste contexto, e de forma a serem alcançadas as metas a que a Unidade Local de Saúde Amadora/Sintra se propõe, é imprescindível reforçar as dotações de Recursos Humanos (RH), dos diversos serviços e, em simultâneo, desenvolver estratégias de intervenção organizacional geradoras da competência profissional, individual e de grupo para uma política de recursos humanos, numa lógica de qualidade e que assenta no reconhecimento, valorização e desenvolvimento profissional.

A importância pela gestão estratégica de recursos humanos reflete a preocupação crescente nas pessoas, como os elementos-chave para o sucesso organizacional. De facto, não basta dispor da mais avançada tecnologia e de uma base financeira sólida, se tais atributos não forem sustentados por uma força de trabalho motivada, competente e produtiva. Neste enquadramento constitui objetivo estratégico de recursos humanos da ULSASI, promover uma forte cultura do desempenho e da comunicação organizacional, alinhada com a missão e a estratégia global do Hospital, que potencie a valorização e motivação dos profissionais de forma a reforçar a diferenciação, elemento essencial para melhorar os cuidados assistenciais aos nossos doentes. Para concretizar tal desiderato, constitui objetivo estratégico desta ULS construir, desenvolver e pôr em prática, as competências e as aptidões, organizacionais e individuais, que permitam atingir níveis de excelência, adoção de políticas exigentes e alinhadas com a estratégia da organização, suportadas por um sistema integrado de gestão de recursos humanos que deve apontar para um planeamento rigoroso que permita aplicar as linhas de atuação em matéria de recrutamento e de seleção dos melhores profissionais, da sua integração na ULS, do seu desenvolvimento, motivação e envolvimento com a organização.

É igualmente preocupação desta ULS a adoção de medidas de conciliação da vida pessoal e profissional, que possibilite o aumento da motivação dos profissionais bem como a redução do absentismo, com vista à obtenção de maior eficiência na prestação de serviços aos doentes.

Tendo presente as metas a que nos propomos, e sem descurar as normas de contenção de custos com pessoal, a ULSASI elaborou o mapa de pessoal para o ano de 2025 de forma criteriosa, tendo sempre em conta a sustentabilidade económico-financeira.

A proposta de mapa de pessoal para 2025 considera a abertura do Hospital de Sintra (HS) no 1.º trimestre de 2025, o qual irá destinar-se a servir uma população de proximidade do Concelho de Sintra, num total de cerca de 386 mil habitantes atualmente servidos pelo HFF, representando um aumento da área de influência atual na Saúde Mental, sendo que será um Hospital com foco na prestação de Cuidados de Ambulatório Programados num conjunto alargado de especialidades, dispondo também no seu perfil de um Serviço de Urgência Básica e de Internamento de Convalescença.

3.1. Mapa de Pessoal Global para 2025

O mapa de pessoal para 2025 considera um total de 5.668 colaboradores permanentes, tendo sido excluídos os colaboradores em regime de substituição de trabalhadores temporariamente ausentes.

Face à estimativa de fecho de 2024, é proposto um aumento de 963 profissionais, dos quais 531 são ainda necessários para a abertura do Hospital de Sintra e 55 são médicos internos, cuja colocação está dependente de concurso nacional centralizado.

Deste total de 963 contratações para 2025, 734 encontram-se já autorizadas no PDO de 2024, em agosto, sendo a sua maioria para o Hospital de Sintra (531), cuja abertura foi adiada para 2025, em data a definir, pelo que a admissão dos trabalhadores para esta nova Unidade está condicionada por este motivo.

As restantes 203 contratações para o HFF e CSP encontram-se em curso através dos respetivos processos de recrutamento, sendo de salientar que 53% destas vagas (108) são referentes a médicos e enfermeiros, cuja dificuldade de recrutamento e retenção são um efetivo problema devido à escassez destes profissionais no mercado de trabalho.

Em suma, a real necessidade de contratações para 2025 são de 229 profissionais (sem dirigentes, médicos e médicos internos, o número de trabalhadores a contratar são apenas de 134).

Quadro 13 – Contratações para 2025 da ULS Amadora/Sintra EPE, por grupo profissional

Grupo Profissional	Fecho 2024 revisto	Orç 2025	Contratações 2025	Vagas aprovadas PDO 2024 (recrutamento em curso)					Reais necessidades
				Hospital Sintra	CSP Amadora	CSP Sintra	HFF	Total	
Órgãos Sociais	8	10	2						2
Dirigentes	37	64	27	4	1	1	3	9	18
Médicos	740	860	120	56	10	34		100	20
Médicos Internos	361	416	55						55
Enfermeiros	1.550	1.877	327	186	9	16	39	250	77
Técnicos Superiores de Saúde	67	98	31	5	2	15	1	23	8
Técnicos de Diag. Terapêutica	330	388	58	38	2	9	8	57	1
Técnicos Superiores	125	154	29	16		5	5	26	3
Ed. Infância	3	3							
Informáticos	12	15	3	2		1		3	
Assistentes Técnicos	596	724	128	87		8	12	107	21
Assistentes Operacionais	876	1.059	183	137	1	12	9	159	24
Total	4.705	5.668	963	531	25	101	77	734	229

O aumento global é composto por 2 órgãos sociais, 27 dirigentes, 120 médicos, 55 médicos internos, 327 enfermeiros, 58 técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, 29 técnicos superiores, 31 técnicos superiores de saúde, 3 informáticos, 128 assistentes técnicos e 183 assistentes operacionais/técnicos auxiliares de saúde.

Quadro 14 – Mapa de Pessoal para 2025 da ULS Amadora/Sintra EPE, por grupo profissional

Grupo Profissional	dez/24	dez/25	Δ 2025/2024	
Órgãos Sociais	8	10	2	25,0%
Dirigentes	37	64	27	73,0%
Médicos	740	860	120	16,2%
Médicos Internos	361	416	55	15,2%
Enfermeiros	1.550	1.877	327	21,1%
Técnicos Superiores de Saúde	67	98	31	46,3%
Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica	330	388	58	17,6%
Técnicos Superiores	125	154	29	23,2%
Ed. Infância	3	3		0,0%
Informáticos	12	15	3	25,0%
Assistentes Técnicos	596	724	128	21,5%
Assistentes Operacionais	876	1059	183	20,9%
Total	4.705	5.668	963	20,5%

O aumento de dotação proposto para a ULS Amadora/Sintra (ULSASI) tem um custo de 4.574.898€, tendo sido a maioria das novas contratações consideradas para o 2º semestre de 2025.

Quadro 15 – Custos das novas contratações em 2025 para a ULSASI

Grupo Profissional	Nº	Ordenados	SF	SN	Encargos	SR	Total
Órgãos Sociais	2	46.158	5.133	2.566	12.791	1.512	68.159
Dirigentes	18	327.735	54.133	27.067	97.122	13.608	519.665
Médicos	20	393.704	65.617	32.809	116.881	15.120	624.131
Médicos Internos	55	1.157.911	96.493	48.246	309.379	41.580	1.653.609
Enfermeiros	77	688.958	114.826	57.413	204.534	58.212	1.123.943
Técnicos Superiores de Saúde	8	76.315	12.719	6.360	22.656	6.048	124.097
Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica	1	7.826	1.304	652	2.323	756	12.862
Técnicos Superiores	3	24.948	4.158	2.079	7.406	2.268	40.859
Ed. Infância	0				0		0
Informáticos	0				0		0
Assistentes Técnicos	21	116.231	19.372	9.686	34.506	15.876	195.671
Assistentes Operacionais/TAS	24	125.257	20.876	10.438	37.186	18.144	211.901
Total	229	2.965.042	394.632	197.316	844.785	173.124	4.574.898

3.2. Mapa Análise do Mapa de Pessoal por Grupo Profissional

Médicos

Para além dos 100 médicos aprovados no PDO 2024, para 2025 é identificada a necessidade de 20 médicos para dotar os serviços identificados na tabela infra, de forma a reduzir o recurso a prestadores de serviços, redução das listas esperas e melhoria nos acessos aos Serviços de Urgência e tem um custo estimado de 624.131€ (6 meses de custo).

Quadro 16 – Necessidades de Médicos 2025, por unidade e subespecialidade

Unidade	Serviço	Novos Postos Trabalho 2025	Fundamentação
HFF	Dermatologia	1	Aumento de atividade
HFF	Ginecologia	1	Substituição de médicos que cessaram funções
HFF	Hospitalização Domiciliária	1	Suporte ao alargamento da lotação, até entre 20 e 25 camas
HFF	Imunológico	1	Resposta à lista de espera de primeiras consultas, subsequentes e exames
HFF	Medicina Física e de Reabilitação	1	Necessidade de fisiatras com diferenciação em reabilitação pediátrica
HFF	Neonatologia	1	Aumento de atividade
HFF	Neurorradiologia	1	Aumento de atividade
HFF	Obstetrícia	1	Substituição de médicos que cessaram funções
HFF	PPCIRA	1	Aumento de atividade
HFF	Unidade da Dor	1	Reforço de médico/a com competência na medicina da dor
HFF	Unidade de AVC	1	Resposta à lista de espera de primeiras consultas, subsequentes e exames
HFF	Unidade Integrada de Diabetes	1	Reforço do Projeto Hospital Dia Diabetes
HFF	Urgência Geral	1	Reforço da equipa fixa
HFF	Urgência Pediátrica	1	Reforço da equipa fixa
HFF	Hospitalização Domiciliária Pediátrica	1	Aumento de atividade
HS	Anestesiologia	1	Aumento de atividade
CSP Sintra	UCSP Aqualva	1	Reforço da equipa para dotação segura - 1Méd/ 1750 utentes
CSP Sintra	UCSP Algueirão	1	Reforço da equipa para dotação segura - 1Méd/ 1750 utentes
CSP Sintra	UCSP Monte Abraão	1	Reforço da equipa para dotação segura - 1Méd/ 1750 utentes
CSP Sintra	Juntas Médicas	1	Resposta atempada aos pedidos de Junta Médica (60 dias)
Total		20	

Médicos Internos

No que se refere aos médicos internos, estima-se um aumento de 55 profissionais, totalizando 416 médicos internos (60 de formação geral e 356 de formação específica). A contratação dos médicos internos durante o ano completo de 2025 tem um custo de 1.653.609€.

Enfermeiros

Relativamente ao grupo profissional de enfermagem, o aumento de 77 postos de trabalho visa dar resposta às atividades/projetos indicadas na tabela infra e tem um custo estimado de 1.123.943€ (6 meses de custo).

Quadro 17 – Necessidades de Enfermeiros 2025, por unidade e subespecialidade

Unidade	Serviço	Novos postos trabalho 2025	Fundamentação
HFF	Bloco Operatório	4	Abertura de sala ao fim-de-semana
HFF	Cardiologia	5	Abertura da Unidade de Insuficiência Cardíaca
HFF	Cirurgia Geral	3	Aumento de dotações seguras
HFF	Equipa Gestão de Camas e Altas	1	Reforço da Unidade de Convalescença no Hospital de Sintra
HFF	Gastroenterologia	1	Alargamento da atividade
HFF	Ginecologia	2	Aumento do número de camas
HFF	Hospital Dia Polivalente	2	Alargamento de horário
HFF	Hospitalização Domiciliária	2	Aumento da dotação de camas
HFF	Medicina Interna 1	5	Aumento de dotações seguras
HFF	Medicina Interna 2	5	Aumento de dotações seguras
HFF	Medicina Interna 3	5	Aumento de dotações seguras + abertura de Intermédios
HFF	Medicina Interna 4	5	Aumento de dotações seguras
HFF	Neonatologia	4	Unidade Nível III
HFF	Neurologia	2	Reposição dotação (4) + aumento de dotações seguras (10)
HFF	Obstetrícia	2	Aumento de dotações seguras na ala das grávidas
HFF	Oncologia	2	Alargamento de horário
HFF	Ortopedia	2	Aumento de dotações seguras + projecto de ortogeriatrics
HFF	Pneumologia	2	Alargamento de horário + aumento de atividade
HFF	Psiquiatria e Saúde Mental de Adultos	2	Abertura de nova ala de Psiquiatria
HFF	UCIC	2	Atividade de pacing
HFF	Unidade de AVC	3	Aumento de dotações seguras + abertura de Intermédios
HS	Cirurgia Ambulatória	9	
CSP Sintra	CSP Sintra	4	
CSP Amadora	CSP Amadora	3	
Total		77	

Técnicos Superiores de Saúde

Com referência aos Técnicos Superiores de Saúde para a ULSASI, é necessário um reforço de 10 contratações, previstas para o 2.º semestre de 2025, com um custo de 124.097€.

Quadro 18 – Necessidades de Técnicos Superiores 2025, por unidade e subespecialidade

Entidade	Serviço	Novos postos trabalho 2025	Fundamentação
HFF	Farmácia	1	Resposta à preparação de antineoplásicos que duplicaram no último ano; à dispensa de medicamentos a utentes em ambulatório; à validação farmacêutica das prescrições, atividades de farmácia clínica e implementação de consulta farmacêutica em algumas áreas
HFF	Psicologia	1	Reforço de equipa
HS	Farmácia	1	Reforço de equipa
HS	Unidade de Convalescença	1	Reforço de equipa
CSP Amadora	Zonas Comuns CSP	1	Necessidade de reforço de psicólogo
CSP Sintra	UCC Abraçar Queluz	1	Psicólogo (1 - 0,4 ETC) - Apoio a cuidadores e utentes e NACJR
CSP Sintra	UCC Albus Petra	1	Psicólogo (1 - 0,11 ETC) - Apoio a cuidadores e utentes e NACJR
CSP Sintra	Zonas Comuns CSP	1	Necessidade de reforço de psicólogo
Total		8	

Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica

Para além das 23 contratações que se encontram em curso com origem na aprovação do PDO 2024, é identificada a necessidade de contratação de 1 TSDT em 2025 para a farmácia e com um custo estimado de 12.862€.

Técnicos Superiores

Com referência aos Técnicos Superiores estima-se a necessidade de reforço de 3 profissionais nas áreas de suporte organizacional, e com um custo para o 2.º semestre de 2025 de 40.859€.

Assistentes Técnicos

Relativamente aos Assistentes Técnicos foi considerado um aumento de 21 postos de trabalho, com um custo de 195.671€ no 2.º semestre de 2025, conforme discriminado na tabela que a seguir se apresenta.

Quadro 19 – Necessidades de Assistentes Técnicos 2025, por unidade e subespecialidade

Entidade	Serviço	Novos postos trabalho 2025	Fundamentação
HFF	Compras e Logística	1	Reforço para o setor de material de consumo clínico, face ao aumento de dispositivos médicos, em que será necessário assegurar elementos afetos à instrução de procedimentos anuais
HFF	Receção	1	Reforço da equipa
HFF	Medicinas	2	Reforço da equipa
HFF	Gastroenterologia	1	Reforço da equipa
HFF	Urgência Geral	2	Reforço da equipa
HS	Urgência Básica	2	Reforço da equipa
HS	Unidade de Convalescença	2	Reforço da equipa
HS	Central Telefónica	2	Reforço da equipa
CSP Amadora	Zonas Comuns CSP	2	Reforço da equipa
CSP Sintra	UCSP Agualva	1	Dotação segura - 1AT/ 1750 utentes
CSP Sintra	UCSP Algueirão	2	Dotação segura - 1AT/ 1750 utentes
CSP Sintra	UCSP Casal de Cambra	1	Dotação segura - 1AT/ 1750 utentes
CSP Sintra	UCSP Monte Abraão	1	Dotação segura - 1AT/ 1750 utentes
CSP Sintra	UCSP S. João das Lampas	1	Dotação segura - 1AT/ 1750 utentes
Total		21	

Técnicos Auxiliares de Saúde (TAS) / Assistentes Operacionais

No que se refere aos TAS, prevê-se a necessidade de reforço de 24 postos de trabalho no 2.º semestre de 2025, conforme evidenciado na tabela que a seguir se apresenta, e com um custo estimado de 211.901€.

Quadro 20 – Necessidades de Assistentes Operacionais 2025, por unidade e subespecialidade

Entidade	Serviço	Novos postos trabalho 2025	Fundamentação
HFF	Psiquiatria e Saúde Mental de Adultos	10	Abertura de nova ala de Psiquiatria
HFF	Compras e Logística	1	Assistente Operacional para o Armazém Central - picking das Unidades de Saúde
HS	Cirurgia Ambulatória	5	Reforço da equipa
HS	Unidade de Convalescença	4	Reforço da equipa
HS	Instalações e Equipamentos	1	Motorista
CSP Sintra	Zonas Comuns CSP	3	Medicina Dentária; Unidades Funcionais; Juntas Médicas; Armazém e Frota
Total		24	

Dirigentes

O aumento de 20 dirigentes (onde se incluem administradores hospitalares e diretores de serviço de áreas de suporte), é justificado pelo aumento da estrutura organizacional da ULSASI, e do novo Regulamento Interno proposto, e representa um custo de 577.406€.

Quadro 21 – Necessidades de Dirigentes 2024, por unidade e subespecialidade

Entidade	Serviço	Novos postos trabalho 2025
HFF	Serviço Social	2
HFF	Compras e Logística	4
HFF	Gestão Financeira	2
HFF	Instalações e Equipamentos	2
HFF	Planeamento e Controlo de Gestão	2
HFF	Produção	1
HFF	Qualidade e Segurança	2
HFF	Recursos Humanos	2
HFF	Sistemas de Informação	1
HS	Produção	2
Total		20

4. ATIVIDADE ASSISTENCIAL E INDICADORES DE DESEMPENHO

4.1. Atividade Assistencial

A atividade proposta para 2025 apresenta crescimentos significativos em algumas áreas de atividade no objetivo de melhorar o acesso a cuidados de saúde das populações dos Concelhos de Amadora e Sintra.

Importa referir que foram assumidos os seguintes pressupostos:

- Reforço das equipas clínicas de CSP com a contratação de 4 MGF para aumentar a cobertura de Médico de Família;
- Reforço das equipas de diversas especialidades do HFF com o objetivo de aumentar a capacidade de resposta; reduzir as listas de espera para a consulta e cirurgia; reduzir a dependência de prestadores de serviço em algumas áreas de atividade como sendo as urgências e reduzir de forma substancial o recurso a horas extraordinárias;
- Reforço das equipas do Departamento de Saúde Mental considerando o alargamento da capacidade de internamente em 25 camas e alargamento da área de intervenção para todos o Concelho de Sintra;
- Contratação de 963 profissionais, dos quais 531 são ainda necessários para a abertura do Hospital de Sintra e 55 são médicos internos, cuja colocação está dependente de concurso nacional centralizado.
- Reforço das equipas de Hospitalização Domiciliária quer na área de adultos quer pediátrica, permitindo o aumento de camas de internamento no exterior e melhorando a prestação de cuidados às populações;
- Aumento do número de internos tanto nos CSH como nos CSP como sinal de uma clara aposta na formação e um investimento no futuro.

Desta forma, a atividade para 2025 proposta apresenta crescimentos tanto nos CSP como nos CSH que se encontram explanados no quadro da produção base para o triénio de 2025 a 2027.

Quadro 22 – Mapa de produção base 2025-2027

	PDO2024	Fecho 2024	Δ Fecho 2024 - PDO2024		2025	Δ 2025 - Fecho 2024		2026	2027
Cuidados Primários									
Consultas	1.487.513	1.285.556	-201.957		1.336.320	50.764	3,9%	1.356.364	1.376.708
Nº Consultas Médicas Presenciais (CSP)	905.559	779.359	-126.200		820.000	40.641	5,2%	832.300	844.784
Nº Consultas Médicas Não Presenciais (CSP)	581.954	506.197	-75.757		516.320	10.123	2,0%	524.064	531.924
Serviços Domiciliários									
Nº Visitas Domiciliárias Médicas (CSP)	4.076	4.368	292		4.533	165	3,8%	4.600	4.669
Nº Visitas Domiciliárias Enfermagem (CSP)	41.322	42.412	1.090		43.048	636	1,5%	43.693	44.348
Outras Consultas por Pessoal não Médico									
Nº Consultas de Enfermagem (CSP)	699.320	621.884	-77.436		631.212	9.328	1,5%	640.680	650.290
Nº Consultas de Outros Profissionais (CSP)	59.261	25.054	-34.207		25.429	375	1,5%	25.810	26.197
Cuidados Hospitalares									
Consultas Externas									
Nº Total Consultas Médicas	358.916	376.147	17.231		382.241	6.094	1,6%	387.257	391.884
Primeiras Consultas	111.670	116.795	5.125		120.525	3.730	3,2%	122.931	124.926
Primeiras Consultas com origem nos CSP referenc	40.065	36.943	-3.122		43.000	6.057	16,4%	44.290	45.168
Primeiras Consultas Descentralizadas	2.630	1.192	-1.438		1.322	130	10,9%	1.355	1.388
Primeiras Consultas	68.975	78.660	9.685		76.203	-2.457	-3,1%	77.286	78.370
Consultas Subsequentes	247.246	259.352	12.106		261.716	2.364	0,9%	264.326	266.958
Consultas Subsequentes Descentralizadas	24.700	22.977	-1.723		23.000	23	0,1%	23.115	23.230
Consultas Subsequentes	222.546	236.375	13.829		238.716	2.341	1,0%	241.211	243.728
Internamento									
Doentes Saídos	26.806	28.027	1.221		28.214	187	0,7%	28.282	28.348
GDH Médicos	17.320	17.960	640		18.079	119	0,7%	18.117	18.156
GDH Cirúrgicos	9.486	10.067	581		10.135	68	0,7%	10.165	10.192
GDH Cirúrgicos Programados	3.836	3.936	100		4.004	68	1,7%	4.096	4.184
GDH Cirúrgicos - Urgentes	5.650	6.131	481		6.131	0	0,0%	6.069	6.008
Urgência									
Total de Atendimentos	252.800	247.593	-5.207		237.656	-9.937	-4,0%	236.256	234.880
Total Atendimentos SU Médico-Cirúrgica	208.996	198.704	-10.292		188.767	-9.937	-5,0%	186.879	185.010
Total de Atendimentos SU Básica	43.804	48.889	5.085		48.889	0	0,0%	49.377	49.870
N.º de Atendimentos (sem Internamento)	233.619	231.106	-2.513		221.994	-9.112	-3,9%	220.750	219.529
Total Atendimentos SU Médico-Cirúrgica	189.815	182.217	-7.598		173.105	-9.112	-5,0%	171.373	169.659
Total de Atendimentos SU Básica	43.804	48.889	5.085		48.889	0	0,0%	49.377	49.870
Hospital de Dia									
Hematologia / Imuno-hemoterapia	1.750	2.387	637		2.390	3	0,1%	2.410	2.430
Psiquiatria e Unidades Sócio-Ocupacionais	8.700	6.576	-2.124		6.580	4	0,1%	6.620	6.660
Base (Pediatria+Pneumologia+Oncologia s/ Químico+Out	20.310	23.006	2.696		23.031	25	0,1%	23.051	23.071
Serviços Domiciliários									
Total de Domicílios	1.900	1.557	-343		1.577	20	1,3%	1.597	1.617
Hospitalização Domiciliária	700	592	-108		720	128	21,6%	760	800
GDH Ambulatório									
GDH Médicos	3.220	4.130	910		4.140	10	0,2%	4.200	4.210
GDH Cirúrgicos	11.075	12.245	1.170		12.724	479	3,9%	13.024	13.324
Sessões de Quimioterapia									
Quimioterapia	11.340	11.187	-153		11.205	18	0,2%	11.225	11.245
Rastreios - Nº de Rastreios									
Rastreio da Retinopatia Visual	352	57	-295		60	3	5,3%	60	60
Rastreio Visual Infantil	120	0	-120		0	0	0,0%	0	0

Cuidados de Saúde Primários

Nas consultas médicas prevê-se para 2025 face a 2024 um aumento em 50.764 consultas (+3,9%), considerando a contratação de Médicos de Família com o objetivo de aumento de cobertura dos CSP. Com a contratação de 4 MGF e considerando que cada um terá uma lista média de cerca 1.750 utentes, pretende-se a atribuição de médico de família a cerca de 14.000 utentes, aumentando significativamente a cobertura da população de Amadora e Sintra. A outubro de 2024, cerca de 32,9% dos utentes inscritos nos CSP de Amadora e Sintra, não têm Médico de Família atribuído (179.428 utentes), sendo este aumento significativo face à realidade atual.

Assim, prevê-se um aumento de 5,2% das consultas médicas presenciais e 2% nas consultas médicas não presenciais, +40.641 consultas e +10.123 consultas, respetivamente, num total de 50.764 consultas médicas a realizar.

De igual forma, pretende-se reforçar as visitas domiciliárias, quer médicas com +3,8%, quer de enfermagem com aumento previstos em 1,5%. Este aumento irá permitir uma melhoria

significativa dos cuidados de saúde prestados, mas encontra-se diretamente relacionado com a capacidade de contratar os Recursos Humanos previstos para 2024.

No que se refere às consultas realizadas por pessoal não médico, revêm-se aumentos bastante expressivos com a contratação de técnicos de saúde de diferentes áreas como sendo, por exemplo de Medicina Dentária, áreas bastante deficitárias e onde houve um investimento significativo em equipamentos nos últimos anos. A título ilustrativo, nos CSP de Sintra foram adquiridas 4 cadeiras e todos os equipamentos de medicina dentária, mas apenas dispõe no quadro de pessoal 2 Médicos Dentistas o que representa uma clara desadequação entre a capacidade física e técnica, com prejuízo para as populações.

Desta forma, prevê-se um aumento de 9.328 consultas de enfermagem (+1,5%) e de 375 de consultas realizadas por outros profissionais (+1,5%).

Cuidados de Saúde Hospitalares

O aumento do acesso está, na maioria dos casos inteiramente dependente da capacidade que a instituição tem de reter e contratar profissionais. Desta forma, propõe-se para 2025 a contratação para o HFF de 22 profissionais médicos de diferentes especialidades também com o objetivo de melhoria do acesso, mas também melhoria na prestação de cuidados prestados.

A abertura do HS, prevê um reforço contratação de 3 médicos. No entanto, face à incerteza de capacidade de contratação e à emergente necessidade de início de atividade da Unidade, em 2025 não se preveem aumentos significativos de atividade por via dessa mesma abertura, mas uma partilha de recursos entre as duas unidades (HFF e HS). Por outro lado, existe ainda a grande incerteza face ao comportamento da procura com o aumento da oferta prevista não estando ainda reunidos todos os fatores que permitam uma clara previsão deste efeito de crescimento. 2025, será para a ULSASI um ano de grande adaptação não apenas à nova realidade de integração de cuidados, mas também ao aumento significativo da capacidade de resposta.

Assim, para 2025, prevê-se o aumento em 1,6% das consultas médicas (+6.094 consultas), sendo 3.730 primeiras consultas. Nas consultas referenciadas pelos cuidados de saúde primários, prevê-se um aumento de 16,4%, considerando a implementação imediata de medidas que permitam uma melhor referenciação de doentes para consultas de especialidade com a generalização de protocolos de referenciação para as especialidades com maior lista de espera para a consulta. No entanto, mesmo com a implementação destes protocolos, os mesmos não terão efeito em utentes fora da área de abrangência da ULSASI considerando a continuidade do livre acesso na consulta externa.

No internamento, prevê-se um aumento de 0,7% (+187 doentes saídos), relacionado com o aumento dos GDH cirúrgicos programados considerando o objetivo de resolução da Lista de Espera Cirúrgica com o cumprimento dos TMRG. Para 2025, encontram-se delineadas a continuidade das medidas já implementadas em 2024 com vista ao aumento a capacidade de resposta do HFF, com a rentabilização de todas as salas de Bloco Operatório, mas também uma melhor gestão da LIC com o recurso, caso exista necessidade, a contratação de serviços externos para aumentar a resposta aos utentes.

Na área da urgência prevê-se uma redução face 2024 considerando a previsão de implementação do projeto “Ligue Antes, Salve Vidas”. Sendo a urgência da ULSASI a maior em referência direta, toda a prestação de cuidados hospitalares é bastante sensível ao seu crescimento, sendo objetivo a redução do recurso às urgências por utentes não prioritários (verdes e azuis). Têm de ser implementadas medidas que permitam uns CSP com alargamento de resposta a este tipo de utentes, mas também, centralmente, a uma alteração do paradigma de acesso às urgências limitando o acesso direto dos utentes às mesmas.

Nos Hospitais de Dia, prevê-se a manutenção da atividade realizada em 2024. Considerando a incerteza na abertura do HS, não foi considerado o aumento da atividade no âmbito da Saúde Mental que será ajustada caso se verifique essa necessidade.

A Hospitalização Domiciliária prevê um crescimento no número de doentes em 21,6% (128 doentes), considerando os seguintes pressupostos: alargamento do número de camas disponíveis na UHD de adultos prevendo a existência de 15 camas até ao junho de 2025 e continuidade de atividade da UHD pediátrica.

Nos GDH de ambulatório cirúrgico é previsto um crescimento de 3,9% correspondendo a 304 cirurgias em regime de ambulatório, considerando possibilidade de transferência de recursos para o HS.

Para 2025, prevê-se a realização de 60 consultas médicas decorrentes de rastreios positivos na Retinopatia Visual.

4.2. Indicadores de Desempenho

Quadro 23 – Indicadores de Desempenho 2024-2027

	2024	2025	2026	2027
IDE Acesso	18,70	45,00	45,00	45,00
Cobertura rastreio Cancro da Mama	38,50	46,00	46,00	46,00
Cobertura rastreio Cancro do Colo de Útero	38,50	42,50	42,50	42,50
Cobertura a rastreio Cancro do Colon e Reto	48,60	53,40	53,40	53,40
Proporção de utentes em lista de espera para consulta hospitalar dentro de TMRG referenciados CSP	48,90	55,00	55,00	55,00
% de utentes em lista de inscritos para cirurgia (LIC) oncológica dentro dos TMRG	80,70	90,50	90,50	90,50
% de utentes em lista de inscritos para cirurgia (LIC) não oncológica dentro dos TMRG	71,90	77,10	77,10	77,10
IDE Gestão de Saúde	39,30	50,00	50,00	50,00
IDE Gestão da Doença	38,00	50,00	50,00	50,00
Taxa de ocupação das ECCI	76,20	70,00	70,00	70,00
Índice de demora média ajustada	1,09	1,08	1,08	1,08
% de doentes saídos em hospitalização domiciliária (GDH) no total de doentes saídos (GDH)	2,50	2,50	2,50	2,50
% cirurgias em ambulatório, para procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis	21,90	24,50	24,50	24,50
Índice de mortalidade ajustada	0,93	0,90	0,90	0,90
Gastos Operacionais por Inscritos	897,95	1.008,67	1.032,49	1.054,00
IDE Qualificação da Prescrição em CSP	93,40	82,30	82,30	82,30
IDE Integração de Cuidados	45,10	50,00	50,00	50,00
Taxa de internamento para amputação de membro inferior em pessoas com diabetes (ajustada para uma população padrão)		22,10	22,10	22,10
Proporção de utentes referenciados pelo SNS 24 para os CSP, com consulta médica na UF de inscrição no tempo definido no fluxograma de referenciação	50,90	54,00	54,00	54,00
Taxa de internamentos evitáveis na população adulta (ajustada para uma população padrão)		509,40	509,40	509,40
Índice de Desempenho na Qualidade Organizacional CSP		45,00	45,00	45,00
Evolução da taxa de absentismo				
Taxa de absentismo geral	8,40	8,40	8,40	8,40
Taxa de absentismo por doença	4,00	4,00	4,00	4,00
Profissionais médicos				
N.º de horas suplementares (extraordinárias) com médicos - Total anual	167.354,00	167.354,00	167.354,00	167.354,00
N.º de horas prevenção com médicos - Total anual	61.253,00	66.253,00	66.253,00	66.253,00
N.º de horas com prestação de serviços médicos - Total anual				
Encargos com contratação de prestação de serviços médicos - Total anual	8.406.753,52	7.918.817,52	8.085.112,69	8.214.474,49
Profissionais de enfermagem				
N.º de horas suplementares (extraordinárias) com enfermeiros - Total anual	110.012,00	104.511,00	104.511,00	104.511,00

5. PLANO DE INVESTIMENTOS

Os Investimentos apresentados para os anos de 2025 a 2027, são considerados prioritários para o desenvolvimento da atividade e para a garantia da qualidade da prestação de cuidados de saúde à população da área abrangida pela ULS Amadora/Sintra.

O valor total do Plano apresentado é de 120.449.879€, para os 3 anos, estando os Investimentos identificados por Unidade.

Quadro 24 – Investimentos 2025-2027 por Unidade ULSASI

Unidade		2025	2026	2027	Total
HFF	2720-276	27.158.341	51.201.864	13.445.309	91.805.514
HS	2725-079	17.744.365	3.100.000	3.300.000	24.144.365
SP Amadora	2745-852	750.000	750.000	750.000	2.250.000
CSP Sintra	2700-000	750.000	750.000	750.000	2.250.000
		46.402.706	55.801.864	18.245.309	120.449.879

Quadro 25 – Investimentos 2025-2027 por Unidade ULSASI - detalhe

ID	Descrição do projeto	Classificação do investimento	Localização do investimento	2025	2026	2027	Total (Valor Investimento)
1	Alargamento da Unidade de Internamento de Psiquiatria	Edifícios e outras construções	2720-276	1.494.542	0	0	1.494.542
2	Alargamento da Unidade de Internamento de Psiquiatria	Equipamento de informática e software informático	2720-276	68.880	0	0	68.880
3	Alargamento da Unidade de Internamento de Psiquiatria	Outros investimentos	2720-276	562.725	0	0	562.725
4	Equipamento Hospital de Sintra	Equipamento de informática e software informático	2725-079	557.583	0	0	557.583
5	Equipamento Hospital de Sintra	Obras	2725-079	1.930.123	0	0	1.930.123
6	Equipamento Hospital de Sintra	Equipamento básico: Médico cirúrgico	2725-079	10.656.659	0	0	10.656.659
7	Equipamento Hospital de Sintra	Outros investimentos	2725-079	3.000.000	0	0	3.000.000
8	Hospital Dia Polivalente	Edifícios e outras construções	2720-276	50.000	750.000	0	800.000
9	Plano de Prevenção da Legionella	Edifícios e outras construções	2720-276	1.783.500	1.230.000	61.500	3.075.000
10	Segurança Contra Incêndios	Edifícios e outras construções	2720-276	184.500	500.000	0	684.500
11	Sinalética HFF	Edifícios e outras construções	2720-276	0	615.000	0	615.000
12	Instrumental Cirúrgico	Equipamento básico: Médico cirúrgico	2720-276	750.000	750.000	750.000	2.250.000
13	Equipamentos Candidatura Lisboa 2030 - Anatomia patológica	Equipamento básico: Médico cirúrgico	2720-276	562.980	0	0	562.980
14	Equipamentos Candidatura Lisboa 2030 - Cardiologia	Equipamento básico: Médico cirúrgico	2720-276	137.760	0	0	137.760
15	Equipamentos Candidatura Lisboa 2030 - Oftalmologia	Equipamento básico: Médico cirúrgico	2720-276	877.907	0	0	877.907



ID	Descrição do projeto	Classificação do investimento	Localização do investimento	2025	2026	2027	Total (Valor Investimento)
16	Sistema de redundância do Data Center	Equipamento de informática e software informático	2720-276	246.000	0	0	246.000
17	Segurança informática	Equipamento de informática e software informático	2720-276	123.000	123.000	123.000	369.000
18	Aumento Potência	Edifícios e outras construções	2720-276	718.060	0	0	718.060
19	Equipamento informático diverso	Equipamento de informática e software informático	2720-276	1.000.000	1.000.000	1.000.000	3.000.000
20	Equipamento médico-cirúrgico (vários equipamentos avariados ou com necessidade de substituição urgente)	Equipamento básico: Médico cirúrgico	2720-276	3.000.000	3.000.000	3.000.000	9.000.000
21	Equipamento básico incluindo mobiliário, equipamento cozinha e hoteleiro	Outros investimentos	2720-276	1.500.000	1.500.000	1.500.000	4.500.000
22	Obras de beneficiação e requalificação do Hospital	Edifícios e outras construções	2720-276	1.000.000	1.000.000	1.000.000	3.000.000
23	Projeto de AVAC para internamento de adultos - Piso 6 A	Edifícios e outras construções	2720-276	610.003	610.003	0	1.220.006
24	Projeto de AVAC para internamento de adultos - Piso 6 B	Edifícios e outras construções	2720-276	0	610.003	610.003	1.220.006
25	Projeto de AVAC para internamento pediátrico	Edifícios e outras construções	2720-276	0	0	1.220.006	1.220.006
26	Intervenção na Farmácia Hospitalar, máquina de reembalagem e carros de distribuição	Edifícios e outras construções	2720-276	768.750	2.306.250	0	3.075.000
27	Intervenção na Farmácia Hospitalar, máquina de reembalagem e carros de distribuição	Equipamento básico: Médico cirúrgico	2720-276	0	1.976.000	500.000	2.476.000
28	Informatização da UCI	Equipamento de informática e software informático	2720-276	270.500	0	0	270.500
29	Requalificação e substituição dos elevadores	Edifícios e outras construções	2720-276	442.800	442.800	442.800	1.328.400
30	Conforto térmico (Fundo Ambiental)	Edifícios e outras construções	2720-276	400.000	400.000	0	800.000
31	Requalificação da cozinha e refeitório	Edifícios e outras construções	2720-276	2.876.970	2.767.500	0	5.644.470
32	Requalificação da cozinha e refeitório	Outros investimentos	2720-276	0	1.380.000	0	1.380.000
33	SI Cozinha	Equipamento de informática e software informático	2720-276	0	99.015	0	99.015
34	Unidade técnica de gastroenterologia	Edifícios e outras construções	2720-276	1.068.750	1.306.250	0	2.375.000
35	Unidade técnica de gastroenterologia	Equipamento básico: Médico cirúrgico	2720-276	169.449	1.525.043	0	1.694.492
36	Requalificação da urgência obstétrica e ginecológica	Edifícios e outras construções	2720-276	2.361.910	0	0	2.361.910
37	Requalificação da urgência obstétrica e ginecológica	Equipamento básico: Médico cirúrgico	2720-276	984.000	0	0	984.000
38	Requalificação da urgência obstétrica e ginecológica	Equipamento de informática e software informático	2720-276	307.500	0	0	307.500
39	Requalificação da urgência obstétrica e ginecológica	Outros investimentos	2720-276	215.000	0	0	215.000
40	Remodelação da UCI	Edifícios e outras construções	2720-276	200.000	1.845.000	0	2.045.000
41	Unidade técnica de pneumologia	Edifícios e outras construções	2720-276	0	307.500	0	307.500
42	Unidade técnica de pneumologia	Equipamento básico: Médico cirúrgico	2720-276	0	922.500	0	922.500
43	Centro de Hemodiálise ULSASI	Edifícios e outras construções	2720-276	200.000	15.300.000	500.000	16.000.000
44	Alargamento da resposta de Hemodiálise HFF	Edifícios e outras construções	2720-276	200.000	2.000.000	0	2.200.000
45	Ressonância Magnética	Edifícios e outras construções	2720-276	0	1.475.000	0	1.475.000
46	Ressonância Magnética	Equipamento básico: Médico cirúrgico	2720-276	0	1.600.000	0	1.600.000
47	Litotritor	Equipamento básico: Médico cirúrgico	2720-276	738.000	0	0	738.000



ID	Descrição do projeto	Classificação do investimento	Localização do investimento	2025	2026	2027	Total (Valor Investimento)
48	AVAC Bloco	Edifícios e outras construções	2720-276	150.000	2.500.000	2.000.000	4.650.000
49	Requalificação dos quartos de isolamento	Edifícios e outras construções	2720-276	246.000	738.000	738.000	1.722.000
50	Informatização Anatomia Patológica e Medicina Transfusional	Equipamento de informática e software informático	2720-276	382.095	0	0	382.095
51	Remodelação do Data Center (UPS, sistema de climatização e sistema de deteção de incêndios)	Equipamento de informática e software informático	2720-276	119.310	0	0	119.310
52	Reforço da rede wifi	Equipamento de informática e software informático	2720-276	110.700	0	0	110.700
53	Sistema de redundância do Data Center	Equipamento de informática e software informático	2720-276	246.000	0	0	246.000
54	Software de recrutamento	Equipamento de informática e software informático	2720-276	30.750	0	0	30.750
55	Câmara hiperbárica	Equipamento básico: Médico cirúrgico	2720-276	0	623.000	0	623.000
56	Instrumental Cirúrgico	Equipamento básico: Médico cirúrgico	2725-079	0	0	200.000	200.000
57	Obras de beneficiação e requalificação do Hospital	Edifícios e outras construções	2725-079	500.000	1.000.000	1.000.000	2.500.000
58	Equipamento médico-cirúrgico (vários equipamentos avariados ou com necessidade de substituição urgente)	Equipamento básico: Médico cirúrgico	2725-079	500.000	1.500.000	1.500.000	3.500.000
59	Equipamento básico incluindo mobiliário, equipamento cozinha e hoteleiro	Outros investimentos	2725-079	500.000	500.000	500.000	1.500.000
60	Equipamento informático diverso	Equipamento de informática e software informático	2725-079	100.000	100.000	100.000	300.000
61	Equipamento médico-cirúrgico (vários equipamentos avariados ou com necessidade de substituição urgente)	Equipamento básico: Médico cirúrgico	2745-852	150.000	150.000	150.000	450.000
62	Equipamento básico incluindo mobiliário, equipamento cozinha e hoteleiro	Outros investimentos	2745-852	500.000	500.000	500.000	1.500.000
63	Equipamento informático diverso	Equipamento de informática e software informático	2745-852	100.000	100.000	100.000	300.000
64	Equipamento médico-cirúrgico (vários equipamentos avariados ou com necessidade de substituição urgente)	Equipamento básico: Médico cirúrgico	2700-000	150.000	150.000	150.000	450.000
65	Equipamento básico incluindo mobiliário, equipamento cozinha e hoteleiro	Outros investimentos	2700-000	500.000	500.000	500.000	1.500.000
66	Equipamento informático diverso	Equipamento de informática e software informático	2700-000	100.000	100.000	100.000	300.000

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca

[ID1 | ID2 | ID3] Alargamento do Serviço de Internamento de Psiquiatria

O alargamento da área de responsabilidade do Departamento de Saúde Mental, com inclusão de toda a população do Concelho de Sintra, e englobando a área que agora é da responsabilidade do Hospital Dona Estefânia e do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, faz parte do Plano Nacional de Saúde Mental e do Plano Regional de Saúde Mental da RLVT.

O projeto está aprovado no âmbito do Alargamento da Unidade de Internamento de Psiquiatria, que se insere na Componente 1: Serviço Nacional de Saúde do Plano de Recuperação e Resiliência (PRR), especificamente na Reforma da Saúde Mental (RE 2), tendo sido firmado um contrato de financiamento no valor de 2.073.556€, sem IVA.

Para que tal possa ocorrer, é fundamental a construção de um edifício anexo ao atual Serviço de Psiquiatria do HFF, com capacidade adicional de 23 camas de internamento.

O valor total da obra e equipamentos previsto para 2025 é de 2.126.147€.

[ID4 | ID5 | ID6 | ID7] Equipamentos para o Hospital de Sintra

A empreitada é da responsabilidade do Município de Sintra, sendo a aquisição dos equipamentos da responsabilidade do HFF, pelo que foi celebrado contrato de financiamento que se insere na Componente 1: Serviço Nacional de Saúde do Plano de Recuperação e Resiliência (PRR), especificamente na Conclusão da reforma do modelo de governação dos Hospitais Públicos (RE 3).

O contrato de financiamento PRR foi firmado com um valor de 17.610.000€ (sem IVA), tendo o mesmo sido baseado em informação histórica das aquisições fornecida pela ARSLVT.

O valor total dos equipamentos considerado em 2025 é de 16.144.365€ (IVA incluído). Adicionalmente, considerou-se verba para fazer face a pequenas obras necessárias para melhorias dos espaços 1.930.123€.

[ID8] Hospital de Dia Polivalente

O Hospital de Dia Polivalente foi deslocalizado por necessidade COVID, tendo ido ocupar uma área não clínica. Desta forma, é necessária a realização de obras de adaptação para permitir o desenvolvimento em maior segurança quer para os profissionais quer para os utentes, nomeadamente pavimentos, revestimentos e AVAC.

O valor estimado para 2025 é de 50.000€ e para 2026 é de 750.000€, num total de investimento de 800.000€.

[ID9] Plano de Prevenção da Legionella – Requalificação da rede de águas

A rede de água do HFF tem 27 anos e uma extensão total de 36.000 metros, encontra-se muito degradada, apresentando graves limitações, pontos de estagnação, fugas e roturas constantes.

O avançado estado de corrosão interna de todos os ramais do HFF, obriga à substituição urgente da rede de água quente sanitária e de água fria e retorno, sob pena de elevar o risco de aparecimento de Legionella, de condicionar o fornecimento de água aos serviços e utentes, podendo levar ao fecho de alguns serviços e condicionar a prestação de cuidados de saúde.

Este investimento foi aprovado através do Despacho 895-2020 SET, no âmbito do PAO 2020 e respetivo Plano de Investimentos e no final do ano de 2021 foi concedido um aumento de capital no valor de 1.368.990€ com vista à sua execução.

Contudo, após lançamento de procedimento concursal, tendo-se verificado um aumento generalizado do valor das obras e empreitadas, constatou-se que o valor aprovado para o investimento era insuficiente, tendo sido inscrito em Plano de Investimentos um novo valor de 3.075.000€. O valor estimado para 2025 é de 1.783.500€.

[ID10] Segurança Contra Incêndios

O HFF no que concerne à área de segurança contra incêndios é considerado, quanto à utilização, Tipo V do atual Regime Jurídico de Segurança Contra Incêndios - Decreto-Lei n.º 220/2008, correspondente ao regime jurídico com as posteriores alterações vertidas no Decreto-lei 224/2015 e pela Lei n.º 123/2019 e pela Portaria n.º 1532/2008 com as alterações expressas na Portaria n.º 135/2020 que aprova o regulamento técnico (RT-SCIE) nesta matéria.

Considerando que a legislação referenciada anteriormente foi publicada posteriormente à criação do HFF e apesar da temática de segurança contra incêndios merecer uma grande atenção pela instituição, tendo em conta a complexidade dos atuais requisitos legais, torna-se imperioso um reforço dos meios de deteção, compartimentação, percursos e saídas de emergência e sinalização visando a salvaguarda dos doentes e dos profissionais da instituição.

O investimento nesta área destina-se à aquisição de soluções e medidas compensatórias para mitigar as Não Conformidades Graves de Segurança Contra Incêndios, com o objetivo de materializar as medidas de Autoproteção e o respetivo envio em conformidade para a Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil.

As melhorias propostas consistem no reforço de meios de deteção de incêndios, compartimentação, saídas de emergência e sinalização de segurança no HFF visando a salvaguarda da segurança de utentes e profissionais da instituição.

Com este investimento pretende-se:

1. Ampliar e melhorar os meios instalados para deteção de incêndios nas instalações do HFF;
2. Tornar as saídas de emergência mais visíveis e mais facilmente utilizáveis;
3. Aumentar o número de saídas de emergência;
4. Melhorar a compartimentação dos locais de risco D através da substituição das portas;
5. Melhorar a sinalização de segurança assegurando identificação clara dos meios de 1.ª intervenção e percursos de evacuação pelos ocupantes do HFF;
6. Criar as condições requeridas na legislação vigente, e a aprovação das Medidas de Autoproteção do HFF a serem submetidas à Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil.

O valor inscrito em Plano de Investimentos para os anos em análise é de 684.500€, sendo o valor para 2025 de 184.500€.

[ID11] Sinalética HFF

A função da sinalização consiste em estabelecer comunicação visual de forma rápida ao utilizador, onde a linguagem deverá ser universal e que garanta a sua autonomia nos diferentes ambientes.

A sinalética do HFF fruto de várias alterações ocorridas a nível dos serviços, mudanças de áreas, adaptação de espaços deixou de servir a sua função primordial, de orientação dos Utentes, Profissionais e Visitantes. Com este projeto pretende-se:

1. Criar projeto de sinalética exterior e interior para todos os espaços do HFF, incluindo a acessibilidades das pessoas com limitações físicas, mas também sensoriais nas vertentes, motora, visual, auditiva e intelectual e/ou estrangeiros;
2. Realizar e implementar todos os meios e suportes necessários para a concretização do projeto;
3. Criar do manual de especificações gráficas da sinalética do HFF;
4. Melhorar a satisfação dos utentes, visitantes e profissionais.

O valor inscrito em Plano de Investimentos em 2026 é de 615.000€.

[ID12 | ID56] Instrumental Cirúrgico

O atual instrumental cirúrgico existente no Bloco Operatório encontra-se em mau estado não garantindo segurança e qualidade na utilização do mesmo.

O valor inscrito em Plano de Investimentos para os anos em análise é de 2.450.000€, sendo o valor para 2025 de 750.000€.

[ID13 | ID14 | ID15] Equipamentos Candidatura Lisboa 2030- Anatomia Patológica, Cardiologia, Oftalmologia

O valor inscrito em Plano de Investimentos de 1.578.646€, sendo que o valor para Anatomia Patológica de 562.980€, Cardiologia de 137.760€, Oftalmologia de 877.907€.

[ID16] Sistema de redundância do Data Center

O DataCenter tem desde equipamentos de rede a equipamentos de armazenamento. Estes equipamentos necessitam de monitorização constantes de temperatura, velocidade, disponibilidade, erros de componentes, entre outros. Esta monitorização permite de forma proativa a equipa do SSI possa acionar todos os mecanismos necessários à normalização dos sistemas, evitando quebras de serviço ou perdas de dados.

Atualmente não é possível monitorizar os sistemas que estão no DataCenter, devido à obsolescência da tecnologia e incompatibilidade da mesma com o hardware que tem sido adquirido para colmatar avarias. O não investimento em tecnologia de monitorização compatível com o hardware em uso, aumenta de forma significativa as falhas de sistemas com duração significativa, à avaria definitiva de hardware e à perda de dados.

O valor inscrito em plano de investimento para 2025 é de 246.000€.

[ID17] Segurança informática

Atualmente o HFF não dispõe de sistemas de informação nem hardware que permitam gerir as redes, o seu perímetro, os dados e os seus acessos de forma efetiva. Isto é, em caso de perda de dados (por eliminação e/ou ataque), apenas é detetado se um utilizador reportar. Também não é possível, à data, com a tecnologia instalada, detetar se existem dados a ser enviados para plataformas externas e monitorizar se o envio é justificado.

Estas impossibilidades de gestão/monitorização, numa era tecnologicamente avançada, em que os ataques a instituições de saúde são diários, quer para roubo de dados ou inutilização dos mesmos, coloca o HFF numa situação profundamente vulnerável, em que caso de ataque não existam ferramentas para despiste ou *trace* da origem do mesmo e da dimensão das consequências.

O valor inscrito em Plano de Investimentos para os anos em análise é de 369.000€, sendo o valor para 2025 de 123.000€.

[ID18] Aumento de Potência

Para proceder à ligação e funcionamento dos novos equipamentos para produção de água gelada para climatização e proceder à ligação da nova Unidade de Psiquiatria é necessário proceder a um aumento de potencia elétrica. Atualmente o HFF dispõe de 3850KVA. Com aumento de potência o HFF passará a ter 6.700KVA.

Sem o aumento de potência não será possível colocar em funcionamento os novos equipamentos.

O valor inscrito em plano de investimento para 2025 é de 718.060€.

[ID19 | ID60 | ID63 | ID66] Equipamento informático diverso

O hospital tem desenvolvido nos últimos anos projetos de atualização informática e da infraestrutura de base (rede, servidores, thinclients, impressão), sem os quais não é possível implementar os projetos de transformação digital.

O valor inscrito em Plano de Investimentos para os anos em análise é de 3.900.000€, sendo o valor para 2025 de 1.300.000€.

[ID20 | ID58 | ID61 | ID64] Equipamento médico-cirúrgico

O investimento em equipamento médico-cirúrgico considera-se indispensável para a continuidade da prestação de cuidados. Nesta rubrica, contemplam-se equipamentos avariados ou com necessidade de substituição urgente, cuja não aquisição impede a continuidade da prestação de cuidados (com valor inferior a 100.000), tais como ecógrafos e monitores cardiorrespiratórios.

O valor inscrito em Plano de Investimentos para os anos em análise é de 13.400.000€, sendo o valor para 2025 de 3.800.000€.

[ID21 | ID59 | ID62 | ID65] Equipamento básico incluindo mobiliário, equipamento cozinha e hoteleiro

Estes equipamentos devido à intensidade de utilização estão desgastados e muitos deles funcionam de modo deficiente acarretando riscos para doentes e profissionais.

O investimento em equipamento básico, nomeadamente camas hospitalares, mesas de cabeceira, mesas de refeição, cadeiras de rodas, dispositivos para recolha de resíduos, frigoríficos para

medicação, carros de terapêutica, cadeiras de banho entre outros, essenciais ao normal funcionamento da atividade assistencial e irá permitir melhorar as condições de prestação dos cuidados de saúde de forma segura.

O equipamento hoteleiro também devido ao uso intenso durante 27 anos apresenta-se obsoleto e em avançado estado de degradação sendo a sua substituição imperiosa.

O valor inscrito em Plano de Investimentos para os anos em análise é de 9.000.000€, sendo o valor para 2025 de 3.000.000€.

[ID22 | ID57] Obras de beneficiação e requalificação do Hospital

Ao fim de mais de 27 anos de construção, o edifício necessita de obras de beneficiação importantes para continuar a garantir a prestação adequada dos cuidados de saúde aos seus utentes. É necessário, requalificar espaços, que começaram há muito a apresentar sinais de desgaste, tendo estas obras de ser executadas faseadamente e em vários anos de modo a minimizar a perturbação na prestação de cuidados. Os investimentos propostos consistem na melhoria das instalações e no conforto dos utentes e profissionais.

O valor inscrito em Plano de Investimentos para os anos em análise é de 5.500.000€, sendo o valor para 2025 de 1.500.000€.

[ID23 | ID24 | ID25] Projeto de AVAC para internamento de adultos- Piso 6 A, [ID33] Projeto de AVAC para internamento de adultos- Piso 6 B (2025) e [ID34] Projeto de AVAC para internamento pediátrico- Piso 6 A (2026)

Os serviços de internamento para doentes portadores de COVID-19, Piso 6 ala A da Torre Amadora, ADR Pediátrico e ADR Obstétrico e Ginecológico não reúnem as condições de ventilação para assegurar subpressão (pressão negativa) de acordo com a Orientação da DGS, no que respeita ao regime de pressão dos serviços e espaços onde se encontram doentes infetados.

De acordo com a orientação da DGS n.º 033/2020 de 29/06/2020, os serviços e espaços onde se encontram doentes infetados deverão ser, sempre que possível, mantidos em subpressão (pressão negativa), relativamente a outros setores ou espaços adjacentes onde permaneçam ou possam vir a permanecer não infetados, prevenindo assim o transporte pelo ar de contaminantes e microrganismos.

Os serviços de internamento para doentes portadores de COVID-19, não reúnem as condições de ventilação para assegurar subpressão (pressão negativa) de acordo com a Orientação da DGS, no que respeita ao regime de pressão dos serviços e espaços onde se encontram doentes infetados.

As enfermarias encontram-se em sob pressão (pressão positiva) face ao corredor, promovendo a transferência de ar no sentido das enfermarias – corredor, condicionando a segurança dos profissionais e doentes.

Por outro lado, e considerando a ocupação das enfermarias, por 2-3 doentes, os caudais de ar são inferiores ao estabelecido nas Especificações técnicas para instalação de AVAC-ET 06/200, V2014

da ACSS. No que respeita às condições de extração de ar também não estão garantidas de acordo com a Orientação da DGS n.º 033/2020 de 29/06/2020.

A par do sistema de AVAC, torna-se também prioritário a revisão dos outros sistemas e estruturas do referido piso nomeadamente, a rede de fornecimento de O₂ e vácuo, a rede elétrica a renovação das calhas técnicas e a instalação de uma estrutura de telemonitorização para os doentes internados em enfermaria.

O valor inscrito em 2024, 1.060.875€ é considerado para intervenção na enfermaria de internamento de adultos do Piso 6 A. Nos anos de 2025 e 2026 será intervencionada na enfermaria de internamento de adultos do Piso 6 B e o internamento pediátrico. O valor final do projeto para os anos em análise é de 3.660.019€, sendo o valor inscrito para 2025 de 610.003€.

[ID26 | ID27] Intervenção na Farmácia Hospitalar, máquina de reembalagem e carros de distribuição

As obras na Farmácia Hospitalar do HFF prendem-se com a necessidade de cumprimento da legislação em vigor, nomeadamente o Decreto Lei n.º 44 204 de 2 de Fevereiro de 1962, o Decreto-Lei n.º 176/2006 de 30 de Agosto, o Decreto-Lei n.º 95/2004 de 22 de Abril, a Portaria n.º 594/2004 de 2 de Junho, a Portaria n.º 53/71 de 3 de Fevereiro e as Boas Práticas de Farmácia Hospitalar e diretrizes internacionais adotadas pelo INFARMED, como seja a PIC/S PE 010-4, todos na sua versão atual, de forma a garantir a segurança no circuito do medicamento e os procedimentos em vigor inerentes à Certificação ISO 9001 e à Acreditação pela ACSA.

A intervenção na Farmácia Hospitalar considera os seguintes aspetos:

1. Adaptação da Sala de Inflamáveis ao volume atual e garantia das condições de segurança adequadas;
2. Remodelação das áreas de preparação de medicamentos, de forma a garantir as condições adequadas a estas atividades;
3. Adaptação e criação de condições de higiene e segurança das salas de reembalagem de medicamentos e de preparação de não estéreis;
4. Remodelação da sala de preparação de estéreis e nutrição parentérica, de forma a cumprir os requisitos legais e técnicos exigidos.

Instalação de sistema de tratamento de ar que permita manter pressão positiva na sala limpa e antecâmara, de forma a atingir a classificação de Classe B. Instalação de sistema de tratamento de ar que permita manter pressão positiva e negativa, respetivamente, na antecâmara e na sala limpa de preparação de citotóxicos, de forma a atingir a classificação de Classe B.

O valor inscrito em Plano de Investimentos para os anos em análise é de 5.551.000€, sendo o valor para 2025 de 768.750€.

[ID28] Informatização da UCI

Aplicação de gestão da Unidade de Cuidados Intensivos

Pretende-se investir numa solução integrada de conhecimento e inteligência que auxiliem os profissionais de saúde nas complexas tomadas de decisão que habitualmente enfrentam. Esta solução informática foi especificamente concebida para contemplar métodos e rotinas das unidades de UCI e assegura a interoperabilidade de dados com os sistemas já implementados no Hospital, funcionando como um integrador de informação, que reúne numa só aplicação os dados obtidos de dispositivos médicos (monitores, ventiladores, bombas perfusoras), dados laboratoriais e dados clínicos registados ao longo do internamento do doente, eliminando a utilização de papel para os registos clínicos.

A “BS PaTIENT.CARE” possui numa única plataforma toda a informação vital de registo e apoio à decisão clínica, onde todos os sistemas e dispositivos médicos são facilmente integrados.

Equipamentos e software UCI. Para informatizar as UCI (adultos e pediátricos), é necessário dotar o serviço de equipamentos compatíveis com as necessidades de utilização. Estas necessidades refletem-se em mais equipamentos (fixos e móveis) e sistema de informação que integre com os sistemas de monitorização e outros equipamentos médicos disponíveis.

O valor inscrito em Plano de Investimentos de 270.500€.

[ID29] Requalificação e substituição dos elevadores

Os elevadores do hospital necessitam de substituição urgente uma vez que os existentes estão em utilização intensiva desde o início de atividade do hospital.

Propõe-se que esta substituição seja faseada por 2 anos de modo a minimizar o impacto, substituindo 4 elevadores por ano, correspondendo a um investimento total para os anos em análise é de 1.328.400€, sendo o valor inscrito para 2025 de 442.800€.

[ID30] Conforto térmico (Fundo Ambiental)

Cerca de 50% do consumo de energia final é utilizado para aquecimento e arrefecimento dos edifícios. A intervenção tem como objetivo a substituição de janelas e caixilharias visando a sustentabilidade e a reabilitação energética diminuindo a produção de CO₂ e os custos do HFF.

A aposta na eficiência energética dos edifícios é uma prioridade para a recuperação económica alinhada com a transição climática, de acordo com os objetivos do Pacto Ecológico Europeu.

O valor inscrito em Plano de Investimentos para os anos em análise é de 800.000€, sendo 400.000€ para 2025.

[ID31 | ID32] Requalificação da cozinha e refeitório

O HFF necessita realizar obras na cozinha e refeitório dado o estado de degradação das instalações, motivado não só pela idade como pela utilização intensiva sem a realização de

intervenções de manutenção ou melhoria, o que impede o cumprimento das normas de segurança e qualidade, bem como a higienização do espaço. Para além de obras é premente a substituição de equipamentos avariados e degradados.

Está prevista a realização das seguintes intervenções: Pavimentos, paredes e tetos; Calhas de escoamento e grelhas; Rede de águas e esgotos; Eletricidade e vapor.

Esta necessidade é referida em muitos relatórios de inspeções à cozinha, quer da Autoridade de Saúde da Amadora, quer da ASAE. No caso da Autoridade de Saúde da Amadora foram efetuadas visitas até concluírem que tinham sido tomadas as medidas necessárias para permitir a laboração, que incluíam o compromisso por parte do HFF de planear obras de reparação e recuperação mais profundas na cozinha.

O valor total do projeto para os anos em análise é de 7.024.470€, sendo 2.876.970€ para 2025.

[ID33] SI Cozinha

Atualmente os pedidos de refeições para os internamentos à cozinha são feitos em papel e a sua contagem é manual. Este circuito leva a que haja discrepância de informação entre o pedido e a alta dos doentes. Os pedidos de refeição não estão também, por ser em papel, articulados com a tipologia de dieta prescrita pelo médico assistente.

Este processo além de ter erros, tem um desperdício alimentar que é fundamental reduzir. O sistema de informação permitirá que o utente internado possa ter acesso ao menu, associado à sua dieta e automaticamente a cozinha saber a quantidade de pratos a disponibilizar. Este circuito, permitirá ainda que a cozinha e as copas, tenham acesso à informação das altas dos doentes e novas admissões, podendo antecipar sobras e faltas de refeições atempadamente.

O valor total do projeto para 2026 é de 99.015€.

[ID34 | ID35] Unidade Técnica de Gastrenterologia

A Unidade de Técnicas de Gastrenterologia, necessita de intervenção e requalificação do espaço por forma a dar resposta à procura existente e crescente de técnicas de diagnóstico e terapêutica na área. Com esta intervenção, para além de permitir um melhor acompanhamento dos utentes, tornaria possível a internalização de práticas e desenvolvimento de outras. O projeto pretende:

1. Aumentar capacidade do recobro dos doentes e aumentar a capacidade de admissão e preparação dos mesmos, permitindo a individualização dos circuitos de entrada e saída de doentes;
2. Criar sala para realização de exames como fibroscan, videocápsula, manometria/phmetria;
3. Criar espaço para consulta telefónica (pré e pós procedimentos diferenciados);
4. Criar uma sala de radioscopia e mobilização da atividade realizada no Serviço de Imagiologia.

No contrato programa de 2024 da ULSASI foi atribuída a verba de 847.245,9€ no âmbito do Programa de Incentivo Financeiro à Qualificação dos Serviços de Gastrenterologia do SNS.. Assim, o valor previsto para a qualificação da unidade é de 4.069.492€, tendo sido inscrito em orçamento de 2025, 1.238.199€ (obra e equipamentos).

[ID36 | ID37 | ID38 | ID39] Requalificação da Urgência Obstétrica e Ginecológica

A infraestrutura e os equipamentos do Bloco de Partos do HFF não foram objeto de remodelação e reequipamento desde a construção do hospital, encontrando-se em avançado estado de desgaste não oferecendo as melhores condições de trabalho e acolhimento a grávidas e parturientes. É necessária uma intervenção profunda para assegurar as melhores condições de atendimento para grávidas, recém-nascidos e profissionais de saúde, contribuindo também para a humanização dos cuidados prestados.

Neste sentido, o HFF apresentou candidatura ao Programa de Incentivo Financeiro à Qualificação dos Blocos de Partos do SNS aberto pelos Despachos n.ºs 557/2023 e 3439/2023, publicados no Diário da república n.º 8, 2.ª série, de 11 de janeiro, e no Diário da república n.º 54, 2.ª série, de 16 de março, respetivamente.

A candidatura foi objeto de análise pela Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I.P., e foi atribuído ao HFF um financiamento de 2.864.428€. A este valor acresce um financiamento de 90.000 € da Câmara Municipal de Sintra.

O valor total da obra e equipamentos considerado em 2025 é de 3.868.10€.

[ID40] Remodelação da UC

O SMI, criado em abril de 2012 resulta da integração existentes de quatro Unidades de Cuidados Intensivos:

- A Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) inaugurada em 24 de março de 1996.
- A Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos Especiais (UCICRE) inaugurada em 1999.
- A Unidade de Alta Dependência (UAD) funcionalmente integrada na UCIP e inaugurada em setembro de 2003.
- A Unidade de Cuidados Intensivos Nível II (UCI II) inaugurada em dezembro de 2020.

Pelas datas referidas, a UCIP e UCICRE têm infraestruturas que necessitam de uma remodelação profunda, fruto da sua idade.

Na UCIP é necessária revisão da infraestrutura para resolver infiltrações, revisão da rede de gases, rede elétrica e modernização do ar condicionado, passando a sala a pressão negativa e os quartos a pressão variável. É necessária a mudança integral do chão e manutenção das calhas técnicas e nova rede informática prevendo a transição para o Processo Clínico Eletrónico.

Por outro lado, o objetivo da UCICRE é a alteração de Unidade de nível 1/2 para Unidade nível 2/3 com a diferenciação e aumento de complexidade da patologia cirúrgica resultante dos Centros de

Referência Cirúrgica entretanto criados. Esta Unidade irá ter uma remodelação dos seus espaços físicos com dois objetivos fundamentais:

1. Modernizar os seus quartos de isolamento de forma a terem sistema de ar condicionado de pressão variável e adufa de forma a cumprir com as normas em vigor;
2. Recuo da bancada de forma a garantir o espaço de circulação regulamentar e otimizar espaço de forma a contemplar a realização de técnicas de suporte de órgão como hemodiálise e a realização de exames à cabeceira do doente como exames ecográficos;
3. Manutenção das restantes infraestruturas como já referido para a UCIP.

O valor total da obra e equipamentos considerado para o projeto é de 2.045.000€, sendo 200.000€ em 2025.

[ID41 | ID42] Unidade Técnica de Pneumologia

A Unidade de Técnicas de Pneumologia, necessita de intervenção e requalificação do espaço por forma a dar resposta à procura por meios de diagnóstico diferenciados, precisos e inovadores de todo o aparelho respiratória.

Com esta intervenção, pretende-se:

1. Melhorar as condições estruturais e de circulação da atual unidade;
2. Aumentar capacidade do recobro dos doentes e aumentar a capacidade de admissão e preparação dos mesmos, permitindo a individualização dos circuitos de entrada e saída de doentes;
3. Modernização dos equipamentos de suporte ao diagnóstico diferenciado;
4. Criar circuitos diferenciados para equipamentos limpos e sujos;
5. Melhorar os espaços de armazenamento dos materiais e equipamentos.

O valor total da obra e equipamentos considerado para o projeto é de 1.230.000€ para 2026.

[ID43] Centro de Hemodiálise ULSAS

O HFF dispõe de uma área para a realização de hemodiálise a doentes internados. No entanto, de acordo com as condições atuais o espaço não apresenta garantia para a sua utilização plena tendo uma rede de águas desajustada, espaço para camas de internamento utilizado para a hemodiálise entre outros constrangimentos que diminuem a qualidade e segurança. Nesse sentido, surge a necessidade para a criação de um novo Centro de Hemodiálise. Um novo Centro de Hemodiálise poderá também surgir no HS nos anos seguintes e após profundos estudos para a sua viabilidade.

O valor total do projeto é de 16.000.000€, sendo 200.000€ para 2025.

[ID44] Alargamento da resposta de Hemodiálise HFF

O valor total do projeto é de 2.200.000€, sendo 200.000€ para 2025.

[ID45 | ID46] Ressonância Magnética

A utilização atual da RM está praticamente esgotada tendo o HFF que recorrer a fornecedores externos para colmatar as limitações de utilização plena deste equipamento. Anualmente prevê-se um crescimento de utilização desta tecnologia para diagnóstico.

O valor inscrito em plano é de 3.075.000€ para 2026.

[ID47] Litotritor

A ULSASI terá condições para a criação de um Centro para o Tratamento da Litíase, de modo a evitar o recurso à cirurgia minimamente invasiva para o tratamento de doentes com patologia renal.

O valor inscrito em plano é de 738.000€ para 2025.

[ID48] AVAC Bloco

O valor inscrito em plano é de 4.650.000€, sendo 150.000€ para 2025.

[ID49] Requalificação de Quartos de Isolamento

Os quartos de isolamento existentes nos Serviços de Internamento tiveram uma adaptação contextualizada, no âmbito da pandemia Covid-19. Nesse sentido, foram efetuados ajustamentos urgentes, de forma a garantir a pressão negativa nestes espaços, mas sem a total garantia de longevidade, necessária para esta tipologia diferenciada. Terá de haver uma requalificação profunda, adaptando estas instalações aos requisitos técnicos atuais.

O valor inscrito em plano é de 1.722.000€, sendo 246.000€ para 2025.

[ID50] Informatização da Anatomia Patológica e Medicina Transfusional

Estes Serviços não dispõem de aplicações ajustadas à especificidade de cada especialidade pelo que se torna urgente, a sua aquisição e implementação em contexto hospitalar diferenciado.

O valor inscrito em plano é de 382.095€ para 2025.

- [ID51, ID52, ID53] Atualização da rede informática

A estrutura da rede informática do HFF, não garante o desempenho ideal para o fluxo de informação produzida diariamente. Em contexto de Processo Clínico Eletrónico a 100% a garantia de performance da rede atual não se coaduna com a utilização da mesma pelos profissionais de saúde. O mesmo se passa através dos acessos externos que terão de ser garantidos para a utilização plena em contexto de telemedicina e telerradiologia em que se prevê uma utilização cada vez maior em contexto de ULS.

O valor inscrito no orçamento é de 476.010€, distribuído pelas áreas de Remodelação do Data Center, Reforço da rede WiFi, Sistema de redundância do Data Center.

[ID55] Câmara Hiperbárica

A utilização deste equipamento tem uma elevada dependência a recurso externo, aumentando a despesa em FSE. Atendendo ao elevado número de doentes tratados através desta tecnologia/equipamento, torna-se essencial, dotar o HFF deste recurso para melhor tratamento de todos os doentes (surdez súbita, tratamento de feridas complexas entre outras situações de maior ou menor gravidade).

O valor inscrito em plano é de 623.000€ para 2026.

6. DESEMPENHO ECONÓMICO-FINANCEIRO

6.1. Demonstrações Financeiras

Quadro 26 – Balanço 2024-2027

	2024	2025	2026	2027
Ativo	136.851.862	162.967.639	206.398.105	222.272.050
Ativo não corrente	87.675.339	125.955.694	173.319.097	182.830.601
Ativo fixo tangíveis	87.579.959	125.835.505	173.205.059	182.722.928
Ativo intangíveis	95.381	120.188	114.038	107.673
Ativo corrente	49.176.523	37.011.945	33.079.007	39.441.449
Inventários	14.030.290	15.853.015	16.456.265	17.000.518
Clientes, contribuintes e utentes	22.510.744	17.697.808	12.097.262	18.827.808
Estado e Outros Entes Públicos	196.562	196.562	196.562	196.562
Outras contas a receber	10.438.726	1.264.361	2.328.718	1.416.361
Diferimentos	200	200	200	200
Caixa e depósitos	2.000.000	2.000.000	2.000.000	2.000.000
Total do Património Líquido e Passivo	136.851.862	162.967.639	206.398.105	222.272.050
Património Líquido	-36.937.284	-117.079.683	-213.847.311	-308.326.175
Património/ Capital	66.049.560	66.049.560	66.049.560	66.049.560
Reservas	6.201.430	6.201.430	6.201.430	6.201.430
Ajustamentos em ativos financeiros	-134.760.731	-204.186.403	-296.526.907	-388.307.182
Outras variações no património líquido	94.082.496	107.196.235	102.208.882	97.221.529
Resultado líquido do período	-68.510.039	-92.340.504	-91.780.275	-89.491.512
Passivo	173.789.147	280.047.322	420.245.415	530.598.225
Passivo não corrente	7.721.575	7.851.575	7.463.722	7.075.869
Provisões	2.025.192	2.155.192	2.285.192	2.415.192
Financiamentos obtidos	5.696.383	5.696.383	5.178.530	4.660.677
Passivo corrente	166.067.572	272.195.747	412.781.694	523.522.356
Fornecedores	85.894.243	190.111.918	327.610.325	443.059.989
Adiantamentos de clientes, contribuintes e utentes	9.317.211	2.000	2.000	2.000
Estado e outros entes públicos	6.507.358	7.574.125	7.725.514	7.879.929
Fornecedores de investimento	2.358.133	7.733.784	9.300.311	3.040.885
Outras contas a pagar	58.516.282	66.008.224	67.327.848	68.673.858
Diferimentos	3.474.344	765.696	815.696	865.696

Quadro 27 – Demonstração de Fluxos de Caixa 2024-2027

	2024	2025	2026	2027
Fluxos atividades operacionais				
Recebimentos de clientes	438.346.467	475.426.822	489.423.958	503.841.009
Recebimentos de utentes	941.487	947.915	947.915	947.915
Pagamentos a fornecedores	-232.651.171	-217.123.820	-192.474.340	-231.769.365
Pagamentos ao pessoal	-202.423.680	-237.105.169	-242.781.037	-247.633.665
Caixa gerada pelas operações	4.213.103	22.145.748	55.116.497	25.385.894
Outros recebimentos/pagamentos	-500.000	-500.000	-500.000	-500.000
Fluxos de atividades operacionais	3.713.103	21.645.748	54.616.497	24.885.894
Fluxos atividades de investimento				
AI: Pagamentos respeitantes a (-):	-13.046.032	-41.027.055	-54.235.338	-24.504.735
Ativos fixos tangíveis (P)	-12.832.370	-41.027.055	-54.235.337	-24.504.735
Outros ativos (P)	-213.662	0	0	0
AI: Recebimentos provenientes de (+):	2.331.402	19.244.613		
Subsídios ao investimento (R)	2.331.402	19.244.613	0	0
Fluxos de atividades de investimento	-10.714.630	-21.782.442	-54.235.338	-24.504.735
Fluxos atividades de financiamento				
AF: Recebimentos provenientes de (+):	349.126	136.694	136.694	136.694
Financiamentos obtidos (R)	210.361	0	0	0
Doações	138.765	136.694	136.694	136.694
AF: Pagamentos respeitantes a (-):			-517.853	-517.853
Financiamentos obtidos (P)	0	0	-517.853	-517.853
Fluxos de atividades de financiamento	349.126	136.694	-381.159	-381.159
Variação de caixa e seus equivalentes				
Efeito das diferenças de câmbio				
Caixa e seus equivalentes no início do período	8.652.400	2.000.000	2.000.000	2.000.000
Caixa e seus equivalentes no fim do período	2.000.000	2.000.000	2.000.000	2.000.000
Conciliação entre caixa e seus equivalentes e saldo de gerência				
Caixa e seus equivalentes no início do período	8.652.400	2.000.000	2.000.000	2.000.000
Saldo da gerência anterior	8.652.400	2.000.000	2.000.000	2.000.000
Caixa e seus equivalentes no fim do período	2.000.000	2.000.000	2.000.000	2.000.000
Saldo da gerência seguinte	2.000.000	2.000.000	2.000.000	2.000.000
Da execução orçamental (Fim do período)	2.000.000	2.000.000	2.000.000	2.000.000

6.2. Desempenho Económico-Financeiro

O Resultado Líquido para o exercício de 2025 é de -92,3 M€ com o EBITDA de -83,9 M€.

Os rendimentos inscritos em orçamento representam 476,6 M€, sendo o valor de financiamento do Contrato Programa atribuído à ULSASI de 466,6 M€ representando 99,8% do total de rendimentos. Os gastos estimados ascendem os 568,9 M€, claramente acima do financiamento atribuído.

Quadro 28 – Demonstração de Resultados ULSASI 2024-2027

	2024	2025	Δ		2026	2027
6 - Gastos	505.592.536	568.964.378	63.371.842	12,5%	582.401.285	594.529.572
61 - Custo das mercadorias vendidas e das matérias consumidas	84.181.741	95.118.090	10.936.348	13,0%	98.737.590	102.003.111
62 - Fornecimentos e serviços externos	211.369.623	227.227.037	15.857.414	7,5%	231.998.804	235.710.785
63 - Gastos com o pessoal	203.711.292	238.171.937	34.460.645	16,9%	242.932.426	247.788.080
64 - Gastos de depreciação e de amortização	6.010.284	8.147.159	2.136.876	35,6%	8.432.310	8.727.441
65 - Perdas por imparidade	90.000	90.000	0	0,0%	90.000	90.000
67 - Provisões do período	40.000	40.000	0	0,0%	40.000	40.000
68 - Outros gastos	189.596	170.156	-19.441	-10,3%	170.156	170.156
7 - Rendimentos	437.082.497	476.623.874	39.541.377	9,0%	490.621.010	505.038.061
70 - Impostos, contribuições e taxas	941.487	947.915	6.428	0,7%	947.915	947.915
71 - Vendas	210	210	0	0,0%	210	210
72 - Prestações de serviços e concessões	430.402.993	467.596.612	37.193.619	8,6%	481.593.748	496.010.798
75 - Transferências e subsídios correntes obtidos	430.434	3.136.694	2.706.260	628,7%	3.136.694	3.136.694
78 - Outros rendimentos	5.307.372	4.942.443	-364.929	-6,9%	4.942.443	4.942.443
Resultados antes de depreciação e gastos de financiamento (EBITDA)	-62.180.159	-83.893.189	-21.713.030	34,9%	-83.047.810	-80.463.915
Resultado líquido do período (antes de imposto)	-68.510.039	-92.340.504	-23.830.465	34,8%	-91.780.275	-89.491.512

Rendimentos

Os rendimentos do Contrato-Programa, como já referido, representam 99,8% do total dos rendimentos da ULSASI, sendo praticamente a única fonte de rendimentos. A integração em modelo ULS eliminou rendimentos decorrentes de re-faturação de medicamentos com receita médica, faturados posteriormente à ARSLVT, bem como, o financiamento dos tratamentos de Hemodiálise passando ambos a ser da inteira responsabilidade da ULSASI.

Importa ainda referir que o valor de financiamento não contempla a componente de custos de contexto, referentes à abertura da nova unidade, Hospital de Sintra, com abertura prevista em 2025.

Gastos

Os gastos previstos para 2025, ascendem os 568,9 M€ decompostos da seguinte forma:

- Medicamentos (10,7% da estrutura de gastos)

O aumento de medicamentos é justificado pelo crescimento estimado do n.º de doentes em patologias como, a Patologia Oncológica com uma estimativa de crescimento de 148 doentes, (+1,2 M€), com o VIH/SIDA com +302 doentes em seguimento (+1,6 M€), a Esclerose Múltipla com +26 doentes (+0,2 M€).

Nas vacinas, também consideradas nesta rubrica, prevê-se um aumento de 0,9 M€ face a 2024, representando um gasto de 4,7 M€.

- O aumento previsto na rubrica de Reagentes considera a possibilidade de internalização de exames com o aumento da oferta com a nova unidade (HS).
- Medicamentos vendidos em farmácia (13,9% da estrutura de gastos)

O valor de consumo inscrito em orçamento para 2025, obedece à indicação da Entidade Coordenadora do Programa Orçamental da Saúde no momento de elaboração do Orçamento para 2025, em agosto de 2024. Considerando que o valor inscrito na rubrica de 79,1M€, refere ao gasto imputado às farmácias da área de influência da ULS, e não aos gastos prescritos pelos clínicos dessa mesma entidade, considera-se que esta verba é de difícil controlo e não diretamente relacionada com medidas de eficiência locais que possam ser implementadas.

- Gastos com Recursos Humanos (41,9% da estrutura de gastos), com um aumento significativo de gastos com RH (+34,5M€) justificado por:
 - O mapa de pessoal para 2025 considera um total de 5.668 colaboradores permanentes, tendo sido excluídos os colaboradores em regime de substituição de trabalhadores temporariamente ausentes
 - O aumento na rubrica é justificado por: Progressões (0,5 M€), Concursos (0,4 M€), Entradas autorizadas por PDO2024 (18,1 M€), Novas entradas 2025 (4,3 M€), CRI Psiquiatria (2,1 M€), Orientadores de formação CSP (0,6 M€), Alteração à estrutura remuneratória para o regime da carreira de enfermagem (+3,6 M€)
 - Na rubrica de FSE referente prestadores de serviços de RH, considerou-se o valor de 8,9 M€ referente à necessidade de contratação de Prestadores de Serviço, de diferentes grupos profissionais, para os CSP e para suprir necessidade de reforço das equipas.
- Hospital de Sintra (HS)
 No exercício orçamental apresentado considera-se 40,2M€ para abertura do HS no 1.º trimestre de 2025. **A verba inscrita não tem previsto qualquer valor de rendimento associado, sendo responsável por 44% do desequilíbrio orçamental.**

#61 CMVMC	7,8M€
#62 FSE	8,3M€
#63 RH	22,9M€
Outros	1,2M€

- Transferência de competências para os Municípios de Amadora e Sintra
 De referir que, na presente data, ainda não se concretizou a transferência de competências para o Município de Sintra e, por esse facto, consideram-se os encargos dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) de Sintra relativos a limpeza, vigilância, eletricidade, água, rendas e remunerações dos Assistentes Operacionais. Relativamente aos CSP da Amadora permanecem relevados os gastos dos Assistentes Operacionais, em virtude da transferência não ter sido efetivada.

Quadro 29 – Detalhe dos Gastos ULSASI 2024-2027

	2024	2025	Δ		2026	2027
6 - Gastos	505.592.536	568.964.378	63.371.842	12,5%	582.401.285	594.529.572
61 - Custo das mercadorias vendidas e das matérias consumidas	84.181.741	95.118.090	10.936.348	13,0%	98.737.590	102.003.111
61.2 - Matérias-primas, subsidiárias e de consumo	84.181.741	95.118.090	10.936.348	13,0%	98.737.590	102.003.111
61.2.4 - Matérias de consumo clínico	84.181.741	95.118.090	10.936.348	13,0%	98.737.590	102.003.111
61.2.4.1 - Produtos farmacêuticos	60.337.179	67.083.931	6.746.752	11,2%	69.834.373	72.348.410
61.2.4.1.1 - Medicamentos	55.388.207	61.154.679	5.766.471	10,4%	63.662.020	65.953.853
61.2.4.1.2 - Reagentes e produtos de diagnóstico rápido	4.728.277	5.711.992	983.715	20,8%	5.946.184	6.160.246
61.2.4.1.9 - Outros produtos farmacêuticos	220.694	217.261	-3.434	-1,6%	226.168	234.310
61.2.4.2 - Material de consumo clínico	21.770.022	25.296.656	3.526.634	16,2%	26.080.852	26.758.954
61.2.4.3 - Material de consumo hoteleiro	896.649	1.300.000	403.351	45,0%	1.340.300	1.375.148
61.2.4.4 - Material de consumo administrativo	530.052	559.480	29.428	5,6%	576.824	591.821
61.2.4.5 - Material de manutenção e conservação	635.455	865.522	230.067	36,2%	892.353	915.555
61.2.4.9 - Outro material de consumo	12.384	12.500	116	0,9%	12.888	13.223
62 - Fornecimentos e serviços externos	211.369.623	227.227.037	15.857.414	7,5%	231.998.804	235.710.785
62.1 - Subcontratos e parcerias	166.315.146	171.548.711	5.233.565	3,1%	175.151.234	177.953.653
62.1.1 - Serviços de saúde	166.315.146	171.548.711	5.233.565	3,1%	175.151.234	177.953.653
62.1.1.1 - Meios complementares de diagnóstico	28.221.941	28.602.984	381.043	1,4%	29.203.647	29.670.905
62.1.1.1.1 - Patologia clínica	12.581.749	12.713.102	131.353	1,0%	12.980.077	13.187.758
62.1.1.1.2 - Anatomia patológica	2.714.115	2.755.182	41.066	1,5%	2.813.040	2.858.049
62.1.1.1.3 - Imagiologia	7.610.706	7.713.786	103.079	1,4%	7.875.775	8.001.787
62.1.1.1.4 - Cardiologia	1.959.770	1.978.582	18.812	1,0%	2.020.132	2.052.454
62.1.1.1.5 - Eletroencefalografia	12.777	12.892	114	0,9%	13.162	13.373
62.1.1.1.6 - Medicina nuclear	845.695	872.154	26.459	3,1%	890.469	904.717
62.1.1.1.7 - Gastroenterologia	2.150.644	2.196.594	45.950	2,1%	2.242.723	2.278.606
62.1.1.1.8 - Pneumologia / Imunoalergologia	152.899	154.268	1.370	0,9%	157.508	160.028
62.1.1.1.9 - Outros Meios de Diagnóstico	193.585	206.425	12.841	6,6%	210.760	214.132
62.1.1.2 - Meios complementares de terapêutica	36.466.199	36.811.081	344.882	0,9%	37.584.114	38.185.460
62.1.1.2.1 - Hemodiálise	20.024.039	20.203.400	179.361	0,9%	20.627.672	20.957.715
62.1.1.2.2 - Medicina física e de reabilitação	9.555.380	9.641.072	85.692	0,9%	9.843.535	10.001.032
62.1.1.2.4 - Cuidados respiratórios domiciliários	5.222.942	5.269.726	46.784	0,9%	5.380.390	5.466.476
62.1.1.2.5 - Unidades terapêuticas de sangue	944.507	967.973	23.467	2,5%	988.301	1.004.114
62.1.1.2.7 - Saúde oral	632.820	638.488	5.668	0,9%	651.897	662.327
62.1.1.2.8 - Tratamentos termais	20.491	20.675	184	0,9%	21.109	21.447
62.1.1.2.9 - Outros Meios Comp. de terapêutica	66.019	69.746	3.726	5,6%	71.210	72.350
62.1.1.3 - Produtos vendidos por farmácias	74.790.584	79.265.857	4.475.273	6,0%	80.930.440	82.225.327
62.1.1.5 - Internamentos	26.271.023	26.299.794	28.771	0,1%	26.852.090	27.281.724
62.1.1.9 - Outros subcontratos	565.398	568.994	3.595	0,6%	580.943	590.238
62.1.1.9.1 - Assistência ambulatória	496.672	502.856	6.184	1,2%	513.416	521.630
62.1.1.9.2 - Aparelhos complementares de terapêutica	18.571	19.000	429	2,3%	19.399	19.709
62.1.1.9.9 - Outros	50.155	47.138	-3.017	-6,0%	48.128	48.898
62.2 - Serviços especializados	29.093.975	34.687.815	5.593.840	19,2%	35.416.259	35.982.919
62.3 - Materiais de consumo	225.905	441.858	215.952	95,6%	451.137	458.355
62.4 - Energia e fluidos	2.978.684	4.626.860	1.648.176	55,3%	4.724.024	4.799.609
62.5 - Deslocações, estadas e transportes	7.396.781	8.448.827	1.052.046	14,2%	8.626.252	8.764.272
62.5.1 - Deslocações e estadas	10.012	32.460	22.448	224,2%	33.142	33.672
62.5.3 - Transportes de mercadorias e outros bens vendidos	1.730	65.000	63.270	3657,1%	66.365	67.427
62.5.5 - Transporte de doentes	7.385.039	8.351.367	966.328	13,1%	8.526.746	8.663.173
62.6 - Serviços diversos	5.359.132	7.472.967	2.113.835	39,4%	7.629.899	7.751.977
63 - Gastos com o pessoal	203.711.292	238.171.937	34.460.645	16,9%	242.932.426	247.788.080
63.1 - Remunerações dos órgãos sociais e de gestão	564.114	589.981	25.868	4,6%	598.831	607.813
63.2 - Remunerações do pessoal	162.653.003	191.122.815	28.469.812	17,5%	194.945.271	198.844.177
63.2.1 - Remunerações certas e permanentes	133.722.377	158.702.257	24.979.880	18,7%	161.876.302	165.113.828
63.2.1.1 - Remuneração base	98.275.943	117.865.388	19.589.445	19,9%	120.222.696	122.627.150
63.2.1.2 - Subsídio de férias	9.763.030	13.681.159	3.918.129	40,1%	13.954.782	14.233.878
63.2.1.3 - Subsídio de Natal	9.529.994	11.805.324	2.275.330	23,9%	12.041.430	12.282.259
63.2.1.4 - Despesas de Representação	62.390	207.579	145.189	232,7%	211.731	215.965
63.2.1.5 - Subsídio de refeição	5.680.605	6.757.544	1.076.939	19,0%	6.892.695	7.030.549
63.2.1.7 - Suplementos e prémios	10.410.415	8.385.263	-2.025.152	-19,5%	8.552.968	8.724.028
63.2.2 - Abonos variáveis ou eventuais	28.930.626	32.420.558	3.489.933	12,1%	33.068.969	33.730.349
63.2.2.01 - Subsídio e abono de fixação, residência e alojamento	131.309	82.407	-48.902	-37,2%	84.055	85.736
63.2.2.03 - Ajudas de custo	20.196	30.196	10.000	49,5%	30.800	31.416
63.2.2.04 - Trabalho extraordinário	11.003.553	12.782.386	1.778.833	16,2%	13.038.034	13.298.794
63.2.2.04.1 - Horas Extraordinárias	9.078.421	10.524.727	1.446.306	15,9%	10.735.221	10.949.926
63.2.2.04.2 - Prevenções	1.925.132	2.257.659	332.527	17,3%	2.302.812	2.348.868
63.2.2.05 - Gratificações variáveis ou eventuais	474.062	1.885.961	1.411.900	297,8%	1.923.681	1.962.154
63.2.2.05.1 - Prémios de desempenho	283.950	1.695.549	1.411.599	497,1%	1.729.460	1.764.049
63.2.2.05.9 - Outras	190.112	190.413	301	0,2%	194.221	198.105

	2024	2025	Δ		2026	2027
63.2.2.06 - Abono para faltas	1.959	1.959	0	0,0%	1.999	2.039
63.2.2.07 - Subsídio de prevenção, trabalho noturno e de turno	6.926.173	7.134.159	207.986	3,0%	7.276.843	7.422.379
63.2.2.07.1 - Noites e Suplementos	6.926.173	7.134.159	207.986	3,0%	7.276.843	7.422.379
63.2.2.08 - Formação	663.054	766.019	102.965	15,5%	781.339	796.966
63.2.2.09 - Colaboração técnica e especializada	8.262	12.262	4.000	48,4%	12.507	12.757
63.2.2.99 - Outros abonos variáveis	9.702.057	9.725.208	23.151	0,2%	9.919.712	10.118.106
63.2.2.99.1 - SIGIC	9.228.515	9.114.110	-114.405	-1,2%	9.296.392	9.482.320
63.2.2.99.9 - Outros	473.542	611.098	137.556	29,0%	623.320	635.786
63.4 - Indemnizações	301.678	175.000	-126.678	-42,0%	178.500	182.070
63.5 - Encargos sobre remunerações	38.674.716	44.156.421	5.481.705	14,2%	45.039.549	45.940.340
63.5.1 - Sistemas de proteção social	38.674.716	44.156.421	5.481.705	14,2%	45.039.549	45.940.340
63.5.1.1 - Segurança Social dos Funcionários Públicos-CGA	7.164.238	6.887.848	-276.390	-3,9%	7.025.605	7.166.117
63.5.1.2 - Segurança Social	31.510.478	37.268.572	5.758.095	18,3%	38.013.944	38.774.223
63.6 - Acidentes no trabalho e doenças profissionais	1.000.000	1.715.633	715.633	71,6%	1.749.945	1.784.944
63.7 - Gastos de ação social	43.886	43.886	0	0,0%	44.764	45.659
63.8 - Outros gastos com o pessoal	244.233	136.078	-108.155	-44,3%	138.800	141.576
63.8.9 - Outros	244.233	136.078	-108.155	-44,3%	138.800	141.576
63.9 - Outros encargos sociais	229.662	232.124	2.462	1,1%	236.766	241.502
64 - Gastos de depreciação e de amortização	6.010.284	8.147.159	2.136.876	35,6%	8.432.310	8.727.441
65 - Perdas por imparidade	90.000	90.000	0	0,0%	90.000	90.000
65.1 - Em contas a receber	90.000	90.000	0	0,0%	90.000	90.000
67 - Provisões do período	40.000	40.000	0	0,0%	40.000	40.000
68 - Outros gastos	189.596	170.156	-19.441	-10,3%	170.156	170.156
68.1 - Impostos e taxas	35.940	49.642	13.702	38,1%	49.642	49.642
68.4 - Perdas em inventários	78.707	93.090	14.382	18,3%	93.090	93.090
68.8 - Outros	74.949	27.424	-47.525	-63,4%	27.424	27.424

Quadro 30 – Rendimentos ULSASI 2024-2027

	2024	2025	Δ		2026	2027
7 - Rendimentos	437.082.497	476.623.874	39.541.377	9,0%	490.621.010	505.038.061
70 - Impostos, contribuições e taxas	941.487	947.915	6.428	0,7%	947.915	947.915
70.4 - Taxas, multas e outras penalidades	941.487	947.915	6.428	0,7%	947.915	947.915
70.4.1 - Taxas	941.487	947.915	6.428	0,7%	947.915	947.915
70.4.1.08 - Taxas moderadoras	941.487	947.915	6.428	0,7%	947.915	947.915
70.4.1.08.1 - Consultas	30.894	32.459	1.565	5,1%	32.459	32.459
70.4.1.08.2 - Urgência/SAP	713.397	720.000	6.603	0,9%	720.000	720.000
70.4.1.08.3 - Meios complementares diagnóstico e terapêutica	196.687	195.000	-1.687	-0,9%	195.000	195.000
70.4.1.08.9 - Outros	509	457	-53	-10,3%	457	457
71 - Vendas	210	210	0	0,0%	210	210
72 - Prestações de serviços e concessões	430.402.993	467.596.612	37.193.619	8,6%	481.593.748	496.010.798
72.01 - Serviços específicos do setor da saúde	430.402.993	467.596.612	37.193.619	8,6%	481.593.748	496.010.798
72.01.1 - SNS - SERVIÇO NACIONAL SAÚDE (Contrato Programa EPE)	429.490.857	466.643.714	37.152.857	8,7%	480.640.850	495.057.901
72.01.1.6.4 - Incentivos Institucionais (CP)	30.064.360	46.657.121	16.592.761	55,2%	48.056.835	49.498.540
72.01.1.6.5 - Valor Capitalicional (ULS)	397.242.365	417.807.767	20.565.402	5,2%	430.405.190	443.380.535
72.01.1.6.8 - Internos	2.184.132	2.106.324	-77.808	-3,6%	2.106.324	2.106.324
72.01.1.6.9 - Outras prestações de serviços	0	72.502	72.502	100,0%	72.502	72.502
72.01.3 - Outras entidades responsáveis	912.136	952.898	40.762	4,5%	952.898	952.898
72.01.3.1 - Internamento	263.822	280.000	16.178	6,1%	280.000	280.000
72.01.3.2 - Consulta	49.976	50.000	24	0,0%	50.000	50.000
72.01.3.3 - Urgência/SAP	315.323	315.000	-323	-0,1%	315.000	315.000
72.01.3.6 - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica	234.166	260.861	26.695	11,4%	260.861	260.861
72.01.3.6.1 - Meios de Diagnóstico	119.642	120.861	1.219	1,0%	120.861	120.861
72.01.3.6.2 - Meios de Terapêutica	114.523	140.000	25.477	22,2%	140.000	140.000
72.01.3.8 - GDH AMBULATÓRIO	3.768	2.037	-1.731	-45,9%	2.037	2.037
72.01.3.9 - Outras prestações de serviços	45.081	45.000	-81	-0,2%	45.000	45.000
75 - Transferências e subsídios correntes obtidos	430.434	3.136.694	2.706.260	628,7%	3.136.694	3.136.694
78 - Outros rendimentos	5.307.372	4.942.443	-364.929	-6,9%	4.942.443	4.942.443
78.1 - Rendimentos suplementares	5.232.769	4.881.062	-351.707	-6,7%	4.881.062	4.881.062
78.4 - Ganhos em inventários	120	171	51	42,9%	171	171
78.8 - Outros	74.483	61.209	-13.274	-17,8%	61.209	61.209
Resultados antes de depreciação e gastos de financiamento (EBITDA)	-62.499.756	-84.193.345	-21.693.589	34,7%	-83.347.965	-80.764.071
Resultado líquido do período (antes de imposto)	-68.510.039	-92.340.504	-23.830.465	34,8%	-91.780.275	-89.491.512

Quadro 31 – Demonstração de Resultados - Gastos Operacionais 2024-2027

	2024	2025	2026	2027
Gastos com comunicações				
62.6.2.1 - Acessos à Internet	20.032	17.835	18.210	18.501
62.6.2.2 - Comunicações fixas de dados	5.037	70.267	71.742	72.890
62.6.2.3 - Comunicações fixas de voz	54.694	149.792	152.937	155.384
62.6.2.9 - Outros serviços de comunicações	280.022	450.000	459.450	466.801
Deslocações				
62.5.1 - Deslocações e estadas	10.012	32.460	33.142	33.672
Ajudas de Custos				
63.2.2.03 - Ajudas de custo	20.196	30.196	30.800	31.416
Frota automóvel				
Nº de viaturas	37	28	28	28
Encargos com Frota Automóvel (€)	102.105	353.618	361.044	366.821
Contratação de estudos, pareceres, projetos e consultoria				
62.2.1.2 - Projetos e serviços de informática	2.526.829	2.575.030	2.629.106	2.671.171
62.2.1.4 - Estudos de organização, económico-financeiros e de auditoria				
Prestação de Serviços				
62.2.1.9.1 - Serviços técnicos de recursos humanos	2.604.979	2.424.979	2.475.903	2.515.518
62.2.1.9.1.1 - Serviços médicos prestados por empresas serviços médicos	2.235.035	2.055.035	2.098.191	2.131.762
62.2.4 - Honorários	6.835.141	6.527.205	6.664.276	6.770.905
62.2.4.9 - Outros honorários	6.835.141	6.527.205	6.664.276	6.770.905
62.2.4.9.1 - Serviços Médicos	6.171.719	5.863.783	5.986.922	6.082.713
Horas Extraordinárias				
63.2.2.04.1.1 - Pessoal Médico	7.134.190	7.753.292	7.908.358	8.066.525
63.2.2.04.1.2 - Pessoal de Enfermagem	1.232.772	1.850.342	1.887.349	1.925.096
63.2.2.04.1.3 - Pessoal Técnico Diagnóstico e Terapêutica	115.271	165.271	168.577	171.948
63.2.2.04.1.4 - Pessoal Técnico Superior	43.604	51.504	52.534	53.585
63.2.2.04.1.5 - Pessoal Assistente Técnico	120.980	148.930	151.909	154.947
63.2.2.04.1.6 - Pessoal Assistente Operacional	431.603	555.387	566.495	577.825
63.2.2.04.1 - Horas Extraordinárias	9.078.421	10.524.727	10.735.221	10.949.926
Total de horas extraordinárias	9.078.421	10.524.727	10.735.221	10.949.926
Total de gastos com comunicações	359.786	687.893	702.339	713.576
Total de ajudas de custos	20.196	30.196	30.800	31.416
Total contratação de estudos, pareceres, projetos e consultoria	2.526.829	2.575.030	2.629.106	2.671.171

6.3. Ganhos estimados e contributos para a sustentabilidade

A ULSASI prevê para 2025 o início de um projeto alargado no âmbito da sustentabilidade ambiental. Pretende-se que a ULSASI seja uma entidade de referência no panorama nacional no que concerne à proteção do meio ambiente em contexto hospitalar, da saúde dos colaboradores, pacientes e população em geral e redução da pegada ecológica.

Consideramos que o modelo da ULS prevê a promover o desenvolvimento sustentável e melhorar a eficiência e a qualidade dos estabelecimentos, fomentando iniciativas como a redução do consumo de água, eletricidade, papel, tratamento de resíduos e climatização com o correspondente impacto nos gastos.

Os hospitais devem também promover o desenvolvimento sustentável e melhorar a eficiência e a qualidade dos estabelecimentos, fomentando iniciativas como a redução do consumo de água, eletricidade, papel, tratamento de resíduos e climatização.

Existem sete conceitos que podem ser melhorados de forma a promover um hospital sustentável

1. Eficiência energética: reduzir o consumo de energia e os custos por meio de medidas de eficiência e conservação;
2. Água: conservar a água;
3. Geração de energia alternativa: produzir e/ou consumir energia limpa e renovável para garantir uma operação confiável e adaptável;

4. Resíduos: reduzir, reutilizar e reciclar, além de empregar alternativas à incineração para os resíduos que requerem tratamento especial;
5. Alimentos: fornecer alimentos produzidos de modo sustentável aos colaboradores e pacientes;
6. Transporte: encorajar meios de transportes não motorizados como bicicletas ou caminhada, promover o uso do transporte público, usar combustíveis alternativos para a frota de veículos do hospital;
7. Edifícios ecológicos: construir unidades planeadas para utilizar menos energia e recursos.

No âmbito da promoção e desenvolvimento do contexto na ULSASI, foi nomeada recentemente a Comissão de Sustentabilidade Ambiental, constituída por um grupo multidisciplinar, com a pretensão de ser um exemplo no panorama nacional no que concerne à proteção do meio ambiente em contexto hospitalar, da saúde dos colaboradores, pacientes e população em geral e redução da pegada ecológica. Esta Comissão será também responsável pelo projeto da ONG Green Hospitals. A Comissão apresentou um plano de trabalhos que identifica as seguintes áreas funcionais que podem influenciar numa gestão de recursos mais eficiente:

1. LIDERANÇA- Priorizar a Saúde Ambiental
 1. SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS - Substituir Substâncias Perigosas por Alternativas mais seguras
 2. RESÍDUOS- Reduzir, Tratar e Dispor de Forma Segura os Resíduos de Serviços de Saúde
 3. ENERGIA- Implementar Eficiência Energética e Geração de Energia Limpa Renovável
 4. ÁGUA- Reduzir o Consumo de Água e Fornecer Água Potável
 5. TRANSPORTE- Melhorar as Estratégias de Transporte para Pacientes e Funcionários
 6. ALIMENTOS - Comprar e Oferecer Alimentos Saudáveis e Cultivados de Forma Sustentável
 7. PRODUTOS FARMACÊUTICOS - Prescrição Apropriada, Administração Segura e Destinação Correta
 8. EDIFÍCIOS- Apoiar Projetos e Construções de Unidades Verdes e Saudáveis
 9. COMPRAS- Comprar Produtos e Materiais mais Seguros e Sustentáveis

Também o novo Hospital de Sintra conta com a instalação de painéis fotovoltaicos para produção de energia e painéis solares térmicos para aquecimento de água sanitária (AQS).

De referir que o HFF já dispõe de uma central de painéis fotovoltaicos, sendo um importante recurso para a utilização de energias de fontes renováveis. Os 1.850 painéis ocupam uma área de 10.000 m² e asseguram cerca de 20% do consumo de energia em pico do HFF. De referir ainda que, recentemente, os investimentos na eficiência energética e hídrica do HFF permitiram melhorar significativamente o certificado energético da classe “C” para “B”. Previmos a organização de rotas diárias pré-definidas tendo em vista à eficácia a redução de tempo, promovendo a deslocação em viaturas elétricas ou híbridas.

6.4. Alteração dos mapas previsionais face à proposta de orçamento 2025

Face ao orçamento submetido a 14 de agosto na plataforma da DGO importa destacar as seguintes alterações:

Ao nível dos rendimentos:

1. Da análise efetuada ao documento dos Termos de Referência para a Contratualização de Cuidados de Saúde no SNS para 2025, conclui-se que a verba referente a Incentivos Institucionais se encontra inscrita no valor comunicado de Contrato-Programa para o ano. Desta forma, e considerando o princípio contabilístico da prudência, no exercício apresentado não foi considerada verba para esta rubrica => impacto -13,3 M €
2. Por outro lado, o valor de Contrato-Programa foi ajustado à verba comunicada pela ACSS => impacto +24,2 M €
3. Revisão em baixa dos valores esperados para faturação de taxas moderadoras e subsídios à exploração => impacto -1,6 M€

Ao nível dos gastos:

1. Nos CMVMC e FSE foi ajustado o valor à previsão de fecho do período homologado => impacto -0,1 M€
2. Nos Gastos com Pessoal foi incorporado o valor correspondente à alteração da estrutura remuneratória para o regime da carreira de enfermagem => impacto -3,6 M€

7. ANEXOS EM CUMPRIMENTO DO DESPACHO N.º 11241-D/2024 DA SEGS

7.1. 3. a) Análise crítica ao Plano de Desenvolvimento Organizacional 2024-2026 já aprovado

7.1.1 Enquadramento

O Plano de Desenvolvimento Organizacional (PDO) da Unidade Local de Saúde Amadora / Sintra (ULSASI) foi submetido, na sua primeira versão, no dia 27 de novembro de 2023, dando cumprimento ao Despacho n.º 04 / 2023 / SES de 17 de outubro, com o assunto Planeamento e contratualização de cuidados no Serviço Nacional de Saúde- Orientações para o ano de 2024.

O PDO 2024-2026 foi aprovado através do email do Senhor Diretor Executivo do Serviço Nacional de Saúde, Dr. António Gandra D'Almeida de 30 de julho de 2024, com o seguinte enquadramento de aprovação:

Instituições		ULS Amadora Sintra
A - Desempenho Assistencial	QMPD	Aprovado (Anexo II do Contrato Programa)
	Objetivos de Desempenho e Eficiência	Concluir a negociação dos indicadores não contratualizados à exceção do B.9 e D.19, cuja ponderação será redistribuída. Contratualização de Adenda ao Contrato-Programa, onde conste o Apêndice de Objetivos de Desempenho e de Eficiência, para 2024
B - Desempenho económico-financeiro	2024	Aprovação condicionada a nova reavaliação das demonstrações financeiras, com base na execução do 1º semestre.
C - Recursos Humanos (mapa de pessoal)	2024	Aprovado o mapa de pessoal que inclui + 839 novos postos de trabalho para 2024, +20.2% em relação a 2023
D - Plano de investimentos	2024	Aprovado o plano de investimentos para 2024 no montante 51.758.249€, condicionado a parecer prévio da DE-SNS nos investimentos cujo escalonamento para 2024 for superior a 0.5 M€
	Valor total	51 758 249 €

O documento apresentado pretende analisar a previsão de execução do PDO 2024-2026 face aos objetivos definidos nas vertentes de: Desempenho Assistencial, Desempenho económico-financeiro, Recursos Humanos e Plano de investimentos. As análises apresentadas consideram a realidade verificada a outubro de 2024 ajustada da expectativa dos restantes meses do ano.

7.1.2 Desempenho Assistencial

A atividade prevista para 2024 foi estimada na incerteza de abertura do Hospital de Sintra e com alguma incerteza quanto à realidade dos CSP.

Por outro lado, a expectativa de contratação inscrita no PDO2024 também não se verificou considerando a data de aprovação do mesmo no início do segundo semestre do ano.

Cuidados de Saúde Primários

Na área dos CSP foi prevista a atividade correspondente à totalidade dos recursos humanos estimados para o exercício, que não se conseguiu concretizar com a celeridade esperada. Assim sendo, a atividade prevista para 2024 para os CSP ficou abaixo do esperado nas consultas médicas e consultas não médicas.

Em 2024, estima-se a realização de 1.285.556 consultas médicas, sendo 779.359 presenciais e 506.197 não presenciais. No total ficam 13,6% abaixo do estimado.

Os serviços domiciliários, médicos e enfermeiros, registaram um aumento face aos esperado em 7,2% e 2,6%, respetivamente, refletindo um esforço das equipas num maior acompanhamento de proximidade da área de influência da ULSASI.

Por fim, estima-se a realização de -11,1% e -57,7% de consultas de enfermagem e de outros profissionais, respetivamente, pelos motivos já identificados.

Cuidados de Saúde Hospitalares

Pelas estimativas realizadas, prevê-se que o ano de 2024 tenha sido um ano de claro crescimento de atividade no Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca. Foi um ano em que foram alcançados valores nunca atingidos de atividade em diversas linhas, como sendo a Consulta Externa e a Atividade Cirúrgica.

Prevê-se face ao PDO2024 um incremento em 4,8% do n.º total de consultas médicas realizadas, representando +17.231, sendo 5.125 primeiras consultas.

No que refere ao internamento, prevê-se um aumento de 4,6% do número de doentes saídos (+1.221), sendo 17.960 GDH Médicos e 10.067 GDH Cirúrgicos.

O número de admissões à Urgência Médico-cirúrgica ficou 4,9% abaixo do esperado e o Serviço de Urgência Básica 11,6% acima do esperado, sendo claramente um desempenho positivo para ambas as áreas.

Nos GDH de ambulatório médico e cirúrgico estima-se que fiquem significativamente acima do esperado com +28,3% e +10,6%, respetivamente face à atividade prevista.

Quadro Mínimo de Produção 2024

	PDO2024	Fecho 2024	Δ Fecho 2024 - PDO2024	
Cuidados Primários				
Consultas	1.487.513	1.285.556	-201.957	-13,6%
Nº Consultas Médicas Presenciais (CSP)	905.559	779.359	-126.200	-13,9%
Nº Consultas Médicas Não Presenciais (CSP)	581.954	506.197	-75.757	-13,0%
Serviços Domiciliários				
Nº Visitas Domiciliárias Médicas (CSP)	4.076	4.368	292	7,2%
Nº Visitas Domiciliárias Enfermagem (CSP)	41.322	42.412	1.090	2,6%
Outras Consultas por Pessoal não Médico				
Nº Consultas de Enfermagem (CSP)	699.320	621.884	-77.436	-11,1%
Nº Consultas de Outros Profissionais (CSP)	59.261	25.054	-34.207	-57,7%
Cuidados Hospitalares				
Consultas Externas				
Nº Total Consultas Médicas	358.916	376.147	17.231	4,8%
Primeiras Consultas	111.670	116.795	5.125	4,6%
Primeiras Consultas com origem nos CSP referenciados	40.065	36.943	-3.122	-7,8%
Primeiras Consultas Descentralizadas	2.630	1.192	-1.438	-54,7%
Primeiras Consultas	68.975	78.660	9.685	14,0%
Consultas Subsequentes	247.246	259.352	12.106	4,9%
Consultas Subsequentes Descentralizadas	24.700	22.977	-1.723	-7,0%
Consultas Subsequentes	222.546	236.375	13.829	6,2%
Internamento				
Doentes Saídos	26.806	28.027	1.221	4,6%
GDH Médicos	17.320	17.960	640	3,7%
GDH Cirúrgicos	9.486	10.067	581	6,1%
GDH Cirúrgicos Programados	3.836	3.936	100	2,6%
GDH Cirúrgicos - Urgentes	5.650	6.131	481	8,5%
Urgência				
Total de Atendimentos	252.800	247.593	-5.207	-2,1%
Total Atendimentos SU Médico-Cirúrgica	208.996	198.704	-10.292	-4,9%
Total de Atendimentos SU Básica	43.804	48.889	5.085	11,6%
N.º de Atendimentos (sem Internamento)	233.619	231.106	-2.513	-1,1%
Total Atendimentos SU Médico-Cirúrgica	189.815	182.217	-7.598	-4,0%
Total de Atendimentos SU Básica	43.804	48.889	5.085	11,6%
Hospital de Dia				
Hematologia / Imuno-hemoterapia	1.750	2.387	637	36,4%
Psiquiatria e Unidades Sócio-Ocupacionais	8.700	6.576	-2.124	-24,4%
Base (Pediatría+Pneumologia+Oncologia s/ Químio+Outros)	20.310	23.006	2.696	13,3%
Serviços Domiciliários				
Total de Domicílios	1.900	1.557	-343	-18,1%
Hospitalização Domiciliária	700	592	-108	-15,4%
GDH Ambulatório				
GDH Médicos	3.220	4.130	910	28,3%
GDH Cirúrgicos	11.075	12.245	1.170	10,6%
Sessões de Quimioterapia				
Quimioterapia	11.340	11.187	-153	-1,3%
Rastreios - Nº de Rastreios				
Rastreio da Retinopatia Visual	352	57	-295	-83,8%
Rastreio Visual Infantil	120	0	-120	-100,0%

7.1.3 Desempenho Económico-Financeiro

A expectativa de fecho para 2024 apresenta um Resultado Líquido inscrito foi de -63,1 M €, sendo o EBTIDA de -69,4 m €, ficando em linha com o previsto no PDO2024. O desvio apresentado é justificado pela redução em rendimentos. Considerando a incerteza quanto à contabilização das verbas referentes a incentivos institucionais e, no sentido do cumprimento do princípio contabilístico da prudência com especial relevância quando referente à linha de rendimentos, considerou-se não incluir a verba de 3% até esclarecimento de contabilização por parte da ACSS. Adicionalmente importa referir que esta estimativa contempla os gastos relativos aos primeiro

trimestre de medicamentos dispensados em farmácia de comunidade e MCDT de convencionados cuja validação é efetuada pelo CCM SNS e também carece de esclarecimento junto da ACSS.

	PDO2024	2024	Δ	
6 - Gastos	517.017.382	506.508.168	-10.509.214	-2,0%
61 - Custo das mercadorias vendidas e das matérias consumidas	86.589.682	84.181.741	-2.407.940	-2,8%
62 - Fornecimentos e serviços externos	212.783.382	211.369.623	-1.413.759	-0,7%
63 - Gastos com o pessoal	211.137.794	204.626.924	-6.510.870	-3,1%
64 - Gastos de depreciação e de amortização	6.129.809	6.010.284	-119.526	-1,9%
65 - Perdas por imparidade	90.000	90.000	0	0,0%
67 - Provisões do período	40.000	40.000	0	0,0%
68 - Outros gastos	246.715	189.596	-57.119	-23,2%
7 - Rendimentos	449.993.797	437.082.497	-12.911.301	-2,9%
70 - Impostos, contribuições e taxas	937.419	941.487	4.068	0,4%
71 - Vendas	210	210	0	0,0%
72 - Prestações de serviços e concessões	443.173.469	430.402.993	-12.770.476	-2,9%
75 - Transferências e subsídios correntes obtidos	1.138.765	430.434	-708.331	-62,2%
78 - Outros rendimentos	4.743.933	5.307.372	563.439	11,9%
Resultados antes de depreciação e gastos de financiamento (EBITDA)	-60.517.060	-63.095.792	2.578.731	4,3%
Resultado líquido do período	-67.023.585	-69.425.672	2.402.087	3,6%

Gastos:

Os gastos totais previstos para 2024, são de 506,5 M €, ficando 2% abaixo do previsto no PDO2024.

O Custo das mercadorias vendidas e matérias consumidas tem um gasto estimado para 2024 de 84,1 M €, ficando 2,8% abaixo do esperado. As rubricas com maior desvio face ao valor esperado são:

- O consumo clínico verificou um consumo de 21,8 M € em 2024, apresentando uma redução de 7,2% face ao esperado (1,7 M €).
- O consumo de material hoteleiro apresenta uma redução de 37,7% (-0,5 M€).

A rubrica de Fornecimentos e Serviços Externos apresenta uma redução de 0,7% face ao esperado, com um impacto económico de -1,4 M€. As rubricas com maior desvio negativo são os Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica com -1,5% face ao esperado (-0,4 M€), os Serviços Especializados com -2,7% (-0,8 M€) e os Serviços Diversos com -7,5% (-0,4 M€).

No que se refere aos Gastos com Pessoal, o valor estimado será de 204,6 M€ para 2024, ficando 3,1% abaixo do valor esperado para 2024, considerando o facto de impossibilidade de abertura da Unidade de Sintra neste ano. Por outro lado, destaca-se a redução de rubricas como as de prevenção (-13,3%) e de Subsídio de prevenção, trabalho noturno e de turno (-2,8%).

Rendimentos:

Foi considerado o valor de rendimentos correspondente ao Contrato Programa de 429,5 M€.

7.1.4 Recursos Humanos

O mapa de pessoal aprovado para 2024 é de 5.439 colaboradores, contemplando o acréscimo previsto com a abertura do HS. Estima-se que no final de 2024 o mapa de pessoal seja de 4.704 colaboradores, considerando a abertura da nova unidade transitar para 2025.

O mapa abaixo apresentado contempla a previsão de elementos por contratar e a transitar para 2025, por grupo profissional, justificando também o gasto da rubrica abaixo do previsto para o ano.

Grupo Profissional	PDO 2024	2024	Δ
Órgãos Sociais	8	8	0
Dirigentes	44	36	-8
Médicos	827	740	-87
Médicos Internos	383	361	-22
Enfermeiros	1.807	1.550	-257
Técnicos Superiores de Saúde	88	67	-21
Técnicos de Diag. Terapêutica	378	330	-48
Técnicos Superiores	148	125	-23
Ed. Infância	3	2	-1
Informáticos	15	13	-2
Assistentes Técnicos	709	596	-113
Assistentes Operacionais	1.029	876	-153
Total	5.439	4.704	-735

7.1.5 Investimentos

O plano de investimentos para 2024 no montante de 51.758.249€, tendo sido aprovado pela tutela em julho de 2024.

Os montantes apresentados representam a taxa de execução do investimento a outubro de 2024, sendo a mesma de 25%. Assim sendo, os equipamentos com execução superior a 50% são:

- Equipamento básico incluindo mobiliário, equipamento cozinha e hoteleiro, no HFF => 59,9%
- Instrumental cirúrgico, no HFF => 58,2%
- Robot cirúrgico => 100%



ID	Descrição do projeto	Classificação do investimento	Objetivo do investimento	Estimado (2024)	Realizado (2024)	Taxa de execução
3	1.02- Alargar o Rastreo da Retinopatia Diabética a todos os Centros de Saúde	Equipamento básico: Médico cirúrgico	Melhoria de acesso	24.621	0	0,0%
4	1.02- Alargar o Rastreo da Retinopatia Diabética a todos os Centros de Saúde	Equipamento básico: Médico cirúrgico	Melhoria de acesso	32.827	0	0,0%
5	1.08- Requalificar ou adaptar edifícios para aumentar eficiência energética, cumprir planos de contingência e/ou assegurar acessibilidade, a segurança e o conforto de utentes e profissionais	Edifícios e outras construções	Melhoria da eficiência e produtividade	81.139	0	0,0%
6	1.09- Qualificar as instalações e os equipamentos dos centros de saúde - Modernizar equipamentos	Equipamento de informática e software informático	Melhoria da eficiência e produtividade	160.630	0	0,0%
9	12 monitores e centrais de monitorização para pneumologia e med III intermédios	Equipamento básico: Médico cirúrgico	Melhoria da eficiência e produtividade	123.000	0	0,0%
10	Alargamento da Unidade de Internamento de Psiquiatria	Edifícios e outras construções	Melhoria de acesso	2.398.000	0	0,0%
11	Alargamento da Unidade de Internamento de Psiquiatria	Equipamento de informática e software informático	Melhoria de acesso	68.880	0	0,0%
12	Alargamento da Unidade de Internamento de Psiquiatria	Outros investimentos	Melhoria de acesso	562.725	0	0,0%
13	Atualização da rede informática	Equipamento de informática e software informático	Melhoria da eficiência e produtividade	300.000	0	0,0%
14	Aumento Potência	Edifícios e outras construções	Evitar a interrupção da prestação de cuidados	883.214	0	0,0%
15	AVAC Bloco	Edifícios e outras construções	Evitar a interrupção da prestação de cuidados	150.000	0	0,0%
16	Câmara hiperbárica	Equipamento básico: Médico cirúrgico	Internalização da prestação de cuidados	623.000	0	0,0%
22	Conforto térmico (Fundo Ambiental)	Edifícios e outras construções	Melhoria da eficiência e produtividade	400.000	0	0,0%
23	DataCenter	Equipamento de informática e software informático	Evitar a interrupção da prestação de cuidados	108.195	0	0,0%
24	Equipamento básico incluindo mobiliário, equipamento cozinha e hoteleiro	Outros investimentos	Evitar a interrupção da prestação de cuidados	1.000.000	598.788	59,9%
25	Equipamento básico incluindo mobiliário, equipamento cozinha e hoteleiro	Outros investimentos	Evitar a interrupção da prestação de cuidados	500.000	0	0,0%
26	Equipamento básico incluindo mobiliário, equipamento cozinha e hoteleiro	Outros investimentos	Evitar a interrupção da prestação de cuidados	500.000	0	0,0%
27	Equipamento básico incluindo mobiliário, equipamento cozinha e hoteleiro	Outros investimentos	Melhoria da eficiência e produtividade	500.000	0	0,0%
28	Equipamento Hospital Proximidade Sintra	Equipamento de informática e software informático	Melhoria de acesso	1.787.583	517.001	28,9%
29	Equipamento Hospital Proximidade Sintra	Equipamento básico: Médico cirúrgico	Melhoria de acesso	12.797.173	5.749.697	44,9%
30	Equipamento Hospital Proximidade Sintra	Outros investimentos	Melhoria de acesso	4.083.600	1.736.943	42,5%
31	Equipamento informático diverso	Equipamento de informática e software informático	Evitar a interrupção da prestação de cuidados	1.000.000	213.075	21,3%
32	Equipamento informático diverso	Equipamento de informática e software informático	Evitar a interrupção da prestação de cuidados	100.000	0	0,0%
33	Equipamento informático diverso	Equipamento de informática e software informático	Melhoria da eficiência e produtividade	100.000	0	0,0%
34	Equipamento informático diverso	Equipamento de informática e software informático	Melhoria da eficiência e produtividade	100.000	0	0,0%
35	Equipamento médico-cirúrgico (vários equipamentos avariados ou com necessidade de substituição urgente)	Equipamento básico: Médico cirúrgico	Evitar a interrupção da prestação de cuidados	2.815.500	1.362.515	48,4%
36	Equipamento médico-cirúrgico (vários equipamentos avariados ou com necessidade de substituição urgente)	Equipamento básico: Médico cirúrgico	Evitar a interrupção da prestação de cuidados	500.000	0	0,0%
37	Equipamento médico-cirúrgico (vários equipamentos avariados ou com necessidade de substituição urgente)	Equipamento básico: Médico cirúrgico	Evitar a interrupção da prestação de cuidados	150.000	309	0,2%
38	Equipamento médico-cirúrgico (vários equipamentos avariados ou com necessidade de substituição urgente)	Equipamento básico: Médico cirúrgico	Melhoria da eficiência e produtividade	150.000	247	0,2%
41	Informatização Anatomia Patológica e Medicina Transfusional	Equipamento de informática e software informático	Melhoria da eficiência e produtividade	382.095	0	0,0%
42	Informatização da UCI	Equipamento de informática e software informático	Melhoria da eficiência e produtividade	135.250	0	0,0%
43	Instrumental Cirúrgico	Equipamento básico: Médico cirúrgico	Evitar a interrupção da prestação de cuidados	750.000	436.744	58,2%
45	Intervenção na Farmácia Hospitalar, máquina de reembalagem e carros de distribuição	Edifícios e outras construções	Evitar a interrupção da prestação de cuidados	1.000.000	0	0,0%
47	Utrotitor	Equipamento básico: Médico cirúrgico	Internalização da prestação de cuidados	61.500	0	0,0%
48	Microscópio electrónico para Anatomia patológica	Equipamento básico: Médico cirúrgico	Melhoria da eficiência e produtividade	553.500	0	0,0%
49	Obras de beneficiação e requalificação do Hospital	Edifícios e outras construções	Evitar a interrupção da prestação de cuidados	1.000.000	0	0,0%
50	Obras de beneficiação e requalificação do Hospital	Edifícios e outras construções	Evitar a interrupção da prestação de cuidados	500.000	0	0,0%
51	Plano de Prevenção da Legionella	Edifícios e outras construções	Evitar a interrupção da prestação de cuidados	2.583.000	0	0,0%
52	Projeto de AVAC para internamento de adultos - Piso 6 A	Edifícios e outras construções	Evitar a interrupção da prestação de cuidados	530.438	0	0,0%
56	Requalificação da cozinha e refeitório	Edifícios e outras construções	Evitar a interrupção da prestação de cuidados	2.767.500	0	0,0%
58	Requalificação da urgência obstétrica e ginecológica	Edifícios e outras construções	Evitar a interrupção da prestação de cuidados	1.943.400	0	0,0%
59	Requalificação da urgência obstétrica e ginecológica	Equipamento básico: Médico cirúrgico	Evitar a interrupção da prestação de cuidados	818.648	0	0,0%
60	Requalificação da urgência obstétrica e ginecológica	Equipamento de informática e software informático	Evitar a interrupção da prestação de cuidados	307.500	0	0,0%
61	Requalificação da urgência obstétrica e ginecológica	Outros investimentos	Evitar a interrupção da prestação de cuidados	615.000	0	0,0%
62	Requalificação dos quartos de isolamento	Edifícios e outras construções	Evitar a interrupção da prestação de cuidados	738.000	0	0,0%
63	Requalificação e substituição dos elevadores	Edifícios e outras construções	Melhoria de acesso	600.000	0	0,0%
66	Robot cirúrgico	Equipamento básico: Médico cirúrgico	Melhoria da eficiência e produtividade	2.335.770	2.335.770	100,0%
67	Segurança Contra Incêndios	Edifícios e outras construções	Evitar a interrupção da prestação de cuidados	184.500	0	0,0%
68	Segurança informática	Equipamento de informática e software informático	Evitar a interrupção da prestação de cuidados	1.087.061	0	0,0%
70	Sinalética HFF	Edifícios e outras construções	Melhoria de acesso	615.000	0	0,0%
71	Software de rastreabilidade do instrumental cirúrgico	Equipamento de informática e software informático	Melhoria da eficiência e produtividade	250.000	0	0,0%
				51.758.249	12.951.089	25,0%

3. b) Lista de medidas a implementar com definição de objetivos específicos realistas e mensuráveis associados a metas a atingir anualmente, que permitam efetuar um exercício de revisão da despesa, ao longo do triénio, com principais enfoques para a otimização de recursos, para o controlo da despesa com medicamentos e para o controlo da despesa com o transporte de doentes

7.2.1 Situação Atual

A Unidade Local de Saúde de Amadora/Sintra (ULSASI) enfrenta desafios relacionados com a gestão de recursos humanos, devido ao grande número de habitantes abrangidos e às especificidades da integração vertical de cuidados. A eficiência na alocação e desenvolvimento dos profissionais de saúde é crítica para garantir a sustentabilidade operacional e financeira da instituição, especialmente num contexto de financiamento por capitação, onde a eficiência impacta diretamente os resultados financeiros.

Desafios Identificados:

1. Déficit de Profissionais de Saúde
 - Número elevado de utentes sem médico de família: Cerca de 35,4% dos utentes inscritos.
 - Sobrecarga em áreas críticas: Carência de profissionais em algumas unidades, enquanto outras enfrentam sobrecarga.
 - Dependência de prestadores externos.
2. Rotatividade e Motivação
 - Elevada rotatividade de profissionais, especialmente em áreas críticas.
 - Dificuldades na retenção devido a condições de trabalho desafiadoras e à falta de incentivos atrativos.
3. Capacitação e Inovação
 - Necessidade de formação contínua em áreas tecnológicas e de gestão inovadora de cuidados, como telemedicina e doenças crónicas.
4. Integração e Comunicação
 - Fragilidades na coordenação entre os cuidados primários e hospitalares, impactando a continuidade e eficiência dos cuidados.

Medicamentos

Segundo relatório do Infarmed “*Dashboard das Unidades Locais de Saúde*”, no primeiro semestre de 2024, a despesa total com medicamentos no SNS foi de 1.116,6 M€, 12,5% acima do período homólogo, sendo que esta análise inclui em 2024 os Cuidados de Saúde Primários (CSP). Os gastos dos CSP apresentam maior impacto na despesa com medicamentos a partir. No entanto apenas representam 1% do custo total das ULS.

A despesa hospitalar está distribuída pelas diferentes áreas da seguinte forma: Ambulatório Hospitalar (Consulta Externa (CE), Hospital de Dia (HD) e Medicamentos cedidos ao exterior) (82,8%), Internamento, Bloco Operatório e Urgência (11,4%), os Cuidados de Saúde Primário (1,4%) e as restantes áreas (4,4%).

Na ULS Amadora-Sintra, a despesa total com medicamentos foi de janeiro a setembro 2024 foi de 48,9M€. O aumento foi de 10%, face ao ano anterior, contudo existindo um efeito, embora reduzido (0,7%) dos Cuidados de Saúde Primários, com maior impacto a partir de abril, pelo facto de existirem stocks nos CSP e uma parte do fornecimento ter sido assegurada no 1º trimestre do ano pela ex-Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. O impacto é maior ao nível da rubrica das vacinas, que não era assegurada até ao ano passado pela ULS e que passou a ser, tendo um impacto anual previsto para 2024 de cerca de 2,8M€.

Desvio de custos nas principais Patologias:

	Nº Doentes 2023	Nº Doentes 2024	Var. doentes 2023-2024	Consumo jan-set 2023	Consumo jan-set 2024	Var. consumo 2023-2024	Orçamento 2024	Projeção ano 2024	Desvio face ao orçamento (€)	Desvio face ao orçamento (%)
VIH	3274	3501	7%	13.125.728,74 €	13.933.677,34 €	6%	19.896.773,00 €	18.578.236,45 €	- 1.318.536,55 €	-7%
Oncologia	2320	2395	3%	8.829.570,12 €	10.115.850,50 €	15%	13.796.045,89 €	13.487.800,66 €	- 308.245,23 €	-2%
AR/Psoríase/DII	802	908	13%	3.107.367,55 €	3.297.110,21 €	6%	4.252.926,71 €	4.396.146,94 €	143.220,23 €	3%
Esclerose Múltipla	410	420	2%	3.875.056,59 €	4.041.160,52 €	4%	5.305.400,00 €	5.388.214,02 €	82.814,02 €	2%
Outras Patologias e Consumo Interno				15.457.488,99 €	17.211.570,95 €	11%	21.512.405,23 €	22.948.761,27 €	1.436.356,04 €	7%
Total HFF				44.395.212,00 €	48.599.369,51 €	9%	64.763.550,83 €	64.799.159,35 €	35.608,52 €	0,1%
Total CSP, sem vacinas				- €	344.737,37 €		787.907,00 €	517.106,00 €	- 270.801,00 €	
Total ULS, sem vacinas				44.395.212,00 €	48.944.106,88 €	10%	65.551.458,73 €	65.316.265,35 €	- 235.193,38 €	-0,4%
Vacinas				- €	1.890.493,00 €		3.823.024,05 €	2.817.245,17 €	- 1.005.778,88 €	-26,3%

Desvio de custos nas principais Patologias:

Verifica-se um crescimento de custos, com maior impacto em valor na Oncologia, VIH e na Artrite Reumatóide (AR)/Psoríase/Doença Inflamatória Intestinal (DII). Este acréscimo deve-se ao aumento generalizado do número de doentes em todas as patologias. Na Oncologia o aumento do número de doentes tratados, em específico no Cancro da Mama, com Pembrolizumab.

Há uma tendência do aumento do peso da Oncologia (+1p.p.) no custo total de medicamentos, relacionado com a introdução de medicamentos inovadores, da Imunoterapia (Pembrolizumab) e Pertuzumab.

Verifica-se uma tendência de decréscimo do peso da patologia VIH (-1p.p.) no total de custos com medicamentos comparativamente ao período homólogo. Na Oncologia a tendência é de aumento do peso no custo total com medicamentos pela Imunoterapia, inovação terapêutica e de algumas patologias oncológicas se estarem a transformar em doenças crónicas com aumento da sobrevivência dos doentes.

Outras notas relativas a outros grupos terapêuticos:

- Os Corretivos da Volémia aumentaram 36%. Este aumento deve-se à introdução dos medicamentos Patirómero e Ciclossilicato de Zircónio sódico para o tratamento de Hipercalcémia em Doença Renal Crónica, estádios 3 e 4.
- As Imunoglobulinas aumentaram 25% que estão relacionadas sobretudo o aumento do número de doentes em tratamento com Imunoglobulina Humana.
- Os Antibacterianos aumentaram 22% com aumento de utilização da associação Ceftazidima/Avibactam e Ertapenem.

- O Pembrolizumab sendo Imunoterapia, tem uma percentagem de crescimento de + 44% face ao período homólogo, com tendência crescente, com maior número de aprovações e com relatórios de avaliação de financiamento público com parecer positivo, para mais indicações e em linhas terapêuticas mais precoces.

Transportes

Face à reorganização atual do SNS, a criação das Unidades Locais de Saúde (ULS) irá certamente resultar num aumento significativo do número de transporte de doentes não urgentes, uma vez que cada ULS integrará não só os transportes hospitalares, mas também os dos cuidados de saúde primários. Este novo paradigma implicará inevitavelmente um aumento dos custos associados ao transporte de doentes não urgentes em cada unidade de saúde, com impacto direto na despesa global em saúde.

Nos Transportes de Doentes os desafios são:

- a) Crescente Procura por Transportes: Com o envelhecimento da população e o aumento da prevalência de doenças crónicas, a procura por transportes de doentes tem aumentado significativamente. Isso resulta em mais pressão sobre o sistema de transportes do SNS, muitas vezes levando a uma má alocação de recursos e a um aumento dos custos.
- b) Ineficiências na Gestão e Monitorização: A falta de um acompanhamento em tempo real dos transportes e a ausência de um sistema de feedback imediato para saber se os transportes foram realizados corretamente têm resultado em falhas no serviço, como atrasos, cancelamentos ou duplicação de transportes. Para suprir esta dificuldade deveria ser colocado uma tecnologia GPS em tempo real para monitorizar a execução dos transportes.
- c) Limitações no Sistema SGTd: Embora o SGTd tenha sido implementado para melhorar a gestão de transportes, existem limitações, nomeadamente a incapacidade de fazer alterações aos pedidos no próprio dia, o que restringe a flexibilidade para lidar com imprevistos. O SGTd deveria ter atualizações específicas para permitir modificações de transporte no próprio dia e a implementação de um sistema de alerta antecipado para reagir a situações imprevistas.
- d) Custos Elevados e Dispersos: O transporte de doentes representa uma parte considerável do orçamento do SNS, particularmente devido à falta de uma otimização eficaz das rotas e da utilização de serviços locais (como corporações de bombeiros). A ausência de um controlo rigoroso sobre a alocação de transportes em áreas distantes também agrava os custos.

7.2.2 Medidas Propostas

Outras Medidas

Para enfrentar os desafios identificados na gestão de recursos humanos, a Unidade Local de Saúde de Amadora/Sintra (ULSASI) propõe um conjunto de medidas estratégicas que visam otimizar os recursos existentes, atrair e reter talentos e garantir a continuidade e qualidade dos cuidados. Estas ações estão alinhadas com os objetivos de inovação, sustentabilidade e centralidade no utente, elementos fundamentais para consolidar a ULSASI como um modelo de excelência no

Sistema Nacional de Saúde. Abaixo, destacam-se as principais iniciativas planeadas. As medidas propostas

Medida 1 – Redistribuição de Recursos

Realizar um levantamento das necessidades em todas as unidades e serviços da ULSASI para redistribuir profissionais de forma mais equitativa. Implementar ferramentas digitais para otimizar a alocação de horários e turnos.

Medida 2 – Programas de Retenção

Criar incentivos financeiros e não financeiros para reduzir a rotatividade, incluindo progressão de carreira, prémios de desempenho e condições de trabalho melhoradas. Desenvolver pacotes de benefícios personalizados para profissionais em áreas de alta prioridade, como oncologia e cuidados intensivos.

Medida 3 – Capacitação Contínua

Lançar programas de formação em competências digitais e terapias inovadoras, alinhados com as novas tecnologias e medicamentos implementados. Estabelecer parcerias com instituições académicas para facilitar cursos de especialização e estágios clínicos.

Medida 4 – Integração de Serviços

Criar um sistema de comunicação interno para facilitar a colaboração entre os cuidados primários e hospitalares. Designar responsáveis de integração por unidade para coordenar o fluxo de trabalho e reduzir redundâncias.

Medida 5 – Monitorização e Avaliação

Implementar um sistema de monitorização contínua de indicadores de desempenho, como taxa de absentismo, produtividade por setor e satisfação dos profissionais. Relatórios trimestrais deverão ser apresentados ao Conselho de Administração, com sugestões para ajustes em políticas de Recursos Humanos.

Medicamentos

As medidas propostas têm como objetivo otimizar os custos com medicamentos sem comprometer a qualidade do tratamento dos doentes, possibilitar a incorporação da inovação terapêutica e aumentar o número de doentes tratados. As três primeiras medidas já foram alvo de análise e estão em curso, as restantes fazem parte dos objetivos do trabalho conjunto do Serviço de Farmácia com os diversos serviços clínicos e são mais morosas de implementar e mais difíceis de quantificar.

Medida 1 – Aumento do consumo de biossimilares, com redução de custos

Dar continuidade à política de implementação de biossimilares em todas as especialidades, considerando, sempre que possível, a substituição de medicamentos originais pelos seus biossimilares. Adicionalmente, otimizar o processo de compra de forma a adquirir ao menor custo, abrindo os concursos a vários fornecedores, promovendo desta forma uma maior competitividade entre os mesmos

Medida 2 – Prescrição dos Imunomoduladores, dose/Kg versus dose fixa

Alterar a forma de prescrição dos Imunomoduladores (Pembrolizumab e Nivolumab), dose/Kg versus dose fixa, de forma a ajustar a dose ao doente e reduzir custo, sem comprometer a eficácia.

Medida 3 – Benchmarking com outras ULS, no sentido de otimização de custos de tratamento

Promover benchmarking com outras ULS idênticas, nas patologias com maior custo por doente tratado, de forma a identificar as melhores práticas terapêuticas, com o objetivo de assegurar a otimização de custos de tratamento, com base nos relatórios periódicos do Infarmed.

Medida 4 – Implementar Programas de partilha de risco em medicamentos inovadores.

Já está em curso o Programa de Partilha de Risco com o medicamento Ribociclib, pretendendo-se implementar novos programas sempre que surja oportunidade de análise conjunta com a indústria farmacêutica.

Medida 5 – Criar protocolos em colaboração com a PPCIRA/ Programa PAPA para a conversão de terapêutica intravenosa em oral, de forma a selecionar a terapêutica mais adequada e evitar o uso prolongado da via intravenosa quando a mesma já não é adequada. Os antibióticos de utilização restrita são alvo de monitorização pela equipa PAPA, sendo obrigatória a monitorização pelos serviços farmacêuticos.

Medida 6- Harmonizar o formulário de medicamentos para a ULSASI que abranja o Hospital e os CSP, de forma a promover a eficiência e redução de custo, garantindo a prestação de cuidados com qualidade, à semelhança do projeto em curso com a Comissão de Feridas.

Transportes

O transporte de doentes não urgentes é disponibilizado a quem por insuficiência económica e, situação clínica devidamente justificada pelo médico prescriptor, não tenha capacidade de deslocação por meios próprios, às entidades prestadoras de serviços de saúde. Conforme o disposto no Artigo 2.º da Portaria n.º 142-B/2012, o transporte não urgente, refere-se transporte de doentes indispensável para a prestação de cuidados de saúde em entidades do SNS, ou em entidades de carácter social ou privadas com acordo ou convenção. Compete ao SNS alavancar os custos inerentes ao transporte destinado à prestação de cuidados de saúde, sendo que a imputação da responsabilidade dos seus encargos incide sobre a entidade requisitante. Os valores máximos pagos pelo SNS, na contratualização de serviços de transporte não urgente, são determinados pela distância percorrida (quilómetros-Km) pela presença de acompanhante, consumíveis e pelas horas de espera da viatura de transporte. Encontra-se regulamentado e obedece a critérios de prescrição, requisição, gestão e faturação, seguindo princípios de racionalidade económica, tais como agrupamento de doentes e critérios de minimização de distância entre o local de origem e destino. A instabilidade económica, a procura e a centralização dos cuidados de saúde em áreas urbanas, tem gerado um incremento nos custos inerentes aos transportes de doentes, com um impacto direto nas instituições de saúde e consequentemente no SNS. Considerando o recente paradigma de financiamento por capitação, ajustado pelo risco nas Unidades Locais de Saúde (ULS) é perentório, criar estratégias para otimizar a eficiência operacional, reduzir custos e melhorar a sustentabilidade financeira e ambiental associada ao transporte de doentes não urgentes. O transporte de doentes é uma área sensível, já que envolve

a mobilização de pacientes para consultas, tratamentos e intervenções, tanto em contexto de urgência como de rotina. A necessidade de racionalizar este serviço surge da crescente pressão sobre os sistemas de saúde e do aumento dos custos associados a estes transportes. Os planos de desenvolvimento contemplem ações para garantir uma gestão eficiente deste recurso, sem comprometer a qualidade dos cuidados prestados.

As potenciais medidas a serem consideradas para o controlo da despesa com transporte de doentes são:

Medida 1 – Avaliação criteriosa da necessidade de transporte

Garantir que apenas os doentes que realmente necessitam de transporte o utilizem, evitando deslocações desnecessárias.

Medida 2 – Promoção de alternativas ao transporte físico

Apostar na expansão de serviços como a teleconsulta ou a hospitalização domiciliária, que podem reduzir a necessidade de transporte para determinados tipos de consulta ou tratamento.

Medida 3 – Parcerias estratégicas

Desenvolver parcerias com serviços de transporte já existentes ou contratar serviços partilhados com outras instituições de saúde, aproveitando economias de escala para reduzir os custos.

Medida 4 – Monitorização contínua dos custos

Implementar sistemas de monitorização em tempo real dos gastos com transporte, permitindo uma revisão constante e ajustes rápidos quando necessário. Com Dashboards digitais e painéis de controlo em tempo real que forneçam à administração uma visão clara de onde os custos estão a ocorrer e quais rotas ou transportes estão a ser menos eficientes.

Medida 5 – Revisão de contratos com fornecedores

Avaliar os contratos existentes com empresas que prestam serviços de transporte, renegociando condições ou centralizando a aquisição desses serviços para conseguir melhores preços.

Medida 6 – Educação e sensibilização dos doentes e profissionais de saúde

Promover uma utilização mais consciente e eficiente do transporte de doentes, garantindo que tanto os utentes como os profissionais de saúde estão cientes das melhores práticas e do uso responsável deste serviço. Incluir uma estratégia de comunicação que vise diretamente os doentes e profissionais, através de workshops e campanhas de informação em centros de saúde, sobre a utilização racional e eficiente do transporte.

A inclusão de novas tecnologias é vital para abordar os desafios atuais com soluções robustas, promovendo a eficiência operacional e a alocação adequada de recursos de acordo com as necessidades. A Inteligência Artificial poderá desempenhar um papel preponderante na interoperabilidade e na análise de grandes volumes de dados em tempo real, respondendo de forma eficaz às exigências tanto dos doentes, como das instituições de saúde. O aumento contínuo do número de transporte de doentes não urgentes tem gerado um incremento dos custos imputados a cada unidade de saúde. No entanto, os dados disponíveis na plataforma SGT-D revelam limitações na interoperabilidade entre instituições. Face à escassez de recursos e às

necessidades crescentes, seria necessário repensar a utilização de outras viaturas de transporte por parte de acompanhantes e doentes, com condição clínica favorável. O recurso a transportes públicos, como autocarro ou comboio, ou a implementação de parcerias com empresas de transporte públicas ou privadas, pode possibilitar a criação de vouchers de viagem, cujo custo continuaria imputado às unidades de saúde, mediante um valor previamente contratualizado.

7.2.3 Metas e Objetivos

Outras Medidas

1. Acesso a Médicos de Família

Objetivo: Garantir que todos os utentes tenham acesso a médicos de família, reduzindo desigualdades nos cuidados de saúde.

Meta: Reduzir em 10% o número de utentes sem médico de família até 2026.

Medidas: Priorizar a contratação de médicos de família para áreas com maior carência. Implementar ferramentas digitais para redistribuição eficiente de recursos humanos e horários.

2. Retenção de Profissionais

Objetivo: Diminuir a rotatividade e promover condições para retenção de talentos, especialmente em áreas críticas.

Meta: Aumentar a taxa de retenção de profissionais em 20% até 2025.

Medidas: Criar planos de carreira baseados no desempenho, incluindo incentivos financeiros e não financeiros. Melhorar o ambiente de trabalho, com ênfase no reconhecimento e promoção de uma cultura de trabalho em equipa.

3. Capacitação e Desenvolvimento

Objetivo: Atualizar e desenvolver as competências dos profissionais, alinhando as práticas com as demandas tecnológicas e assistenciais.

Meta: Garantir que 100% dos profissionais participem em pelo menos uma formação relevante por ano até 2025

Medidas: Lançar programas de capacitação contínua nas áreas de inovação tecnológica, telemedicina e gestão de doenças crónicas. Estabelecer parcerias com instituições de ensino superior para facilitar especializações e estágios.

4. Satisfação Profissional

Objetivo: Melhorar a experiência e motivação dos profissionais de saúde, promovendo maior envolvimento e produtividade.

Meta: Atingir uma taxa de satisfação de 85% entre os profissionais até 2026.

Medidas: Implementar avaliações regulares de satisfação e criar estratégias baseadas nos resultados para responder a preocupações dos profissionais. Desenvolver um plano de valorização profissional, incluindo formações, reconhecimento público de conquistas e condições de trabalho mais atrativas.

Limitações

Esta abordagem estruturada visa alinhar os esforços de recursos humanos às prioridades estratégicas da ULSASI, promovendo eficiência, qualidade e satisfação nos cuidados de saúde. Embora as medidas propostas para os recursos humanos sejam abrangentes e estratégicas, existem limitações que podem impactar a sua implementação e resultados. Entre elas, destacam-se:

As restrições Orçamentais: A alocação de recursos financeiros pode não ser suficiente para suportar todas as iniciativas propostas, especialmente nas áreas de formação, contratação e incentivos.

A resistência à Mudança: As Mudanças nos processos internos e novos modelos de gestão podem enfrentar resistência por parte dos profissionais, impactando a adesão e eficácia das medidas.

A concorrência no Mercado de Trabalho: A atratividade limitada do setor público em comparação ao setor privado pode dificultar a contratação e retenção de profissionais qualificados, especialmente em áreas críticas.

Os desafios na Implementação de Tecnologias: A atualização e integração de ferramentas digitais podem ser atrasadas por limitações de infraestrutura tecnológica e interoperabilidade entre sistemas.

Falta de Flexibilidade em Contratações: Políticas restritivas de contratação no setor público podem dificultar a resposta às necessidades urgentes de recursos humanos, prolongando as carências nas unidades críticas.

A Carga de Trabalho Excessiva: A elevada carga de trabalho atual pode limitar a disponibilidade dos profissionais para participar em formações ou envolver-se em programas de desenvolvimento.

As Desigualdades Regionais: As necessidades variam significativamente entre unidades, o que pode dificultar a implementação uniforme das medidas e a redistribuição eficiente dos recursos.

Para superar estas limitações, será necessário:

- Priorizar medidas com maior impacto imediato e menor custo, garantindo uma gestão eficiente dos recursos disponíveis.
- Reforçar a comunicação interna para reduzir resistências e envolver os profissionais no processo de mudança.
- Procurar financiamento complementar através de parcerias e fundos específicos, como os disponibilizados pelo PRR (Plano de Recuperação e Resiliência).
- Adotar políticas flexíveis e criativas para atrair talentos, como programas de contratação temporária ou estágios remunerados.
- Garantir a integração tecnológica progressiva e ajustada às realidades locais.

Estas ações permitirão mitigar as dificuldades, garantindo maior viabilidade na execução do plano de recursos humanos.

Medicamentos

Medida	Objetivo	Redução de custos dez.de 2024	Redução de custos 2025	Redução de custos 2026	Redução de custos 2027
1	Aumento do consumo de biossimilares, com redução de custos	100.000€	1.200.000€	Negociação de preços e introdução de novos biossimilares	Negociação de preços e introdução de novos biossimilares
2	Prescrição dos Imunomoduladores, dose/Kg versus dose fixa	10.000€	300.000€	600.000€	Negociação de preços
3	Benchmarking, no sentido de otimização de custos de tratamento		Áreas do VIH e Esclerose Múltipla	Áreas a definir	Áreas a definir

Transportes

1. Revisão dos Critérios para Autorização de Transporte

Objetivo: Avaliar de forma mais criteriosa a necessidade de transporte de cada doente.

Meta: Reduzir em 10% o número de transportes de doentes considerados desnecessários até 2027.

Medida: Implementação de uma plataforma digital até 2025 para revisão automatizada e aprovação de pedidos de transporte, integrando critérios clínicos e de necessidade real.

2. Parcerias com Empresas de Transporte

Objetivo: Reduzir os custos operacionais através da externalização parcial do transporte de doentes.

Meta: Estabelecer parcerias com pelo menos 3 empresas de transporte até 2026, com redução de 10% nos custos globais de transporte.

Medida: Lançamento de concursos públicos para operadores de transporte em 2025, com contratos negociados com base em economias de escala e preços mais competitivos.

3. Promoção de Alternativas ao Transporte Físico

Objetivo: Reduzir a necessidade de transporte físico através da expansão da teleconsulta e hospitalização domiciliária.

Meta: Estabelecer parcerias com pelo menos 3 empresas de transporte até 2026, com redução de 10% nos custos globais de transporte.

Medida: Lançamento de concursos públicos para operadores de transporte em 2025, com contratos negociados com base em economias de escala e preços mais competitivos.

4. Monitorização e Relatórios de Custos

Objetivo: Monitorizar os custos de transporte de doentes em tempo real para identificar áreas de melhoria.

Meta: Reduzir em 5% os custos totais de transporte até 2025 e continuar a reduzir em 2% ao ano até 2027.

Medida: Implementação de um sistema de monitorização financeira até o final de 2025, com relatórios trimestrais enviados à administração para revisão e ajustes de rotas e serviços de transporte.

5. Educação e Sensibilização para o Uso Consciente do Transporte

Objetivo: Incentivar o uso responsável do transporte de doentes por parte dos profissionais de saúde e pacientes.

Meta: Aumentar a taxa de conscientização sobre o uso eficiente do transporte em 30% até 2026.

Medida: Realizar campanhas de sensibilização sobre o uso racional dos transportes de doentes e promover a formação contínua para os profissionais de saúde sobre quando e como solicitar transporte, com metas de redução de pedidos de transporte desnecessários.

6. Auditoria e Revisão de Contratos com Fornecedores de Transporte

Objetivo: Garantir que os contratos existentes com fornecedores de transporte sejam justos e competitivos.

Meta: Renegociar 100% dos contratos até o final de 2026, com uma meta de redução de custos de 8%.

Medida: Realizar uma auditoria completa de todos os contratos atuais até 2025, seguida de renegociação dos termos de contrato para assegurar melhores condições financeiras.

Monitorização e Avaliação

Todas as medidas acima serão monitorizadas por meio de relatórios trimestrais, enviados ao Conselho de Administração (CA). Estes relatórios incluirão uma análise crítica dos custos e monitorizações, permitindo ajustes rápidos nas estratégias ao longo do triénio. Estas medidas têm como foco otimizar o transporte de doentes e garantir uma gestão financeira sustentável, respeitando o enquadramento estratégico e respondendo aos desafios da situação atual.

Limitações

Conforme as orientações da Direção Executiva do SNS, até ao final de 2024, a plataforma SGTD deverá ser integrada como um sistema único nas unidades de saúde. A plataforma tem sido alvo de algumas atualizações, apresentando vantagens, como o agrupamento regional de transportes, contudo ainda se encontra limitada ao agrupamento intrainstitucional. Apesar destes transportes serem programados com antecedência mínima de 48 horas, surgem, por vezes, dificuldades quando são requisitados no próprio dia. As principais limitações da plataforma SGTD incluem a incapacidade de alterar os pedidos de transporte no próprio dia, o que restringe a flexibilidade em situações imprevistas, utilização de tecnologias avançadas para otimizar rotas e monitorar os

transportes em tempo real e a necessidade de maior integração entre as diferentes instituições para otimizar o uso da plataforma e maximizar os benefícios operacionais. Estas limitações podem levar à utilização de outras tipologias de viaturas, como ambulância de suporte básico de vida (ASBV) que ao realizarem estes transportes ficam inoperáveis para outros serviços prioritários e consequentemente aumento dos custos.

7.2. 3. c) Proposta de Sistema Local de Saúde, na ótica do artigo 13.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, na sua redação atual, para a área de influência direta da E. P. E., cuja entrada em funcionamento deve ser prevista para o segundo semestre do ano de 2025, promovendo-se a articulação com os parceiros, de todos os setores, com enfoque principal: nos ponto de i) a vi) do despacho

7.3.1 No reforço da cobertura vacinal contra o Tétano, contra a Difteria, contra a Gripe e contra a COVID-19 na população com 60 ou mais anos

7.3.1.1 Enquadramento

O concelho da Amadora com uma extensão territorial de 24 km², é o concelho que apresenta maior densidade populacional a nível nacional, com 7.210,01 habitantes por quilómetro quadrado. Com 171.454 habitantes residentes, maioritariamente do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 25 e os 64 anos. Com 60 e mais anos existem 48.474 habitantes, estando 51.448 inscritos nas unidades Funcionais (UF). Este é um concelho que se caracteriza por baixa escolaridade da população em idade ativa, precariedade laboral e baixos salários.

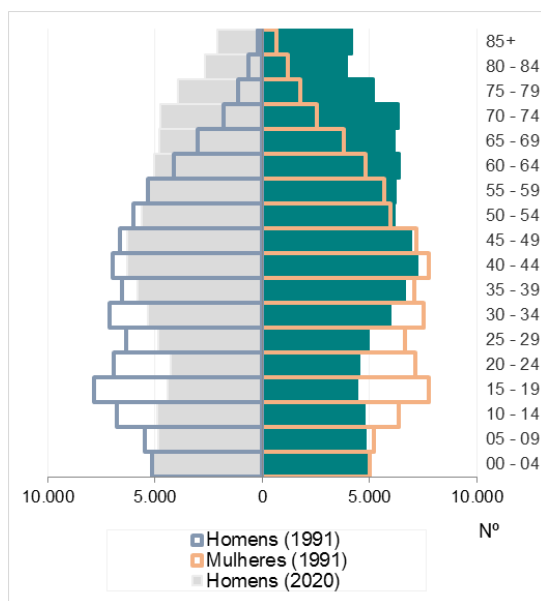


Figura 1. Pirâmide etária do concelho de Amadora, 1991 e 2020
Fonte: Perfil Local de Saúde de Amadora 2020 (ed. Abril 2023), ARSLVT



Figura 2. Mapa do concelho da Amadora

Atualmente, é composto por 6 freguesias: Águas Livres, Alfragide, Encosta do Sol, Falagueira-Venda Nova, Mina de Água e Venteira.

Neste concelho está sediado um dos maiores hospitais da região de Lisboa o Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca.

A resposta de Cuidados de Saúde Primários no concelho da Amadora é assegurada por 7 Unidades de Saúde Familiar (USF); 3 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP); 1 Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC); 1 Unidade de Saúde Pública (USP); 1 Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) e 1 Serviço de Atendimento Complementar (SAC).

Tem 13 estruturas residenciais para idosos e 6 similares.

O concelho de Sintra com uma extensão territorial de 319 km², apresenta uma faixa costeira de mais de 20 Km. Com 385.654 habitantes, maioritariamente do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 45 e os 54 anos. Com 60 e mais anos existem segundo dados do INE 191.466 habitantes, estando 102.257 inscritos nas UF. Em 2021, o índice de envelhecimento era superior ao da região.

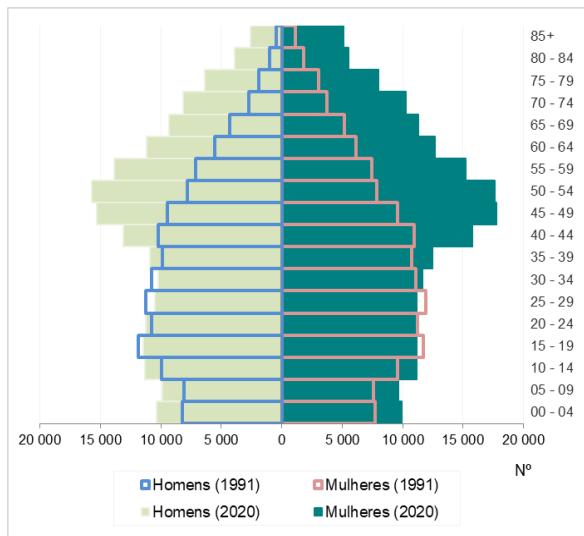


Figura 3. Pirâmide etária do concelho de Sintra, 1991 e 2020

Fonte: Perfil Local de Saúde de Sintra 2020 (ed. Abril 2023), ARSLVT

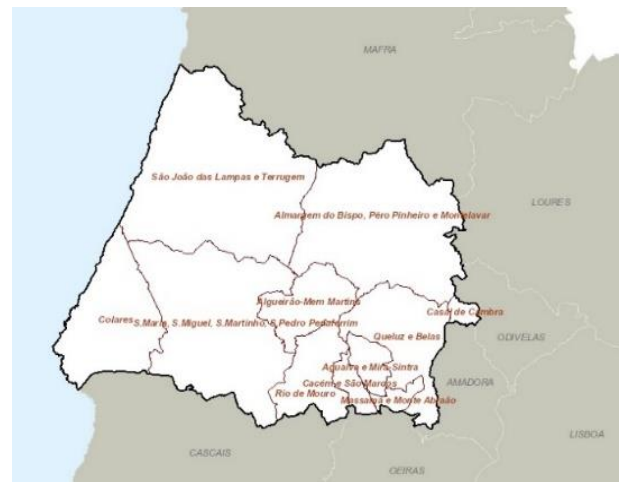


Figura 4. Mapa do concelho da Sintra

Atualmente é composto por 11 freguesias: Algueirão-Mem Martins; Casal de Cambra; Colares, Rio de Mouro; União das freguesias de Agualva e Mira-Sintra; União das freguesias de Almargem do Bispo, Pêro Pinheiro e Montelavar; União das freguesias de Massamá e Monte Abraão; União das freguesias de Queluz e Belas; União das freguesias de São João das Lampas e Terrugem; União das freguesias de Sintra (Santa Maria e São Miguel, São Martinho e São Pedro de Penaferrim) e União das freguesias do Cacém e São Marcos.

A resposta de Cuidados de Saúde Primários no concelho de Sintra é assegurada por: 20 Unidades de Saúde Familiar (USF); 7 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP); 5 Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC); 1 Unidade de Saúde Pública (USP); 1 Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP); 1 Serviço de Atendimento Complementar (SAC) e 1 Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos.

No concelho de Sintra estão sediados 2 estabelecimentos prisionais, 3 casas de Saúde Mental, 72 Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas e 5 Lares Residenciais de Apoio à Deficiência.

Cerca de um décimo da população residente nos dois concelhos é de nacionalidade estrangeira (principalmente não europeia). Existem grupos populacionais em situação vulnerável, a viver em habitações sobrelotadas, em bairros degradados e de realojamento, correspondendo a bolsas de pobreza. A ligar os dois concelhos entre si e com destino a Lisboa, existe uma linha férrea muito movimentada e por vezes sobrelotada.

Um dos desafios para os profissionais que integram a ULSASI passa por definir e adotar estratégias que promovam a qualidade dos cuidados de saúde a todos os residentes e inscritos nas UF, nomeadamente na promoção para a adesão à vacinação. O contexto descrito demonstra que esta comunidade apresenta grandes vulnerabilidades socioeconómicas com implicações diretas na necessidade de cuidados de saúde, particularmente para a população mais envelhecida.

A vacinação proporciona a melhoria da saúde das populações e redução das desigualdades em saúde, visando três grandes objetivos: erradicação, eliminação e controlo de determinadas doenças. As USP da Amadora e Sintra são as entidades gestoras da Vacinação nos respetivos concelhos e neste sentido foi proposta a elaboração de um projeto com a finalidade de reforçar a cobertura vacinal contra o Tétano, a Difteria, a Gripe e a COVID-19 na população com 60 ou mais anos em 2025.

População Alvo

Segue na figura 5 a população residente por freguesia dos concelhos de Amadora e Sintra com 60 ou mais anos de idade. Contudo, a população-alvo da intervenção deste projeto é a inscrita nas UF (tabela 1).

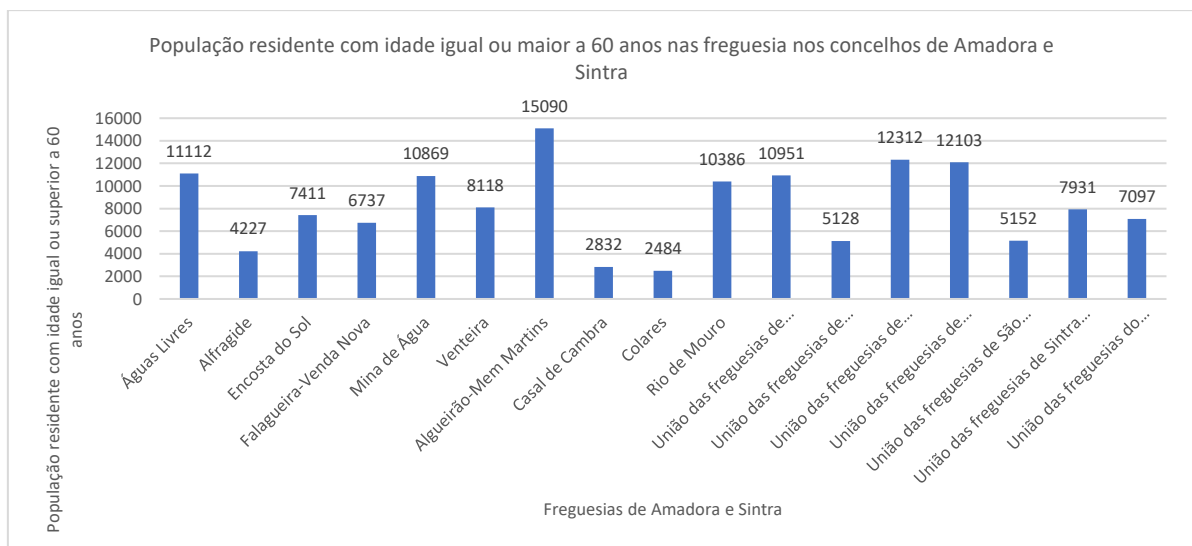


Figura 5. População residente com 60 ou mais anos por freguesia, à data dos Censos [2021] (NUTS- 2024)

Fonte: INE, Recenseamento da população e habitação - Censos 2021

Tabela 1. Utentes inscritos na ULSASI com 60 ou mais anos de idade distribuída por coortes- População alvo

Utentes inscritos na ULSASI, com 60 ou mais anos, em outubro 2024			
coortes	Sintra	Amadora	ULSASI
1900-2024	85	69	154
1925-1929	689	415	1.104
1930-1934	2.918	1.785	4.703
1935-1939	6.719	4.135	10.854
1940-1944	10.733	6.195	16.928
1945-1949	15.454	8.530	23.984
1950-1954	17.426	9.223	26.649
1955-1959	19.675	9.504	29.179
1960-1964	23.427	9.616	33.043
1965	5.131	1.976	7.107
Total	102.257	51.448	153.705

A execução deste projeto será garantida pelas diferentes UF prestadoras de cuidados, anteriormente referidas e pelas farmácias comunitárias.

7.3.1.2 Situação Atual

Diagnóstico da Situação

Para o diagnóstico de situação efetuou-se uma análise às notificações na plataforma SINAVE e INSA referente às doenças com critérios de vacinação Tétano, Difteria, COVID-19 e Gripe.

No período de 01/01/2020 a 30/09/2024 não se verificou qualquer notificação clínica de tétano ou difteria.

Relativamente à infeção COVID-19, os dados extraídos da mesma plataforma, mas no período de 01/01/2023 a 30/09/2024 verifica-se uma tendência crescente do número de casos com a idade (Fig. 6). O período em análise corresponde a um período não pandémico, onde grande parte da população já teria alguma dose da vacina contra COVID-19. Acresce também a reflexão de que neste período, a testagem não seria obrigatória, nem gratuita no ambulatório, pelo que poderemos colocar a hipótese dos casos reportados serem os clinicamente mais severos e de corresponderem a uma franca subnotificação.

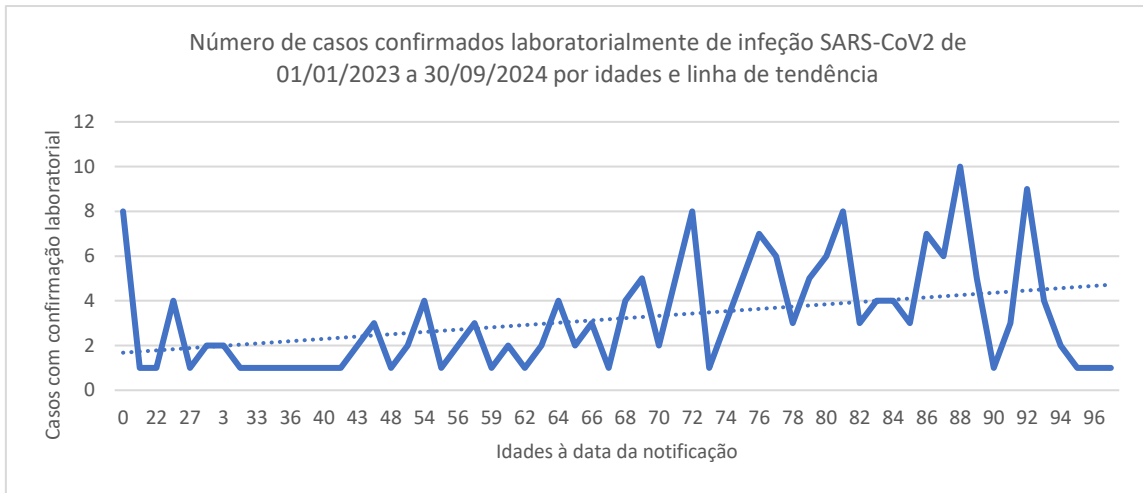


Figura 6. Casos confirmado laboratorialmente de infecção por SARS- CoV2 de 01/01/2023 a 30/09/2024 por idade à data da notificação com linha de tendência

Fonte: SINAVE Lab, extraídos os dados a 09/10/2024 referente ao período de 01/01/2023 a 30/09/2024

Ainda durante o mesmo período, verificou-se um aumento do reporte de casos nos meses que antecederam a campanha de vacinação sazonal (Fig. 7), sendo legítimo colocar a hipótese da perda de imunidade adquirida pela vacina administrada na época anterior ou a circulação de uma nova estirpe que a vacina não confere proteção.

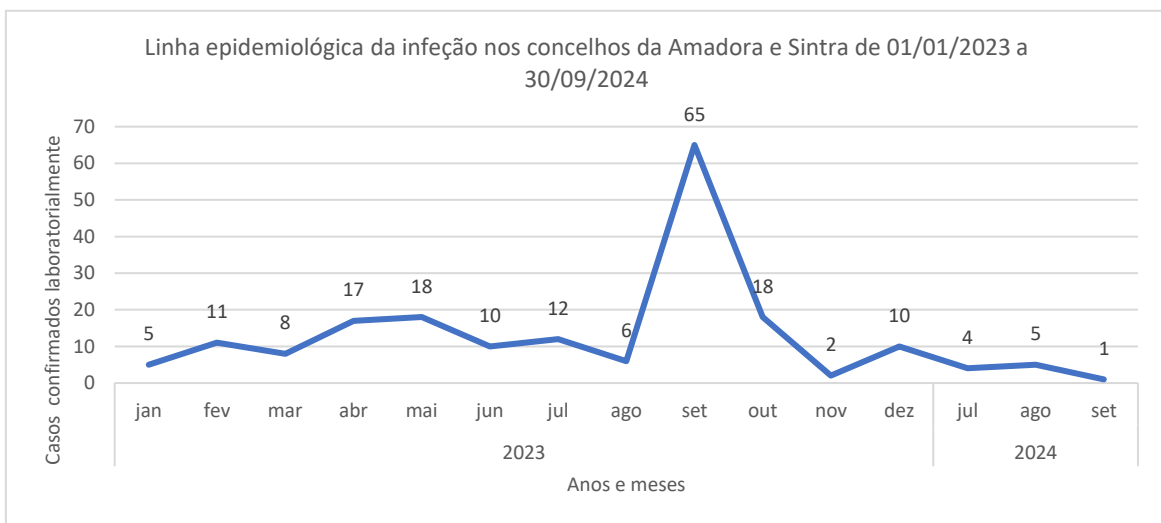


Figura 7. Casos confirmado laboratorialmente de infecção por SARS- CoV2 ao longo do período de 01/01/2023 a 30/09/2024

Fonte: SINAVE Lab, extraídos os dados a 09/10/2024 referente ao período de 01/01/2023 a 30/09/2024

Quanto à Gripe apresentam-se os dados nacionais, documentados no reporte semanal do INSA, através dos médicos sentinela. Verifica-se uma grande expressão da Gripe (Fig. 8) na população em geral, com maior afetação da faixa etária com 65 ou mais anos (Fig. 9).

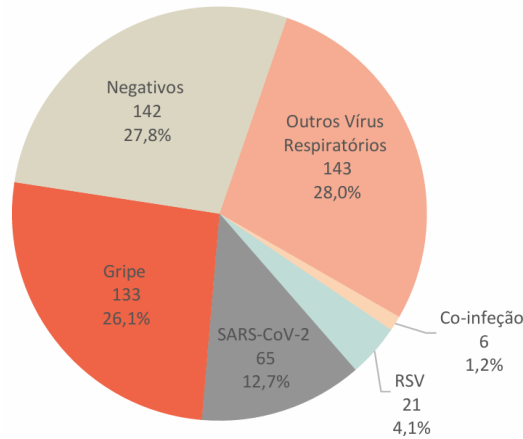


Figura 8. Número e percentagem de casos infeção respiratória aguda (IRA)/síndrome gripal (SG) positivos para vírus da Gripe, SARS-CoV-2 e outros vírus respiratórios detetados na época 2023/2024.

Fonte: INSA, Boletim de Vigilância Epidemiológica da Gripe e outros Vírus Respiratórios, Época 2023/2024, Semana 38 / 16 a 22 set

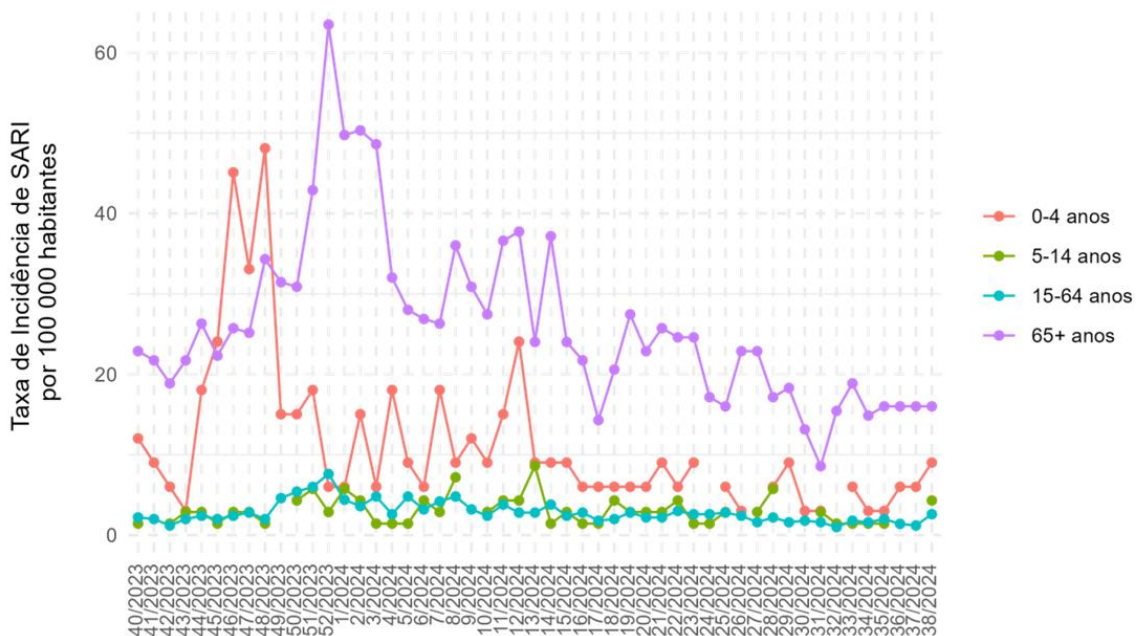


Figura 9. Taxa de incidência de infeções respiratórias agudas graves (SARI), por grupo etário, a partir da semana 40/2023.

Fonte: INSA, Boletim de Vigilância Epidemiológica da Gripe e outros Vírus Respiratórios, Época 2023/2024, Semana 38 / 16 a 22 set

Da análise das figuras 10 e 11, consegue-se sobrepor a linha epidémica da Gripe nos cuidados intensivos e o corredor epidémico de óbitos ao longo do tempo. Esta sobreposição levanta a hipótese de haver correlação desta infeção com os óbitos.



Figura 10. Evolução semanal da proporção (%) de doentes com Gripe em Unidades de Cuidados Intensivos.
Fonte: Direção-Geral da Saúde, Rede de Hospitais para a Vigilância Clínica e Laboratorial em Unidades de Cuidados Intensivos.

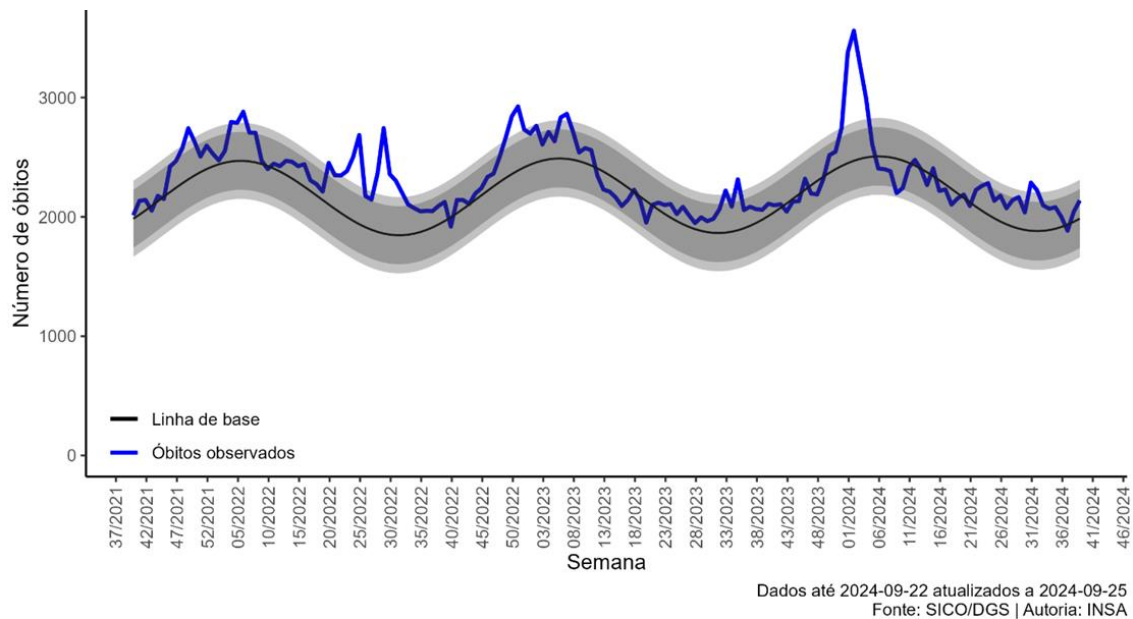


Figura 11. Evolução semanal do número de óbitos por todas as causas, desde a semana 40/2021.
Fonte: Sistema de Vigilância Eletrónica de Mortalidade em tempo real (eVM SICO), Direção-Geral da Saúde.

Perante a evidência das consequências que a Gripe e a infeção COVID-19 provocam, nomeadamente nas pessoas com mais idade, considerou-se importante avaliar as taxas de cobertura vacinais nas 36 UF (USF e UCSP), nessa população.

Da análise global das taxas de cobertura vacinal de Tétano e Difteria (Td) das diferentes UF da ULSASI, verificaram-se taxas inferiores a 85% nos indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos. Contudo, numa análise mais fina (anexo) verifica-se que essas baixas taxas de cobertura vacinal, se encontram maioritariamente nas UCSP e nas coortes de idades mais avançadas.

Contrariamente ao que acontece na vacinação do Tétano e Difteria, na vacinação contra a Gripe e COVID-19, verifica-se maiores taxas de cobertura vacinal mais elevadas nos mais idosos.

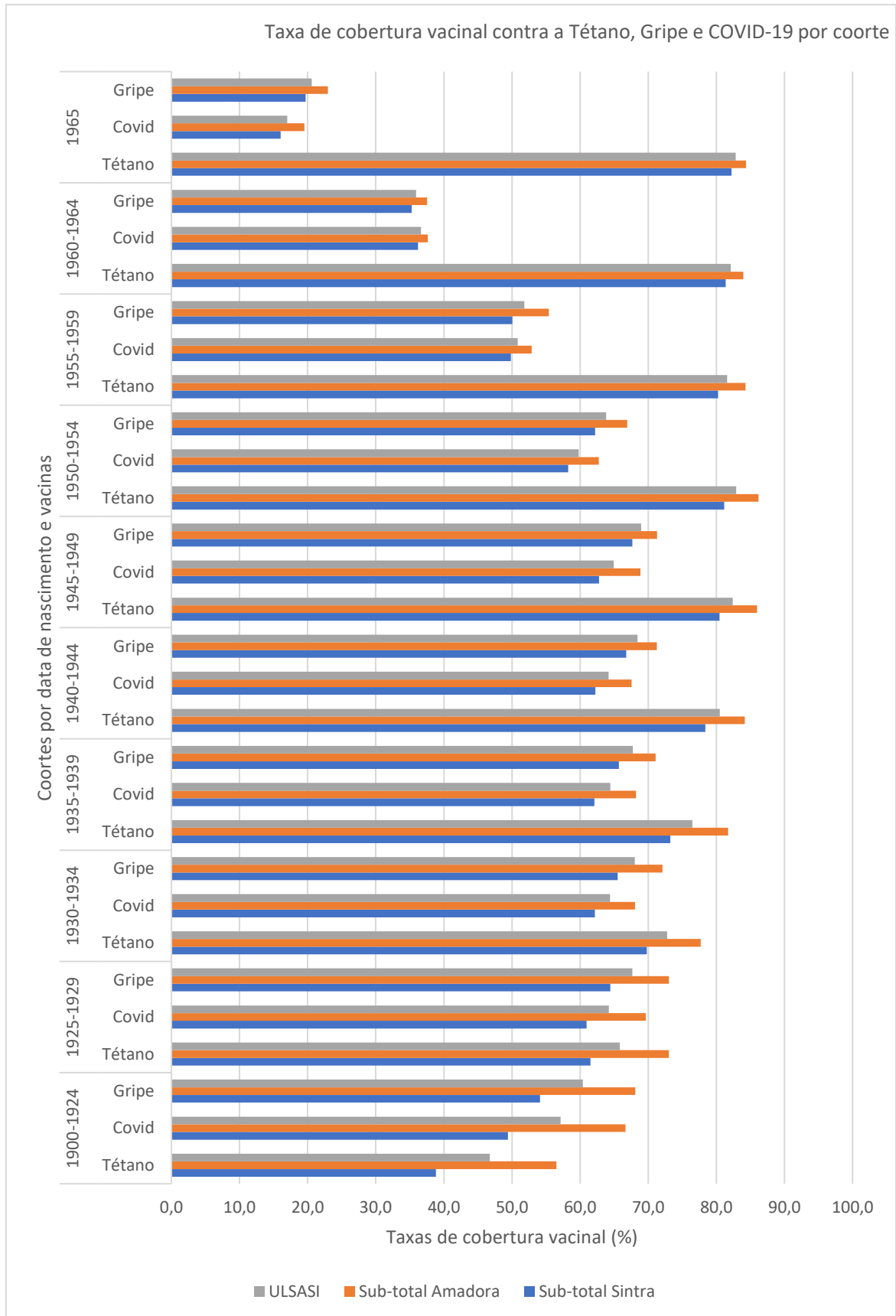


Figura 12. Taxa de cobertura vacinal contra o Tétano por coorte nos concelhos da Amadora, Sintra e ULSASI

Nota metodológica

A colheita de dados para a avaliação das taxas de cobertura vacinal Td, COVID-19 e Gripe foi efetuada através da plataforma “Vacinas”.

Para a avaliação das coberturas vacinais contra o Tétano, utilizou-se o PNV cumprido à data de outubro de 2024, referente às coortes de nascimento entre 1900 e 1965. Como em Portugal a vacina contra o Tétano só está disponível na associação com a vacina contra a Difteria, na apresentação Td, considerou-se que a avaliação da cobertura vacinal contra a Difteria é idêntica à obtida para a vacina contra o Tétano.

Para a avaliação da cobertura vacinal contra a Gripe e a COVID-19, consideraram-se os resultados da época de vacinação sazonal 2023/24, ou seja, utentes vacinados no período compreendido entre 01-09-2023 e 30-04-2024 com qualquer vacina contra a Gripe e com qualquer vacina contra a COVID-19. Avaliaram-se as mesmas coortes de nascimento utilizadas para a avaliação das coberturas vacinais Td.

7.3.1.3 Medidas Propostas

Estratégias

- Aumentar a adesão à vacinação;
- Envolver os profissionais de saúde que operacionalizam a vacinação na ULSASI;
- Melhorar os registos vacinais;
- Promover a atualização da identificação dos utentes;
- Melhorar a operacionalização do procedimento desta vacinação, entre as UF e as ERPI e similares (utentes institucionalizados e inscritos na ULSASI);
- Providenciar que o stock de vacinas seja suficiente para as necessidades;
- Aumentar a literacia da população;
- Aumentar a literacia dos profissionais das instituições;
- Diagnosticar a situação vacinal em ERPI e similares;
- Manter a continuidade do projeto para 2026.

Necessidades

Para fazer face ao proposto neste projeto serão necessárias:

- Quantidade de vacinas suficientes para a população descrita,
- Recursos humanos e materiais apropriados para a operacionalização das atividades.

7.3.1.4 Metas e Objetivos

Objetivos

Aumentar a taxa de cobertura vacinal Td na população com 60 ou mais anos, em 5% nas UF da ULSASI que têm taxas de cobertura vacinal inferior a 85%, até 31/12/2025.

Manter as taxas de cobertura vacinal contra a Gripe e a COVID-19 atingidas na campanha 2023/2024, na população com 60 ou mais anos, no ano de 2025.

Atividades, Indicadores e Metas

1. Aumentar as taxas de cobertura vacinal nas UF
Indicador: Nas UF com Tx cobertura vacinal <85%: Taxa (Tx) de cobertura Td a 31/12/2025 por UF X 100 /Tx de cobertura Td em 10/2024
Meta:
 - Nas UF com Tx cobertura vacinal Td <85%: Aumentar 5% Tx de cobertura Td (nas UF com Tx <85%);
 - Nas UF com Tx cobertura vacinal Td »85%: Manter Tx cobertura vacinal
 - Manter Tx cobertura vacinal COVID-19 e Gripe da época sazonal 2023/24

2. Promover junto dos Assistentes Técnicos (AT) a atualização da identificação no Registo Nacional de Utentes (RNU);
Indicador: Nº UF intervencionadas/ Nº total de UF
Meta: 80%

3. Promover o registo todas as vacinas administradas
Indicador: Nº UF intervencionadas/ Nº total de UF
Meta: 80%

4. Promover a atualização dos esquemas vacinais
Indicador: Nº UF intervencionadas/ Nº total de UF
Meta: 80%

5. Promover a vacinação oportunista
Indicador: Nº UF intervencionadas/ Nº total de UF
Meta: 80%

6. Assegurar que o stock de vacinas seja suficiente para as necessidades
Indicador: Enviar as estimativas à DE-SNS
Meta: Sim

7. Divulgação da importância da vacinação em geral e das campanhas sazonais em particular, pelos meios de comunicação disponíveis, à população em geral
Indicador: Divulgação social
Meta: Uma

8. Divulgação da importância da vacinação em geral e das campanhas sazonais pelas instituições
Indicador: Nº Instituições que foi enviada informação/ Nº total de instituições
Meta: 80%

9. Avaliar a situação vacinal previamente à inoculação das vacinas sazonais
Indicador: Nº de instituições que foi verificado o estado vacinal/ Nº de instituições vacinadas na Campanha
Meta: 80%

10. Atualização dos esquemas vacinais da população institucionalizada aquando da vacinação sazonal

Indicador: Nº de instituições que foi atualizado o estado vacinal/ Nº de instituições vacinadas na Campanha

Meta: 80%

11. Divulgar normas, orientações e outra informação para todos os profissionais da ULSASI e parceiros

Indicador: Divulgar

Meta: Sim

12. Promover a uniformização de procedimentos, com reuniões do grupo de vacinação e do grupo de vacinação com os elos de ligação

Indicador: Nº de reuniões com os elos de ligação

Meta: 1

Cronograma da Monitorização e Avaliação

Apresenta-se de seguida o cronograma com as atividades a desenvolver.

Tabela 2. Cronograma das atividades a desenvolver

Atividades	2024			2025												
	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
a)	18															
b)				x												
c)				x												
d)											M					A
e)				x		x		x		x		x		x		
f)				x		x		x		x		x		x		
g)				x		x		x		x		x		x		
h)				x		x		x		x		x		x		
i)				x						x						
j)														x		
l)													x			
m)													x	x	x	
n)				x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
o)														x		
p)																x

Legenda:

- a) Elaboração/apresentação do projeto até 18 de outubro.
- b) Divulgação do projeto.
- c) Início da implementação
- d) Data da monitorização (M)– semestral e avaliação (A) – anual
- e) Promover junto dos Assistentes Técnicos (AT) a atualização da identificação no Registo Nacional de Utentes (RNU);

- f) Promover o registo todas as vacinas administradas;
- g) Promover a atualização dos esquemas vacinais;
- h) Promover a vacinação oportunista;
- i) Assegurar que o *stock* de vacinas seja suficiente para as necessidades;
- j) Divulgação da importância da vacinação em geral e das campanhas sazonais em particular, pelos meios de comunicação disponíveis, à população em geral
- k) Divulgação da importância da vacinação em geral e das campanhas sazonais pelas instituições
- l) Avaliar a situação vacinal previamente à inoculação das vacinas sazonais
- m) Atualização dos esquemas vacinais da população institucionalizada aquando da vacinação sazonal
- n) Divulgar normas, orientações e outra informação para todos os profissionais da ULSASI e parceiros
- o) Promover a uniformização de procedimentos, com reuniões do grupo de vacinação e do grupo de vacinação com os elos de ligação
- p) Avaliação da implementação

7.3.2 No reforço da cobertura vacinal contra infeções por *Streptococcus pneumoniae* na população que, nos termos de Norma da Direção-Geral da Saúde, tem acesso a vacinação

7.3.2.1 Situação Atual

Os gráficos em baixo apresentados mostram o número de casos de doença invasiva pneumocócica nos concelhos Amadora e Sintra, por idades, bem como a linha epidemiológica da doença ao longo do tempo. Verificamos pela sua análise que existe uma maior incidência da doença em idades mais avançadas e não cobertas pelo PNV, assim como tem vindo a constatar-se maior expressividade ao longo do tempo.

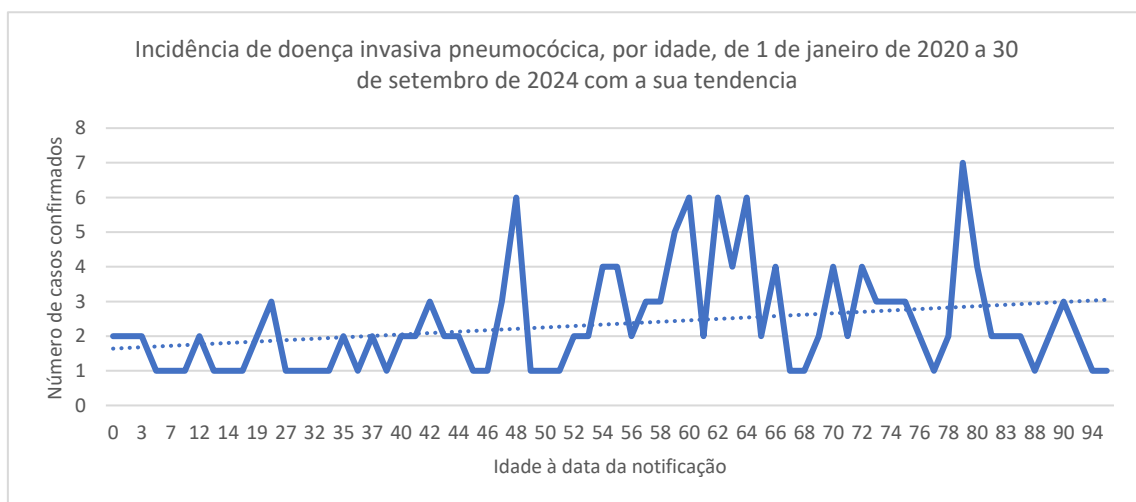


Fig. Casos confirmados de Doença Invasiva Pneumocócica de 01/01/2020 a 30/09/2024 por idade à data da notificação clínica

Fonte: SINAVE Med, extraídos os dados a 08/10/2024 referente ao período de 01/01/2020 a 30/09/2024

Uma vez que não se conseguiu aplicar a nota metodológica proposta, optou-se por alterar o objetivo do projeto.

Assim, propôs-se o estabelecimento de uma estratégia de identificação dos utentes portadores das patologias alvo de vacinação gratuita (criando uma tabela de correspondência de patologias constantes na norma e a codificação ICPC 2) com posterior avaliação do estado vacinal dos elegíveis.

Fundamentação

Sabemos que existe doença pneumocócica na nossa comunidade com tendência crescente com maior incidência nas faixas etárias mais elevadas. Torna-se pertinente iniciar um projeto de identificação dos doentes elegíveis para vacinação gratuita contra as infeções por *Streptococcus pneumoniae* e avaliação do seu estado vacinal, seguido da identificação de estratégias para aumento da cobertura vacinal nos não vacinados.

Finalidade

Reforçar a cobertura vacinal contra as infeções por *Streptococcus pneumoniae* na população que têm acesso a vacinação gratuita, nos termos da Norma 11/2015 de 23/06/2015 atualizada a 01/11/2021.

7.3.2.2 Medidas Propostas

- Criação de uma tabela de correspondência entre as patologias constantes na norma e a codificação ICPC 2.
- Definição dos códigos ICPC 2 a utilizar para extração no MIM@UF/SIARS dos elegíveis para vacinação gratuita, contra as infeções por *Streptococcus pneumoniae*.
- Solicitação de credenciais de acesso ao SIARS.
- Entrega a cada médico de família dos códigos ICPC 2 das patologias que identificam os elegíveis para vacinação gratuita.
- Identificação em cada lista de utentes dos elegíveis para vacinação gratuita.
- Avaliação do estado vacinal dos elegíveis.
- Sensibilização dos profissionais médicos para a codificação das patologias que dão acesso à vacinação gratuita, melhorando os registos.
- Sensibilização das equipas de Saúde Familiar para convocar os elegíveis identificados, não vacinados.
- Disponibilização de horas de médico e horas de enfermagem para a operacionalização das medidas propostas.
- Disponibilização de vacinas Pn13 e Pn23 para atualizar os calendários vacinais dos elegíveis identificados.
- Propor à Direção Executiva do SNS, a integração, nos indicadores a contratualizar, da avaliação da cobertura vacinal dos doentes elegíveis para vacinação gratuita, segundo a Norma da DGS.

Objetivos

Identificação dos portadores de patologias elegíveis para vacinação gratuita contra a infeções por *Streptococcus pneumoniae*, de acordo com o estipulado na Norma 11/2015 de 23/06/2015 atualizada a 01/11/2021, e avaliação do seu estado vacinal durante o ano de 2025.

Objetivos Específicos

- Identificação dos elegíveis para vacinação gratuita.
- Determinação das taxas de cobertura vacinal nas unidades em que foram identificados os elegíveis.
- Atualização da vacinação dos elegíveis não vacinados.

Estratégias

As estratégias a implementar são as seguintes:

- Criar uma tabela de correspondência entre as patologias constantes na norma e os códigos ICPC 2.
- Sensibilizar os profissionais médicos para a codificação das patologias que dão acesso à vacinação gratuita, melhorando os registos.
- Sensibilizar as equipas de Saúde Familiar para convocar os elegíveis identificados não vacinados.
- Propor à Direção Executiva do SNS, a integração, nos indicadores a contratualizar, da avaliação da cobertura vacinal dos doentes elegíveis para vacinação gratuita, segundo a Norma da DGS.

Atividades

As atividades propostas são as seguintes:

- Solicitar de credenciais de acesso ao SIARS para mais elementos do grupo de vacinação.
- Definir os códigos ICPC 2 a utilizar para extração do SIARS, dos elegíveis.
- Entregar a cada médico de família os códigos ICPC 2 das patologias que identificam os elegíveis para vacinação gratuita.
- Sensibilizar os profissionais médicos para a codificação das patologias que dão acesso à vacinação gratuita, melhorando os registos.
- Identificar em cada lista de utentes os elegíveis para vacinação gratuita.
- Avaliar o estado vacinal dos elegíveis.
- Sensibilizar as equipas de Saúde Familiar para convocar os elegíveis identificados, não vacinados.
- Propor à Direção Executiva do SNS, a integração, nos indicadores a contratualizar, da avaliação da cobertura vacinal dos doentes elegíveis para vacinação gratuita, segundo a Norma da DGS.

7.3.2.3 Metas e Objetivos

Indicadores e Metas

1. Criação de uma tabela de correspondência entre as patologias constantes na norma e a codificação ICPC 2.
Meta: Criação efetiva.
2. Distribuição pelas Unidades Funcionais dos códigos ICPC 2 que permitem a identificação dos elegíveis.
Meta: Distribuição efetiva pelas 37 Unidades Funcionais, com lista de utentes.
3. Identificação dos elegíveis para vacinação gratuita.
Meta: Que pelo menos 50% das Unidades Funcionais (19), identifiquem os elegíveis para vacinação gratuita.
4. Determinação das taxas de cobertura vacinal nas unidades em que foram identificados os elegíveis.
Meta: Que pelo menos 30% das Unidades Funcionais, que identificaram os elegíveis (6), façam a avaliação da cobertura vacinal dos elegíveis.
5. Atualizar os calendários vacinais dos utentes elegíveis, sem vacinação ou vacinação incompleta, contra as infeções por *Streptococcus pneumoniae*.
Meta: Aumentar em 25% a cobertura vacinal dos elegíveis, das listas trabalhadas.
6. Avaliar a intervenção através de elaboração de relatório.
Meta: Elaboração efetiva do relatório.

Cronograma da Monitorização e Avaliação

Segue em baixo o cronograma com as atividades do projeto a desenvolver, desde a sua implementação, operacionalização, monitorização e avaliação.

Tabela 1. Cronograma das atividades a desenvolver

Atividades	2024			2025												
	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	
a)	18															
b)				X												
c)				X												
d)				X												
e)					X	X	X									
f)								X								
g)								X	X							
h)									X	X	X	X				
i)									X	X	X	X	X	X	X	X
j)								X	X							
k)				X												
l)																X

Legenda:

- a. Elaboração/apresentação do projeto até 18 de outubro
- b. Divulgação do projeto
- c. Início da implementação
- d. Solicitar de credenciais de acesso ao SIARS para mais elementos do grupo de vacinação

- e. Definir os códigos ICPC 2 a utilizar para extração do SIARS, dos elegíveis
- f. Entregar a cada médico de família os códigos ICPC 2 das patologias que identificam os elegíveis para vacinação gratuita
- g. Sensibilizar os profissionais médicos para a codificação das patologias que dão acesso à vacinação gratuita, melhorando os registos
- h. Identificar em cada lista de utentes os elegíveis para vacinação gratuita
- i. Avaliar o estado vacinal dos elegíveis
- j. Sensibilizar as equipas de Saúde Familiar para convocar os elegíveis identificados, não vacinados
- k. Propor à Direção Executiva do SNS, a integração, nos indicadores a contratualizar, da avaliação da cobertura vacinal dos doentes elegíveis para vacinação gratuita, segundo a Norma da DGS
- l. Avaliação da Intervenção

Necessidades

Para fazer face ao proposto neste projeto é necessário:

- Disponibilização de credenciais de acesso ao SIARS para os elementos do grupo de vacinação que integram o projeto.
- Formação em SIARS para os elementos que tiverem acesso as credenciais SIARS.
- Disponibilidade de horas médico e horas de enfermagem para a operacionalização das atividades propostas.
- Disponibilidade de vacinas Pn13 e Pn23 para atualizar os calendários vacinais dos elegíveis identificados.

7.3.3 Na prevenção e controlo de doenças neurodegenerativas e oncológicas, onde se incluem os rastreios em âmbito comunitário

7.3.3.1 Na prevenção e controlo de doenças neurodegenerativas

7.3.3.1.1 Metas e Objetivos

O défice cognitivo e a demência são situações de elevada prevalência, custo e carga de doença, em termos mundiais¹⁻³ e nacionais⁴⁻⁶, sendo um grave problema de saúde pública que afeta mais de 50 milhões de idosos, e uma das principais causas de incapacidade, morbidade e dependência. Em Portugal, e segundo os três estudos de prevalência⁶⁻⁹, a estimativa para o Defeito Cognitivo Ligeiro foi de 12,3% (55-79 anos de idade)⁸, as estimativas de prevalência de demência variaram entre 2,7% (55- 79 anos) e 3,7% (65 anos ou mais)⁷⁻⁸ ou utilizando os critérios de 6 *Dementia Research Group* de 9,2% (IC 95%: 7,8–10,9), sustentando projeções superiores a 200.000 pessoas com demência na comunidade, em Portugal ^{1,6,7}.

Dados epidemiológicos recentes sugerem uma redução da incidência e, eventualmente, da prevalência de demência em alguns países europeus e nos Estados Unidos¹⁰. A mesma tendência se aplicará à prevalência do Defeito Cognitivo Ligeiro¹¹⁻¹³. Porém, estes resultados devem ser interpretados com prudência, pois também se regista evidência inconsistente ou contrária, sendo cedo para concluir sobre tendências epidemiológicas seculares^{10-12;14-15}. Atendendo ao

envelhecimento da população e considerando que a idade é um determinante crucial para declínio cognitivo e demência, as expectativas são de aumento progressivo do número de casos em Portugal, nas próximas décadas^{1,16,17}.

De salientar que face ao número elevado de doentes com demência e outras formas menos graves de declínio cognitivo, o papel primordial dos cuidados saúde primários (CSP) tem vindo a ser reconhecido, nomeadamente no âmbito da Estratégia da Saúde na Área das Demências (Despacho n.º 5988/2018) e de recomendações de organizações internacionais, sendo também sublinhada a importância de os CSP disporem de acesso fácil a outros níveis de cuidados¹⁸⁻²⁰.

Existem algumas ferramentas que nos permitem avaliar estes doentes, sendo a avaliação cognitiva fundamental na deteção e caracterização dos défices cognitivos. De forma a cumprir estes objetivos, os instrumentos utilizados deverão ser traduzidos e adaptados à língua e contexto cultural do nosso país e aferidos para as variáveis demográficas mais relevantes.

Os testes cognitivos breves são instrumentos vocacionados para o rastreio (*screening*) do défice cognitivo, incluindo a nível comunitário e dos CSP. Existem vários testes breves de avaliação cognitiva, mas só alguns estão adaptados para uso no nosso país²¹⁻²² como:

1. O Exame Breve do Estado Mental (MMSE)^{21,23-25} - bom instrumento para deteção de demência, porém não está, em geral, alterado nas fases iniciais de declínio cognitivo, como o Defeito Cognitivo Ligeiro
2. O Teste do Desenho do Relógio²⁶⁻²⁸ - um teste de rastreio de defeito cognitivo e demência, com dados normativos para a população portuguesa com acuidade diagnóstica no Defeito Cognitivo Ligeiro e na Doença de Alzheimer
3. O teste *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA)²⁹⁻³⁰ - recomendado e com acuidade diagnóstica para a deteção de Defeito Cognitivo Ligeiro e Doença de Alzheimer.

Não de somenos importância a avaliação das atividades de vida diária é fundamental na caracterização do prejuízo funcional decorrente do defeito cognitivo. A Escala de Lawton³¹, (traduzida e adaptada para português) é um instrumento breve e muito divulgado que poderá ser utilizado na avaliação do defeito cognitivo e demência.

A avaliação de sintomatologia depressiva é fundamental, uma vez que a depressão é frequente na demência e pode ser tratada, sendo também importante para o próprio diagnóstico diferencial do declínio cognitivo. A avaliação clínica pode ser complementada com escalas de aplicação breve, de que é exemplo a Escala de Depressão Geriátrica³².

Não existe evidência de que qualquer medicamento seja eficaz na prevenção primária da demência. Muitos estudos epidemiológicos permitiram a identificação de fatores de risco para declínio cognitivo e demência potencialmente modificáveis³³ e alguns estudos aleatorizados e controlados têm procurado confirmar o benefício da intervenção sobre estes fatores de risco na prevenção do declínio cognitivo e demência³⁴.

A Organização Mundial de Saúde emitiu recentemente recomendações sobre a prevenção do declínio cognitivo e demência³⁵⁻³⁶ que visam a promoção da saúde em geral, não sendo, contudo, estas medidas específicas para a prevenção do declínio cognitivo e demência. É assim recomendado dieta saudável e equilibrada, prática de exercício físico regular, controlo dos fatores de risco Cardio-cerebrovasculares com o tratamento da hipertensão arterial, *diabetes mellitus*,

Dislipidemia, excesso de peso ou obesidade, cessação do tabagismo e do consumo excessivo de álcool, tratamento da depressão, correção de défices sensoriais, em particular auditivos, promoção da atividade cognitiva e incentivo ao convívio social ³⁵⁻³⁷.

7.3.3.1.2 Situação Atual

A avaliação das doenças neurodegenerativas da cognição é neste momento assegurada no Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca EPE (HFF) em Consulta de Neurologia Geral por todo a Equipa Médica do Serviço de Neurologia e na Consulta de Deterioração Cognitiva realizada pelo Dr. Pedro Neves. Existe ainda uma consulta multidisciplinar de deterioração cognitiva realizada pela Neurologia (Dr. Pedro Neves) e pela Psiquiatria (Drs. Luís Afonso e Tiago Ferreira), com o apoio da Neuropsicologia (Dra. Ana Paula Silva e Dr. André Carvalho), a funcionar semanalmente e com percursos de seguimento e orientação dos utentes em fase de implementação.

Os utentes são referenciados para a Consulta de Neurologia / Consulta de Deterioração Cognitiva através do ALERT – CTH, existindo um protocolo de referência. Neste é pedida uma informação clínica com descrição do tipo de sintomas cognitivos (eventualmente com exemplos de vida diária), tempo de evolução dos sintomas, impacto nas atividades de vida diária, existência de alterações do comportamento, coexistência de síndrome depressiva e/ou perturbação do sono. Também serão necessários alguns meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) como uma tomografia axial computadorizada crânio-encefálica, análises séricas que incluem ionograma, função tiroideia, doseamento de Vitamina B12 e ácido fólico, VDRL, anticorpos anti-VIH e um eletrocardiograma. São aceites na consulta utentes com declínio cognitivo progressivo sem uma etiologia alternativa (exemplo: intercorrência metabólica ou infecciosa, lesão ocupando espaço intracraniana, depressão).

As referências hospitalares (RH), incluindo do Serviço de Urgência Geral, são alvo de triagem, mas pela diversidade de referenciadores de diversas especialidades médicas e cirúrgicas, e apesar de consulta de Processo Clínico Eletrónico, muitas vezes é difícil recusar consultas por ausência de informação clínica fidedigna. Para otimização da referência seria importante a realização de estudo complementar prévio à consulta. A título de exemplo até setembro do presente ano em 1040 doentes aceites para primeira consulta de Neurologia 13% (139 doentes) foi referenciado por queixas cognitivas.

Após avaliação dos dados dos doentes avaliados até setembro deste ano na Consulta de Deterioração Cognitiva, iniciada em outubro de 2023, foram realizadas 102 primeiras consultas (40 utentes CTH; 62 RH) e 157 consultas subsequentes.

7.3.3.1.3 Medidas Propostas

1. Promover a prevenção do defeito cognitivo / demência através de ações de sensibilização nos CSP;
2. Construção de materiais educacionais com medidas preventivas para o desenvolvimento de defeito cognitivo / demência nas salas de espera da consulta externa da Unidade Local de Saúde Amadora/Sintra – ULSASI, com vista a educação de utentes e profissionais de saúde;
3. Ação de formação prática para CSP da ULSASI sobre abordagem de doentes com suspeita de deterioração cognitiva / demência;

4. Promoção do rastreio precoce de doentes com defeito cognitivo/ demência nos CSP, utilizando testes cognitivos breves (MMSE, teste do relógio, MoCA), escala de atividades de vida diária e escala de depressão geriátrica;
5. Melhorar a referenciação dos doentes com deterioração cognitiva / demência de acordo com os critérios de referenciação, a incluir no Manual de Referenciação.

7.3.3.1.4 Metas e Objetivos

1. Educar a comunidade e prevenir o aparecimento de défice cognitivo ligeiro;
2. Melhorar a referenciação dos doentes para a Consulta de Neurologia do HFF- Consulta de Deterioração Cognitiva / Neurologia Geral;
3. Avaliar e medicar mais precocemente os doentes de modo a obter estabilização clínica e retardar a incapacidade, morbilidade e dependência.

7.3.3.2 Na prevenção e controlo de doenças oncológicas

7.3.3.2.1 Enquadramento

Em Portugal, a primeira causa de morte é a doença cardiovascular e cerebrovascular e a segunda a doença oncológica. No entanto, as neoplasias, são a primeira causa de anos de vida perdidos, uma vez que têm elevada incidência em idades precoces. Nos últimos 30 anos, entre 1990 e 2019, a incidência de neoplasias em indivíduos até aos 50 anos aumentou 80%. Pensa-se que este aumento tem a ver com o facto de quando comparamos os jovens de hoje com os de há umas décadas, os jovens de hoje estão envelhecidos. Ou seja, têm parâmetros que associamos a envelhecimento acelerado mais elevados. Pensa-se que a razão por que estamos envelhecidos é porque estamos expostos mais cedo a vários fatores de risco e insultos ambientais.

Em Portugal temos cerca de 60 mil novos casos de cancro por ano. Morrem cerca de 28 mil portugueses por ano com cancro. A mortalidade é mais elevada no carcinoma do cancro do reto, mama e pulmão.

De acordo com um estudo nacional multicêntrico recentemente apresentado, 61% da população de estudo foi convocada ativamente para rastreio pelo Centro de Saúde, 13% através de consulta do setor privado e 13% por iniciativa própria. De um total de 77% dos doentes já tinham realizado rastreio de cancro (sendo a percentagem superior na população do sexo feminino), particularmente no rastreio do cancro da mama (63%) e do cólon e reto (48%). Destes, 52% foi por recomendação médica, 17% por convocatória pelo Centro de Saúde e 13% por decisão própria. Aproximadamente ¼ dos doentes opta por realizar rastreio de cancro em sítios diferentes. Um dos principais motivos para tal acontecer é o tempo de espera no SNS. Dos 23% dos utentes que não realizaram rastreio de cancro, 46% referem que não realizaram por não ter havido recomendação médica. No que toca ao rastreio do cancro do cólon e reto, 58% dos utentes refere saber como é feito o rastreio, sendo 75% por colonoscopia e 30% pela pesquisa de sangue oculto nas fezes. Pode concluir-se que há desconhecimento nas indicações de rastreio de cancro, e um dos fatores para a sua não realização prede-se com ausência de recomendação do médico assistente ou convocatória ativa pelo Centro de Saúde.

Está preconizado pela DGS, a diminuição da idade de rastreio do cancro da mama, aos 45 anos, para realização regular de mamografia e no caso do cancro da cólon e reto realização da pesquisa

de sangue oculto nas fezes a partir dos 50 aos 74 anos de idade e rastreio de cancro de colo do útero. O rastreio compreende o teste de citologia cervical (papanicolau) em mulheres entre os 30 e os 60 anos de idade.

7.3.3.2.2 Situação atual

De acordo com os dados do Serviço, em 2023, uma elevada proporção de doentes têm ao diagnóstico/estadio de doença localmente avançada ou metastizada (42%). Como pode ver-se descrito na tabela 1, os doentes com maior proporção de doença avançada, são os doentes com cancro da próstata, pulmão e do trato digestivo.

Grupo de Patologia	% doentes em estadio IV	Percentagem de doentes do grupo	Nº absoluto doentes
Urológica	83%	15%	140
Pulmão	80%	22%	204
Tubo digestivo	56%	33%	309
Ginecológico	40%	6%	56
Mama	18%	18%	172
Cabeça e pescoço	13%	3%	28

A incidência em novos diagnósticos em pessoas jovens, tem obrigado a alteração da política de rastreio, particularmente no cancro da mama.

De acordo com os dados na tabela seguinte, referentes à taxa de cobertura a outubro de 2024, na ULS Amadora/Sintra, existe uma necessidade de reforço dos rastreios na sua globalidade, mas com maior relevância para os utentes sem médico de família atribuído. Não obstante não deverá ser desprezável, o impacto de eventuais erros de registo/integração de resultados dos rastreios de base populacional, nem a realização de rastreios no setor privado/social.

Com/Sem MF	Indicador	Designação	Num	Den	Taxa
CSP com médico	2013.044.01 FL	Proporção mulheres [50; 70[A, c/ mamogr. (2 anos)	26898	54899	49,00%
CSP com médico	2013.045.01 FL	Prop. mulheres 25-60 anos c/ rastr. c. colo út.	49046	94326	52,00%
CSP com médico	2013.046.01 FL	Proporção utentes [50; 75[A, c/ rastreio cancro CR	69729	118949	58,62%
CSP sem médico	2013.044.01 FL	Proporção mulheres [50; 70[A, c/ mamogr. (2 anos)	3040	21559	14,10%
CSP sem médico	2013.045.01 FL	Prop. mulheres 25-60 anos c/ rastr. c. colo út.	7701	50699	15,19%
CSP sem médico	2013.046.01 FL	Proporção utentes [50; 75[A, c/ rastreio cancro CR	12001	47404	25,32%
TOTAL	2013.044.01 FL	Proporção mulheres [50; 70[A, c/ mamogr. (2 anos)	29938	76458	39,16%
TOTAL	2013.045.01 FL	Prop. mulheres 25-60 anos c/ rastr. c. colo út.	56747	145025	39,13%
TOTAL	2013.046.01 FL	Proporção utentes [50; 75[A, c/ rastreio cancro CR	81730	166353	49,13%

7.3.3.2.3 Medidas propostas

1. Aumento da literacia em saúde no âmbito do rastreio do cancro.

Em 2025, é primordial o aumento do rastreio do cólon de reto, pela sua prevalência e necessidade premente de diagnóstico precoce.

2. Programa específico de rastreio do cancro do cólon e reto de base populacional, com campanhas de sensibilização para a problemática e forma de rastreio, bem como a implementação de medidas de monitorização.

3. Aumento da convocatória ativa de utentes para rastreio do cancro do cólon, de acordo com Protocolo de Rastreio da DGS.

Manutenção e iniciativa de sensibilização de profissionais e utentes para os rastreios de base populacional do cancro do colo do útero e cancro da mama, este último com a colaboração da Liga Portuguesa Contra o Cancro.

Em 2026, eventual início do programa de rastreio do cancro pulmão.

7.3.3.2.4 Metas e Objetivos

Dada a relevância dos rastreios de cancro mama, cancro colo do útero e cancro colorretal será necessário um forte investimento em medidas para aumento dos respetivos rastreios.

Assim, propõem-se como metas as indicadas na tabela seguinte, tendo por base um aumento previsto de 20% da taxa atual, desde que garantida a integração automática dos resultados dos exames realizados no âmbito dos programas de rastreio.

Indicador	Designação	Taxa Out 2024	Meta
2013.044.01 FL	Proporção mulheres [50; 70] A, c/ mamogr. (2 anos)	39,16%	45,00%
2013.045.01 FL	Prop. mulheres 25-60 anos c/ rastr. c. colo út.	39,13%	45,00%
2013.046.01 FL	Proporção utentes [50; 75]A, c/ rastreio cancro CR	49,13%	55,00%

7.3.4 No combate e controlo da obesidade

7.3.4.1 Enquadramento

A obesidade é um dos principais problemas de saúde pública em Portugal, afetando uma parte significativa da população. De acordo com dados recentes, cerca de 3,5 milhões de adultos portugueses apresentam pré-obesidade, enquanto aproximadamente 1,4 milhões são obesos. Estes números colocam Portugal numa posição preocupante a nível europeu e mundial.

A obesidade é uma condição caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, diagnosticada através do Índice de Massa Corporal (IMC). Um IMC entre 25,0 e 29,9 kg/m² indica pré-obesidade, enquanto um IMC igual ou superior a 30,0 kg/m² indica obesidade. Além do IMC, o perímetro abdominal é utilizado como um indicador de gordura visceral, associada a riscos elevados de doenças cardiovasculares, diabetes e outras condições crónicas.

A prevalência da obesidade em Portugal tem vindo a aumentar, refletindo mudanças nos estilos de vida, como a redução da atividade física e o aumento do consumo de alimentos com alta densidade energética. Este cenário é agravado pela crescente urbanização e sedentarismo, que contribuem para o desequilíbrio energético e o ganho de peso.

As consequências da obesidade são graves e multifacetadas, afetando a saúde metabólica, mecânica e psicossocial dos indivíduos. Entre as complicações mais comuns estão a Diabetes

Mellitus, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, problemas osteoarticulares e distúrbios psicológicos, como depressão e ansiedade.

Para enfrentar este desafio, é essencial adotar uma abordagem integrada e multidisciplinar que garanta a continuidade e a qualidade dos cuidados, centrando-se nas necessidades e expectativas dos cidadãos, incidindo primordialmente na promoção de hábitos alimentares saudáveis, o incentivo à atividade física e a monitorização contínua e referenciação atempada dos utentes, com o objetivo de prevenir a progressão para excesso de peso e obesidade e melhorar a qualidade de vida da população.

7.3.4.2 Situação Atual

A obesidade é um dos principais desafios de saúde pública em Portugal, com uma prevalência crescente que exige uma abordagem integrada e multidisciplinar.

Na Unidade Local de Saúde (ULS) Amadora/Sintra existem atualmente 68.677 utentes com diagnóstico de Obesidade (Código ICPC-2 T82) dos quais 3.453 em idade pediátrica e 107.515 utentes com diagnóstico de Excesso de Peso (Código ICPC-2 T83), dos quais 3.831 em idade pediátrica. Estes números correspondem globalmente a uma prevalência de Obesidade de 12,6% (correspondente ao percentil 20-30 do cluster nacional) e de Excesso de Peso de 19,7% (correspondente ao percentil 10-20 do cluster nacional). A incidência de Obesidade é de 12,3‰ (correspondente ao percentil 70-80 do cluster nacional).

Na ULS Amadora/Sintra, a gestão da obesidade é realizada através de diversos recursos e programas especializados, nomeadamente:

1. Cuidados de Saúde Primários
 - a. Promoção da Saúde: Saúde Escolar e Intervenção Estilos de Vida Saudáveis
 - b. Consulta de Medicina Geral e Familiar
 - c. Consulta Multidisciplinar de Obesidade no Adulto
2. Cuidados Hospitalares (Hospital Fernando Fonseca)
 - a. Centro de Tratamento Cirúrgico de Obesidade (CTCO)
 - i. Abordagem multidisciplinar com envolvimento das seguintes especialidades/serviços: Anestesiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Dietética, Endocrinologia, Gastrenterologia, Medicina Física e de Reabilitação, Medicina Interna, Pneumologia, Psicologia e Psiquiatria
 - b. Consulta de Endocrinologia Pediátrica- Obesidade

Da análise da produção realizada neste âmbito na ULS Amadora/Sintra, identificam-se o número de consultas realizadas nos CSP, Cuidados Saúde Hospitalares (Pediatria e CTCO) e Cirurgias realizadas. Neste último ponto, realça-se que das 60 Cirurgias, 48% foram realizadas a utentes entre os 25 e 49 anos e 52% entre os 50 e os 65 anos.

DIAGNÓSTICOS	CSP	Consulta Obesidade CSP	CSH Pediatria	CSH CTCO		
				Primeiras consultas	Consultas subsequentes	Doentes operados
Excesso de Peso (T83)	107.515		396	n.a.	n.a.	n.a.
Obesidade (T82)	68.677	312	442	403	804	60

Ao analisar os indicadores dos CSP a setembro 2024 verificamos oportunidades de melhoria na caracterização do peso em idade pediátrica e adultos, e oportunidades na diminuição de prevalência e incidência de obesidade e excesso de peso.

Indicador	Designação Indicador	Valor Set 2024
2013.018.01 FL	Proporção de hipertensos com IMC (12 meses)	64,07
2013.031.01 FL	Proporção crianças 7A, c/ peso e altura [5; 7[A	54,35
2013.032.01 FL	Proporção jovens 14A, c/ peso e altura [11; 14[A	42,31
2013.033.01 FL	Proporção utentes >= 14A, c/ IMC últimos 3 anos	50,34
2013.034.01 FL	Proporção obesos >=14A, c/ cons. vigil. obesid. 2A	64,24
MORB.203.01 FL	Proporção de utentes com "excesso de peso"	19,76
MORB.204.01 FL	Proporção de utentes com "obesidade"	12,62
MORB.238.01 FL	Incidência de "obesidade"	12,31

Muitos destes valores encontram-se condicionados pelos resultados nos utentes sem médico de família, quer na reduzida taxa de identificação de peso e consulta de vigilância de obesidade quer na reduzida prevalência e incidência de obesidade indicando subdiagnóstico, provavelmente devido a diminuição da acessibilidade e/ou falta de registo sistematizado destes parâmetros.

Torna-se assim essencial garantir a adequada e efetiva integração entre as diferentes tipologias de cuidados para garantir a prevenção em primeira instância e a continuidade das intervenções, melhorando a coordenação entre as consultas de obesidade nos CSP e Cuidados Hospitalares.

7.3.4.3 Medidas Propostas

1. Projeto de Sinalização Precoce da Obesidade Infantil

A identificação precoce da obesidade infantil é fundamental para prevenir complicações futuras de saúde e fomentar hábitos saudáveis desde tenra idade. Este projeto visa sinalizar precocemente as crianças em risco, através de protocolo nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), quer em ambiente escolar quer nas consultas de vigilância de saúde infantil. As crianças identificadas deverão ter as intervenções imediatas e, se necessário, encaminhadas para consultas de apoio específico e acompanhamento multidisciplinar. Esta abordagem permite uma intervenção proactiva e um acompanhamento contínuo, com o envolvimento dos pais e cuidadores para reforçar o suporte à criança e garantir a abordagem o mais precoce possível nesta patologia.

2. Saúde Escolar e Intervenção Integrada

A intervenção integrada na saúde escolar é uma ferramenta poderosa no combate à obesidade infantil, ao atingir as crianças num ambiente de aprendizagem. Em parceria com a Saúde Pública, as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), as Unidades de Saúde Familiar (USF) e as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e os Serviços Hospitalares é possível criar um programa robusto que possa incluir:

- Formação para crianças, pais e cuidadores: Sessões educativas sobre alimentação saudável, atividade física e autocuidado, que promovem mudanças de comportamento desde cedo e envolvem as famílias no processo.
- Envolvimento de agrupamentos de escolas e instituições da comunidade: Colaboração com agrupamentos escolares e outras instituições comunitárias para desenvolver e implementar projetos que promovam estilos de vida saudáveis num contexto social e acessível para as crianças e suas famílias.
- Identificação precoce de crianças em situação de obesidade: rastreio de obesidade infantil no âmbito do COSI (*Childhood Obesity Surveillance Initiative*) promovido pela *World Health Organization Regional Office for Europe*, constituindo o primeiro Sistema Europeu de Vigilância Nutricional Infantil.

3. Consulta de Obesidade nos Cuidados de Saúde Primários (CSP)

A consulta de obesidade nos CSP oferece um ponto de contacto especializado para o acompanhamento de utentes com obesidade grau I e II. Esta consulta multidisciplinar constituída por médica de família, nutricionista e fisioterapeuta, tem por objetivos a educação para a doença da obesidade enquanto doença crónica e seu tratamento, capacitar o utente para a aquisição de estratégias terapêuticas, promovendo a mudança de hábitos e a adoção e manutenção de estilos de vida saudáveis, de alimentação, atividade física e gestão emocional, necessários à perda ponderal sustentada, contribuir para a diminuição progressiva do Índice de Massa Corporal (IMC), pelo menos 5 a 10% do peso inicial como objetivo principal inicial, diminuir o risco cardiovascular e otimizar o controlo de comorbilidades e melhorar a qualidade de vida destes utentes. Como tal recorre-se a estratégias de entrevista motivacional e capacitação para mudança comportamental, monitorização e intervenção nos hábitos alimentares e de atividade física com eventual terapêutica farmacológica de obesidade como complemento à alteração do estilo de vida.

Esta consulta deverá manter-se para abordagem às situações de obesidade sem indicação para seguimento hospitalar.

4. Programas Multidisciplinares de Promoção de Estilos de Vida Saudáveis

Os programas multidisciplinares de promoção de estilos de vida saudáveis são essenciais para educar e envolver a comunidade, ajudando a prevenir a obesidade de forma sustentada. Estes programas podem incluir oficinas de nutrição, grupos de atividade física e sessões de educação em saúde, com o objetivo de incentivar a adoção de hábitos alimentares e físicos saudáveis. Além disso, os programas multidisciplinares permitem o envolvimento de diferentes especialistas, como psicólogos, fisioterapeutas e nutricionistas, para uma abordagem holística à obesidade.

Existe atualmente programa nos CSP com esta abordagem, sendo fundamental, numa lógica de sistema local de saúde, o envolvimento dos municípios de Amadora e Sintra, juntas de freguesia

e parceiros da comunidade para o alargamento da intervenção a mais utentes e com maior cobertura geográfica, mapeando e otimizando a rede já existente.

5. Revisão e Divulgação de Protocolos de Referenciação

Para otimizar a gestão dos casos de obesidade, é essencial rever e divulgar protocolos de referenciação atualizados e alinhados com as melhores práticas. Estes protocolos orientam a referenciação de casos que necessitam de atendimento em serviços hospitalares. A divulgação destes protocolos entre os profissionais da ULS facilitará a comunicação e a continuidade dos cuidados entre os diferentes níveis de atendimento.

6. Formação de Profissionais

A formação contínua dos profissionais de saúde é essencial para garantir que a equipa esteja capacitada para abordar a obesidade de forma eficaz e baseada nas evidências mais recentes. Esta formação deve abranger temas como gestão do peso, nutrição, estratégias comportamentais e técnicas motivacionais. Um programa de formação bem estruturado aumentará a eficácia da intervenção, permitindo o reforço do trabalho em equipa multidisciplinar e da integração de cuidados.

7. Contratação de Nutricionistas

A contratação de nutricionistas dedicados é fundamental para fortalecer a intervenção no combate à obesidade. Estes profissionais são uma peça-chave na promoção de hábitos alimentares saudáveis e no acompanhamento dos utentes em risco. A presença de nutricionistas nos CSP, até ao momento praticamente inexistentes, facilitará a criação de planos alimentares personalizados e o apoio contínuo necessário para alcançar e manter a perda de peso.

Estas estratégias, quando implementadas de forma integrada e com o suporte da comunidade, poderão ter um impacto significativo na prevenção e no tratamento da obesidade, promovendo uma melhoria sustentável na qualidade de vida dos utentes da Unidade Local de Saúde Amadora/Sintra.

7.3.4.4 Metas e Objetivos

Identificam-se como metas e objetivos para o presente plano, os seguintes:

1. Cuidados de Saúde Primários

Participação no COSI em 2025 com referenciação de 100% (para os CSP ou CSH) das crianças identificadas com obesidade e excesso peso.

Ao nível de metas específicas relacionadas com indicadores dos CSP propõe-se:

Indicador	Designação Indicador	Valor Set 2024	Meta Proposta
2013.018.01 FL	Proporção de hipertensos com IMC (12 meses)	64,07	72,00
2013.031.01 FL	Proporção crianças 7A, c/ peso e altura [5; 7[A	54,35	62,00
2013.032.01 FL	Proporção jovens 14A, c/ peso e altura [11; 14[A	42,31	50,00
2013.033.01 FL	Proporção utentes >= 14A, c/ IMC últimos 3 anos	50,34	60,00
2013.034.01 FL	Proporção obesos >=14A, c/ cons. vigil. obesid. 2A	64,24	70,00

MORB.203.01 FL	Proporção de utentes com "excesso de peso"	19,76	n.a.
MORB.204.01 FL	Proporção de utentes com "obesidade"	12,62	n.a.
MORB.238.01 FL	Incidência de "obesidade"	12,31	n.a.

Dado o objetivo de maior registo de peso e altura com cálculo de IMC, poderá existir um viés de aumento do número de utentes identificados com excesso de peso ou obesidade, com impacto direto na prevalência e incidência desta patologia, sendo imprevisível o resultado final. Conseguindo garantir o registo de peso na grande maioria da população, será então fundamental observar o comportamento de prevalência de excesso de peso e obesidade como medida de resultado das intervenções.

Deverá ser realizada a divulgação generalizada da Consulta Multidisciplinar de Obesidade no Adulto nos CSP, com possível reforço da resposta consubstanciado num aumento do número de consultas médicas realizadas em 10%.

Contratação de todos os nutricionistas previstos em PDO 2024 (8) e PDO 2025 (sujeito a aprovação).

2. Cuidados de Saúde Hospitalares

Com uma maior efetividade das referências para consultas de âmbito hospitalar (CTCO ou idade pediátrica) e intervenção diferenciada a montante, define-se como objetivo o cumprimento dos Tempos Máximo de Resposta Garantida para consultas hospitalares.

Nº Referências / Tempo Resposta Consulta / Faltas às consultas

3. Formação

Propõe-se a realização de programa formativo para profissionais de saúde da ULS Amadora/Sintra de abordagem à obesidade em idade pediátrica e no adulto num total de pelo menos 2 formações anuais (uma para cada faixa etária dadas as especificidades) e pelo menos uma formação para pais e cuidadores de crianças identificadas com obesidade.

7.3.5 Na promoção do apoio médico a doentes em lares

O envelhecimento da população em Portugal, assim como a nível mundial, é uma realidade em Portugal, de acordo com os Censos 2011, o índice de envelhecimento da população era de 128 o que significa que, por cada 100 jovens, existiam 128 idosos. Já em 2030 o número de idosos será o dobro dos jovens até aos 15 anos e quase o triplo em 2050.

Um dos principais desafios do nosso século será satisfazer maior procura de cuidados de saúde e adaptar sistemas de saúde à nova realidade e manter os sistemas viáveis. Se não forem tomadas medidas adequadas, esse fenómeno irá acarretar um vasto conjunto de consequências no plano financeiro, económico e social no nosso país.

Com o aumento da esperança média de vida, os residentes nas Estruturas Residenciais de Idosos (ERI) são, na sua grande maioria, pessoas com idade avançada, elevado nível de dependência

assim como um alargado número de patologias (psiquiátricas; cardíacas; metabólicas, osteoarticulares, entre outras).

Propõe-se que esta temática, continuidade de cuidados aos utentes integrados em ERPI nos Municípios da Amadora e Sintra sejam objeto de acompanhamento por Equipa Multidisciplinar da ULSASI.

7.3.5.1 Metas e Objetivos

A área de intervenção da Unidade Local de Saúde Amadora/ Sintra E.P.E. (ULSASI) é constituída pelos municípios da Amadora e Sintra:

Amadora

A Amadora uma extensão territorial de 24 km², é o concelho que apresenta maior densidade populacional a nível nacional, com 7.210,01 habitantes por quilómetro quadrado. Com 171.454 habitantes residentes, maioritariamente do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 25 e os 64 anos. Com 60 e mais anos, segundo dados do INE existem 48.474 habitantes, no entanto estão inscritos nas várias Unidades Funcionais 51.448 utentes. É um concelho que se caracteriza por baixa escolaridade da população em idade ativa, precariedade laboral e baixos salários.

Tem 13 equipamentos residenciais para idosos (ERPI) e 6 equipamentos similares.

Sintra

Sintra apresenta uma extensão territorial de 319 km², com 385.654 habitantes, maioritariamente do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 45 e os 54 anos. Com 60 e mais anos, existem, segundo dados do INE 91.466 habitantes, estando, no entanto, inscritos 102.257 nas UF. Em 2021, o índice de envelhecimento era superior ao da região. Atualmente é composto por 11 freguesias: Algueirão-Mem Martins; Casal de Cambra; Colares, Rio de Mouro; União das freguesias de Aqualva e Mira-Sintra; União das freguesias de Almargem do Bispo, Pêro Pinheiro e Montelavar; União das freguesias de Massamá e Monte Abraão; União das freguesias de Queluz e Belas; União das freguesias de São João das Lampas e Terrugem; União das freguesias de Sintra (Santa Maria e São Miguel, São Martinho e São Pedro de Penaferrim) e União das freguesias do Cacém e São Marcos.

Identificados 72 ERPI.

7.3.5.2 Situação Atual

Importa referir que estão identificados 72 equipamentos residenciais para idosos em Sintra e 13 na Amadora.

Esta realidade, associada à pirâmide etária nos dois municípios obriga a definir uma abordagem articulada dos cuidados de saúde primários no seguimento e continuidade de cuidados dos utentes internatos nestes estabelecimentos.

7.3.5.3 Medidas Propostas

Propomos a implementação das seguintes medidas:

1. Criação de um Grupo de Trabalho integrando profissionais hospitalares e dos cuidados de saúde primários para enquadrar e propor a continuidade de cuidados a estes utentes.
2. Conhecimento e Avaliação das equipas de saúde afetas aos identificados 72 equipamentos residenciais para idosos em Sintra e 13 na Amadora.

Nas ERPI deverá existir uma equipa multidisciplinar de elevado nível de formação e preparação, nesta equipa incluir-se-á o enfermeiro, médico, assistente social e AO, com responsabilidades e competências para promoção da autonomia, vigilância de saúde, reabilitação, prevenção de complicações, garantia de qualidade de vida. Neste contexto importa conhecer a realidade de funcionamento destas unidades, nomeadamente no que à presença de profissionais de saúde. Os utentes que residem nestas unidades têm necessidades de cuidados de saúde permanentes.

Objetivos- Conhecimento e disponibilidade de cuidados de qualidade a utentes internados nas ERPI da Amadora e Sintra

Objetivos Específicos

- Identificação dos profissionais afetos às ERPI
- Definição de circuitos e implementação de Protocolos.

Estratégias

As estratégias a implementar são as seguintes:

- A monitorização cuidada do risco de quedas, do controlo da dor e da prevalência do número de úlceras de pressão.
- Intervenção precoce, diminuindo a agudização das patologias, reduzindo o número de episódios de idas à urgência hospitalar/ internamentos hospitalares o que se traduzirá por ganhos efetivos para todos: SNS, ERI, idosos e suas famílias.

7.3.5.4 Metas e Objetivos

A atualidade sociodemográfica reflete o envelhecimento da população global. Associado a este fenómeno único há um aumento de doenças crónicas e incapacidades e alterações na independência. As Estruturas Residenciais Para Pessoas Idosas (ERPI) são, em grande parte, a solução social mais popular, para responder à necessidade de um cuidar perante a incapacidade da pessoa idosa. Os cuidados de saúde constituem o pilar para o envelhecimento saudável

Atividades

As atividades propostas são as seguintes:

- Promoção da saúde e prevenção da incapacidade dos utentes em ERPI;
- Fomento e promoção do desenvolvimento de medidas de articulação entre os cuidados de saúde primários, hospitalares, ERPI e Segurança Social;
- Sensibilizar os profissionais para a continuidade de cuidados nestas unidades e definir abordagem transversais.

Necessidades

Para fazer face ao proposto neste projeto é necessário:

- Disponibilização de profissionais dos cuidados hospitalares e cuidados de saúde primários para integrar Grupo de trabalho;
- Formação pelos profissionais da ULSASI;
- Disponibilidade de horas médicas e horas de enfermagem para a operacionalização das atividades propostas.

Nota Final:

Para que haja um aproveitamento das sinergias que se desenvolvem no contexto da Estrutura Residencial para Idosos e da Unidade Local de Saúde, tendo em consideração os utentes, os colaboradores, a estrutura e o funcionamento, torna-se necessário que resulte desta abordagem uma intervenção pautada por critérios de complementaridade colocando o utente no centro.

7.3.6 No aumento da capacidade de resposta em camas de retaguarda

7.3.6.1 Sumário Executivo

A Unidade Local de Saúde de Amadora/Sintra E.P.E. (ULSASI), confronta-se com elevado número de doentes que recorrem ao Serviço de Urgência Geral e com o conseqüente aumento da necessidade de internamento no UICD (Unidade de Internamento de Curta Duração) do Serviço de Urgência Geral (SURG), e utilização mais intensiva do internamento da área da Medicina Interna e especialidades médicas. Acresce que esta tendência, verificada em 2023, manteve-se em 2024, acumulada a agosto e apresentando taxas de ocupação superiores a 100%, na UICD.

A par do anteriormente descrito, acresce a identificação de utentes internados que aguardam vaga em Estruturas Residenciais Para Pessoas Idosas (ERPI), ou ainda, que aguardam vaga numa unidade de cuidados continuados integrados, integrada na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

Neste contexto importa ainda referir a extrema dificuldade de integração de doentes em ERPI, já referenciados para a Rede do Instituto da Segurança Social (ISS).

Desta forma e sob pena de estrangulamento da atividade assistencial da ULSASI, foram contratualizadas camas no exterior, “ERPI”, Camas de Medicina e ainda tipologias de cuidados continuados: convalescença, média e longa duração, integrando ainda a tipologia cuidados paliativos.

Neste sentido, em 09/05/2024, foi aprovada a aquisição de serviços de internamento no exterior, ERPI, Cuidados Continuados nas tipologias convalescença, média duração, longa duração, paliativos e camas para doentes agudos, com o valor global de 5.008.420,48€, para o fornecimento de serviços no período de janeiro a dezembro 2025.

7.3.6.2 Enquadramento

Sob pena de estrangulamento da atividade assistencial da ULSASI, foram identificadas necessidades de contratualização de camas no exterior:

- “ERPI”,
- Camas de Medicina
- Tipologias de cuidados continuados: convalescença, média e longa duração, integrando ainda a tipologia cuidados paliativos.

A Unidade Local de Saúde de Amadora/Sintra, E.P.E. (ULSASI) verifica de forma sistemática um elevado número de doentes que recorrem ao Serviço de Urgência com necessidade de internamento na Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD) do Serviço de Urgência Geral (SURG), mas também uma necessidade de internamento da área da Medicina Interna e especialidades médicas. Efetivamente, 11,3% dos internamentos, vêm referenciados pelo Serviço de Urgência, seguindo a tendência verificada e, mantendo-se em 2024, taxas de ocupação superiores a 100%, na UICD, com recurso a internamento de doentes em macas.

De referir ainda, que existe um elevado número de utentes internados que aguardam vaga em estabelecimentos residenciais para idosos (ERPI), ou que aguardam vaga numa unidade de cuidados continuados integrados da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). No sentido de mitigar o impacto desta situação na atividade assistencial da ULSASI, propõem-se camas contratualizadas no exterior, nas tipologias já referidas.

Salienta-se a avaliação externa efetuada aos internamentos de natureza social, “Barómetro de Internamentos Sociais (BIS)”, pela Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH), Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI) e da Associação de Profissionais de Serviço Social (APSS), com vista a monitorizar a evolução dos internamentos inapropriados nos estabelecimentos hospitalares do SNS. Os resultados da 8.ª edição do BIS, revelam que 14,5% dos internamentos do HFF são inapropriados, verificando-se um incremento face ao período homólogo, e bem acima do índice nacional. Esta situação conduz ao prolongamento da ocupação das camas hospitalares decorrente da demora excessiva para admissão em RNCCI e ERPI, condicionando a concretização de planos de alta de doentes internados. A falta de resposta adequada por parte da RNCCI e ERPI, acabam por constituir a principal causa do número de internamentos inapropriados na ULSASI, como se pode constatar pela figura apresentada de seguida e respeitante ao BIS 2023.

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca [HFF]



7.3.6.3 Medidas

Com vista à programação da atividade hospitalar em 2025, A Unidade Local de Saúde Amadora/Sintra E.P.E. (ULSASI), confronta-se com elevado número de doentes que recorrem ao Serviço de Urgência Geral e com o conseqüente aumento da necessidade de internamento no UICD (Unidade de Internamento de Curta Duração) do Serviço de Urgência Geral (SURG), e utilização mais intensiva do internamento da área da Medicina Interna e especialidades médicas. Acresce que esta tendência, verificada em 2023, manteve-se em 2024, acumulada a agosto e apresentando taxas de ocupação superiores a 100%, na UICD.

Custos Estimados

A estimativa de custos é apresentada de seguida, tendo por base o recurso à contratualização externa para o fornecimento de diárias de internamento no exterior, no período de 01/01/2025 a 31/12/2025.

2025						
Projecção de Camas 2025 (Proposta DC 20240412)						
GLOBAL	Preço Unitário	Quant/Diárias	Quant/Camas	Período	TOTAL	OBS
Cuidados Continuados	97€ - 80€	14640	40	12 Meses	1.766.400,00 €	
Paliativos	120,00 €	1825	4	12 Meses	219.960,00 €	
ERPI	1.350,00 €	27375	75	12 Meses	1.233.000,00 €	Valor Mensalidade
Clínicas	279,00 €	6375	17	12Meses	1.789.060,48	
Clínicas TROFA						
Clínicas ASFE						
Clínicas HLAM (CLISA)						
Total		50215			5.008.420,48	

Resumo:

- a) ERPI c/valor de mensalidade de 1350,00€/27.375 diárias;
- b) Cuidados Continuados tipologias Convalescença/Média Duração/Longa Duração c/valor de global de diária de 97€ e 80€/14.640 diárias;
- c) Camas clínicas doentes agudos c/valor de diária de 279,00€/6.375;
- d) Cuidados Continuados tipologia paliativos, com valor de diária de 120, 00€/1.825 diárias.

Valor Global: 5 008 420,48€.

2025												
Projeção de Camas 2025 (Proposta DC 2024/112)												
GLOBAL	Preço Inicial	Quant. Diárias	Quant. Camas	Período	TOTAL	OBS						
Cuidados Continuados	57€ 80€	14640	40	12 Meses	1.766.400,00 €							
Paliativos	120,00 €	1825	4	12 Meses	219.960,00 €							
ERPI	1.350,00 €	27375	75	12 Meses	1.233.000,00 €	Valor Mensalidade						
Clinicas	279,00 €	6375	17	12 Meses	1.789.060,48 €							
Clinicas TROFA												
Clinicas ASFE												
Clinicas HILAM (CLISA)												
Total		50215			5.008.420,48 €							

ERPI	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Total
DIARIAS	2325	2100	2325	2250	2325	2250	2325	2325	2250	2325	2250	2325	27375
1.350,00 €	101.250,00 €	101.250,00 €	101.250,00 €	101.250,00 €	101.250,00 €	101.250,00 €	101.250,00 €	101.250,00 €	101.250,00 €	101.250,00 €	101.250,00 €	101.250,00 €	1.215.000,00 €
Nº Camas	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75
Despesas Extra: 20€/camas/Mês	1.500,00 €	1.500,00 €	1.500,00 €	1.500,00 €	1.500,00 €	1.500,00 €	1.500,00 €	1.500,00 €	1.500,00 €	1.500,00 €	1.500,00 €	1.500,00 €	18.000,00 €
TOTAL	102.750,00 €	102.750,00 €	102.750,00 €	102.750,00 €	102.750,00 €	102.750,00 €	102.750,00 €	102.750,00 €	102.750,00 €	102.750,00 €	102.750,00 €	102.750,00 €	1.233.000,00 €

PALIATIVOS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Total
DIARIAS	155	140	155	150	155	150	155	155	150	155	150	155	1825
120,00 €	18.600,00 €	16.800,00 €	18.600,00 €	18.000,00 €	18.600,00 €	18.000,00 €	18.600,00 €	18.600,00 €	18.000,00 €	18.600,00 €	18.000,00 €	18.600,00 €	219.960,00 €
Nº Camas	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Despesas Extra: 20€/camas/Mês	80,00 €	80,00 €	80,00 €	80,00 €	80,00 €	80,00 €	80,00 €	80,00 €	80,00 €	80,00 €	80,00 €	80,00 €	960,00 €
TOTAL	18.680,00 €	16.880,00 €	18.680,00 €	18.080,00 €	18.680,00 €	18.080,00 €	18.680,00 €	18.680,00 €	18.080,00 €	18.680,00 €	18.080,00 €	18.680,00 €	219.960,00 €

CLINICAS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Total
DIARIAS	775	700	620	450	465	300	310	310	450	620	600	775	6375
279,00 €	216.225,00 €	195.300,00 €	172.980,00 €	125.550,00 €	129.735,00 €	83.700,00 €	86.490,00 €	86.490,00 €	125.550,00 €	172.980,00 €	167.400,00 €	216.225,00 €	1.778.625,00 €
Nº Camas	25	25	20	15	15	10	10	10	15	20	20	25	17
Despesas Extra: 50€/camas/Mês	1.250,00 €	1.250,00 €	1.000,00 €	725,81 €	750,00 €	483,87 €	500,00 €	500,00 €	725,81 €	1.000,00 €	1.000,00 €	1.250,00 €	10.435,48 €
TOTAL	217.475,00 €	196.550,00 €	173.980,00 €	126.275,81 €	130.485,00 €	84.183,87 €	86.990,00 €	86.990,00 €	126.275,81 €	173.980,00 €	168.400,00 €	217.475,00 €	1.789.060,48 €

CUIDADOS CONTINUADOS	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Total
DIARIAS LONGA DURAÇÃO	465	420	465	450	465	450	465	465	450	465	465	465	5490
80,00 €	35.800,00 €	30.400,00 €	35.800,00 €	34.000,00 €	35.800,00 €	34.000,00 €	35.800,00 €	35.800,00 €	34.000,00 €	35.800,00 €	35.800,00 €	35.800,00 €	658.800,00 €
Nº Camas	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
DIARIAS MÉDIA DURAÇÃO	465	420	465	450	465	450	465	465	450	465	465	465	5490
97,00 €	35.800,00 €	30.400,00 €	35.800,00 €	34.000,00 €	35.800,00 €	34.000,00 €	35.800,00 €	35.800,00 €	34.000,00 €	35.800,00 €	35.800,00 €	35.800,00 €	658.800,00 €
Nº Camas	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
DIARIAS CONVALESCENÇA	310	290	310	300	310	300	310	310	290	310	310	310	3660
97,00 €	37.200,00 €	33.600,00 €	37.200,00 €	36.000,00 €	37.200,00 €	36.000,00 €	37.200,00 €	37.200,00 €	36.000,00 €	37.200,00 €	37.200,00 €	37.200,00 €	439.200,00 €
Nº Camas	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
TOTAL DIARIAS	1240	1120	1240	1200	1240	1200	1240	1240	1200	1240	1240	1240	14640
TOTAL CAMAS	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
Despesas Extra: 20€/camas/Mês	800,00 €	800,00 €	800,00 €	800,00 €	800,00 €	800,00 €	800,00 €	800,00 €	800,00 €	800,00 €	800,00 €	800,00 €	9.600,00 €
TOTAL	149.600,00 €	135.200,00 €	149.600,00 €	144.800,00 €	149.600,00 €	144.800,00 €	149.600,00 €	149.600,00 €	144.800,00 €	149.600,00 €	149.600,00 €	149.600,00 €	1.766.400,00 €

7.3.7 Projeto local para a redução do número de atendimentos nos serviços de urgência triados com cor verde, azul e branca

7.3.7.1 Enquadramento

A Unidade Local de Saúde (ULS) Amadora/Sintra é uma das áreas mais populosas e diversificadas do país, enfrentando uma pressão considerável nos seus serviços de urgência (SU). Muitos dos atendimentos realizados são triados como verde, azul e branca, categorias atribuídas a casos não urgentes. Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) como cuidados de proximidade já oferecem uma capacidade instalada alargada de resposta em doença aguda, podendo redefinir-se circuitos para tornar mais eficiente o acesso a estas consultas e, direta e indiretamente, aliviar a sobrecarga dos SU.

Adicionalmente, existe um desafio crítico relacionado com o número elevado de utentes utilizadores frequentes, designados como “high-users”, e que geram uma pressão acrescida, comprometendo a eficiência e o acesso aos cuidados para situações efetivamente urgentes.

O projeto “Ligue Antes, Salve Vidas”, já implementado noutras regiões nacionais, tem demonstrado resultados favoráveis ao reduzir o número de admissões desnecessárias nos SU, através de uma combinação de referenciação prévia obrigatória e de uniformização da capacidade de resposta nos CSP.

Por outro lado, experiências nacionais e internacionais, mostram que a gestão integrada de “high-users” com recurso a equipas multidisciplinares e cuidados personalizados pode reduzir significativamente os episódios desnecessários nos SU e melhorar o acompanhamento a longo prazo.

A presente proposta adapta estes modelos ao contexto da ULS Amadora/Sintra, numa lógica de Sistema Local de Saúde (SLS), promovendo eficiência, acessibilidade e qualidade na prestação de cuidados.

7.3.7.2 Situação Atual

A Atualmente, cerca de 50% das admissões são triadas como pouco ou não urgentes (triagem de Manchester verde, azul ou branca), sobrecarregando os SU nomeadamente ao nível dos recursos humanos e materiais, aumento dos tempos de espera, e insatisfação dos utentes.

Nos CSP, poderá existir dificuldade em reter utentes para cuidados programados e agudos, com impacto negativo na continuidade e eficiência do acompanhamento.

Esta situação poderá estar associada a diferentes causas identificadas:

- Falta de literacia em saúde- Muitos utentes poderão não conhecer/compreender as vias alternativas de acesso aos cuidados.
- Acesso limitado aos CSP- Dificuldades em agendar consultas de doença aguda devido ao número elevado de utentes sem médico de família.
- Utilização inadequada dos SU - Tendência dos utentes em procurar diretamente as urgências, sem contacto prévio com os CSP ou SNS24.
- Utilizadores frequentes - Em Portugal, cerca de 5% dos utentes representam uma proporção substancial das admissões nos SU, recorrendo ao serviço 4 ou mais vezes por ano. Muitos destes casos estão associados a condições crónicas (e.g., DPOC, diabetes descompensada), saúde mental ou fatores sociais, como isolamento ou vulnerabilidade económica. Estas situações, possivelmente inadequadas, necessitarão de acompanhamento continuado multidisciplinar integrado que permita antecipar e solucionar as situações e necessidades clínicas destes utentes.

7.3.7.3 Medidas Propostas

A proposta assenta num modelo integrado, envolvendo SU, CSP e SNS24, com foco na reorganização de fluxos, reforço de recursos e capacitação de profissionais e utentes.

1. Implementação do projeto “Ligue Antes, Salve Vidas”
 - a. Encaminhamento via SNS24:
 - i. Integrar o SNS24 na triagem inicial de casos não urgentes, com encaminhamento direto para vagas disponíveis nos Centros de Saúde, reduzindo a entrada direta nos SU.
 - ii. Estabelecer a adequada parametrização das agendas que permitam a conexão do SNS24 aos sistemas locais (SClinico e SONHO), otimizando a gestão de vagas.
 - b. Encaminhamento hospitalar direto:
 - i. Com a parametrização das agendas médicas dos CSP, poderá ser possível que o hospital reencaminhe utentes triados como não urgentes diretamente para os CSP, com agendamento das consultas nas vagas disponíveis.
2. Reforço da Capacidade dos CSP

- a. Reforçar recursos humanos, nomeadamente em UCSP, com recurso a horas extraordinárias ou prestação de serviços.
 - b. Relatórios periódicos:
 - i. Criar relatórios regulares sobre utilizadores não urgentes nos SU, partilhados com os CSP para permitir planeamento e intervenções proativas.
3. Hospital de Dia/Consultas de Agudos hospitalares:
 - a. Estabelecimento de Hospital de Dia para o seguimento de patologias específicas (e.g., DPOC), reduzindo a sobre utilização do SU.
 - b. Criar no hospital uma consulta de ambulatório para casos não urgentes reencaminhados do SU, evitando a duplicação de deslocações.
4. Gestão Proativa de Utilizadores Frequentes
 - a. Identificação e monitorização:
 - i. Implementar uma base de dados integrada para identificar de forma automatizada os “high-users” com base em critérios pré-definidos (p. ex., 4 ou mais visitas anuais, condições crónicas).
 - ii. Gerar relatórios trimestrais partilhados entre os SU e os CSP para análise conjunta.
 - b. Equipa multidisciplinar dedicada:
 - i. Criar uma equipa composta por médicos de família, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, com foco no acompanhamento contínuo destes utentes.
 - ii. A equipa será responsável por desenvolver planos personalizados de gestão para cada utente, envolvendo consultas regulares e apoio comunitário.
 - c. Encaminhamento para cuidados adequados:
 - i. Priorizar o seguimento nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), integrando-os no circuito do “Ligue Antes, Salve Vidas”
 - ii. Direcionar casos complexos para Hospitais de Dia/Consultas Abertas especializadas, especialmente para doenças como DPOC, insuficiência cardíaca e saúde mental.
 - d. Normalização de respostas para “high-users”:
 - i. Padronizar a triagem e o encaminhamento destes utentes nos SU, priorizando a avaliação inicial por um médico experiente para minimizar exames desnecessários e garantir o encaminhamento adequado.
 - e. Acompanhamento remoto:
 - i. Implementar telemonitorização para condições crónicas identificadas entre os “high-users”, permitindo um seguimento mais frequente sem necessidade de deslocações frequentes.
5. Melhoria da Literacia e Apoio Psicossocial
 - a. Plano de comunicação comunitária:
 - i. Desenvolver campanhas para sensibilizar a população sobre o uso adequado dos SU e o papel do SNS24 e dos CSP, através de meios digitais, escolas e associações locais.

- b. Educação em saúde:
 - i. Realizar sessões de literacia com foco nos “high-users”, para aumentar a compreensão dos sinais de alarme e a utilização apropriada dos CSP e do SNS24
 - c. Integração de apoio social
 - i. Coordenar esforços com autarquias e redes locais para oferecer suporte social a utentes com fatores de risco (e.g., falta de transporte, isolamento)
6. Monitorização
- a. Criar um dashboard atualizado em tempo real com os fluxos de utentes e o impacto das medidas, acessível aos gestores e direções da ULS.

7.3.7.4 Metas e Objetivos

1. Verdes, Azuis e Brancos
 - a. Redução de 30% do número de atendimentos verdes, azuis e brancos.
 - b. Implementar encaminhamento obrigatório via SNS24 em 2025.
 - c. Realizar sessões de literacia em saúde até final de 2025.
 - d. Implementação de Consulta de Agudos no SU até julho de 2025.
 - e. Publicação de relatórios trimestrais de análise de casos não urgentes nos SU.
2. High-Users
 - a. Criar uma equipa multidisciplinar dedicada à gestão de “high-users” até final de 2024.
 - b. Integrar 100% dos *high users* identificados em planos de gestão personalizados até 2025.
 - c. Reforçar estratégias de telemonitorização para utentes selecionados com patologias crónicas selecionados.
 - d. Redução de 30% nos acessos aos SU por “high users” até final de 2025.
 - e. Melhoria nos indicadores de saúde geral e satisfação dos utentes incluídos no programa.

Conclusão

Esta proposta combina medidas de reorganização dos fluxos assistenciais, reforço dos recursos e capacitação da população. O projeto “Ligue Antes, Salve Vidas” será o pilar central desta estratégia, integrado num modelo de proximidade e de saúde preventiva, alinhado com as necessidades específicas da ULS Amadora/Sintra e com os objetivos estratégicos do SNS, visando melhorar a eficiência, a qualidade do atendimento e a satisfação dos utentes. A gestão proactiva dos utilizadores frequentes dos SU requer uma abordagem integrada e centrada no utente, combinando acompanhamento contínuo, apoio social e promoção da literacia em saúde. Espera-se assim aliviar a pressão nos SU, melhorar os resultados em saúde e aumentar a eficiência global do sistema, garantindo um atendimento mais célere aos casos urgentes e melhorar a experiência global dos utentes no SNS.

7.3. 3. e) Projeto local, a implementar em 2025, para regularização e contenção das Listas de Inscritos para Cirurgia e das Listas de Espera para Consulta fora dos Tempos Máximos de Resposta Garantida

7.4.1 Enquadramento

É considerado uma prioridade para o Serviço Nacional de Saúde a resposta de forma eficiente e atempada aos cuidados de saúde. As Listas de Inscritos para Cirurgia (LIC) e a Lista de Espera para consulta (LEC) são mecanismos implementados, que permitem a gestão do acesso aos cuidados, permitindo a gestão de forma eficiente do SNS e a alocação de recursos.

Considerando a necessidade de resposta atempada às listas de espera, ambas de elevada magnitude, tendo em conta também as medidas previstas no Plano de Emergência em Saúde, pretende-se com este documento, elencar um conjunto de medidas que permitam uma gestão mais eficiente do acesso e a respetiva otimização dos recursos.

7.4.2 Situação Atual

Após a quebra de referenciação durante o período de Pandemia, tem-se assistido um crescimento gradual e significativo na referenciação para primeira consulta pelos Centros de Saúde. Em 2024, a tendência de crescimento mantém-se, com uma média de 4.859 pedidos de primeira consulta mês, representando um aumento de 156 pedidos face à média de 2023 (3,3%).

Este aumento da referenciação, não atenuado totalmente pelo crescimento verificado na consulta, tem conduzido a um aumento progressivo da lista de espera. No final de setembro, verificava-se a permanência de 24.682 pedidos em lista CTH, o que representa um aumento de 23,4% face ano anterior (+4.791 pedidos).

O aumento da lista de espera tem também condicionado os indicadores de acesso, com incumprimento face aos objetivos traçados e afastamento face aos valores obtidos em 2023.

Em setembro, 52,0% dos pedidos encontravam-se dentro do TMRG, ficando abaixo da meta definida em Contrato-Programa (67,6%) e abaixo do obtido em 2023 (55,3%). Com maior afastamento face ao objetivo, refere-se a Cardiologia (24,8%), Obesidade (31,8%), Endocrinologia (35,0%), Ginecologia (35,1%) e Imunoalergologia (42,3%) (Tabela 1).

Importa ainda referir a existência de pedidos de referenciação interna, que representam 45,4% da lista de pedidos para consulta (20.515 pedidos) e que concorrem igualmente para as vagas de primeira consulta.

Relativamente à Lista de Inscritos para Cirurgia, verifica-se uma diminuição face a 2023 no número de pedidos a aguardar cirurgia (-6,5%). Atualmente, 72,9% das inscrições estão dentro do Tempo Máximo de Resposta Garantido, o que representa um aumento de 9,5 p.p. face ao final de 2023. Em Contrato-Programa este indicador foi fixado nos 69,0%, estando o HFF 3,9 p.p. acima do valor previsto. Abaixo da meta proposta, identifica-se a Cirurgia Geral (60,8%), Cirurgia Plástica (56,7%) e Ortopedia (68,0%) (Tabela 2).

Quadro 1: Número de pedidos em espera para consulta da CTH e % de pedidos dentro do TMRG. (Dados acumulados a setembro)

LEC CTH	Total de pedidos em espera			LEC dentro TMRG		
	2024	2023	Δ24/23	2024	2023	Δ24/23
Cardiologia	1.682	1.387	21,3%	25%	34%	-9,1 p.p.
Cirurgia Geral	1.426	971	46,9%	73%	67%	5,4 p.p.
Cirurgia Geral - Obesidade	376	226	66,4%	32%	30%	2,2 p.p.
Cirurgia Maxilo-Facial	69	67	3,0%	86%	84%	1,6 p.p.
Cirurgia Pediátrica	404	726	-44,4%	89%	45%	44,1 p.p.
Cirurgia Plástica Reconstructiva	357	224	59,4%	87%	87%	0,3 p.p.
CR Colon-Recto				100%	94%	6,3 p.p.
CR Hepatobilio/Pancreático	9	8	12,5%	100%	100%	0 p.p.
Dermato-Venerologia	67			93%		92,8 p.p.
Deterioração Cognitiva	78	26	200,0%	69%	72%	-2,8 p.p.
Diabetologia	77	50	54,0%	60%	58%	2 p.p.
Doenças Infecciosas	232	223	4,0%	71%	55%	16,1 p.p.
Dor	86	73	17,8%	93%	78%	14,6 p.p.
Endocrinologia - Nutrição	371	274	35,4%	35%	45%	-10,3 p.p.
Gastrenterologia	350	316	10,8%	85%	69%	16 p.p.
Ginecologia	1.882	1.994	-5,6%	35%	28%	6,7 p.p.
Imunohemoterapia	80	71	12,7%	84%	51%	32,7 p.p.
Imunoalergologia	514	435	18,2%	42%	25%	17 p.p.
Medicina Desportiva	12	8	50,0%	100%	14%	85,7 p.p.
Medicina Física e de Reabilitação - Fisiatria	184	91	102,2%	92%	76%	15,6 p.p.
Medicina interna	274	263	4,2%	70%	58%	11,8 p.p.
Nefrologia	67	174	-61,5%	75%	58%	16,7 p.p.
Neurologia	973	780	24,7%	46%	50%	-3,9 p.p.
Obstetrícia	668	732	-8,7%	87%	70%	17,6 p.p.
Oftalmologia	6.506	4.639	40,2%	45%	64%	-18,8 p.p.
Oftalmologia - Retinopatia Diabética Seguimento	4	16	-75,0%	67%	100%	-33,3 p.p.
Oncologia Médica	15	16	-6,3%	78%	25%	52,8 p.p.
Ortopedia	2.626	1.934	35,8%	57%	65%	-8,1 p.p.
Otorrinolaringologia	2.054	1.209	69,9%	53%	73%	-20,2 p.p.
Pediatria	1.094	1.171	-6,6%	45%	39%	5,9 p.p.
Pneumologia	1.115	740	50,7%	48%	40%	7,9 p.p.
Psiquiatria - Consulta Geral	177	215	-17,7%	89%	78%	11,5 p.p.
Psiquiatria da infância e da adolescência	360	302	19,2%	89%	75%	13,7 p.p.
Teleconsulta de Cirurgia Geral Feridas Complexas	3	1	200,0%	33%	0%	33,3 p.p.
Urologia	490	525	-6,7%	96%	93%	2,4 p.p.
Total Geral	24.682	19.891	24,1%	52%	55%	-3,3 p.p.

Quadro 2: Número de Doentes Inscritos para Cirurgia e % de pedidos dentro do TMRG (Dados acumulados a setembro)

LIC	Total de pedidos em espera			LIC dentro TMRG		
	2024	2023	Δ24/23	2024	2023	Δ24/23
Cirurgia Geral	1.626	1.860	-12,6%	60,8%	56,8%	3,9 p.p.
Cirurgia Maxilo-Facial	89	49	81,6%	89,9%	93,9%	-4 p.p.
Cirurgia Pediátrica	389	271	43,5%	96,9%	92,3%	4,7 p.p.
Cirurgia Plástica Reconstructiva	635	830	-23,5%	56,7%	64,8%	-8,1 p.p.
Dermato-Venerologia	39			82,1%		
Ginecologia	389	355	9,6%	74,3%	58,3%	16 p.p.
Oftalmologia	1.439	1.750	-17,8%	88,3%	81,7%	6,6 p.p.
Ortopedia	887	1.062	-16,5%	68,0%	48,2%	19,8 p.p.
Otorrinolaringologia	789	660	19,5%	70,2%	75,0%	-4,8 p.p.
Urologia	779	714	9,1%	75,7%	68,8%	7 p.p.
Total Geral	7.061	7.551	-6,5%	72,9%	66,6%	6,3 p.p.

7.4.3 Medidas Propostas

Tendo presente a situação atua descrita no ponto anterior, elencam-se as seguintes medidas para a regularização e contenção das Listas de Espera:

7.4.3.1 Lista de Espera de Consulta

- i. Elaboração e revisão de manual de referenciação no que respeita à referenciação adequada à Consulta Hospitalar, em estreita colaboração com as Unidades Funcionais das Áreas de Cuidados de Saúde Primárias, nomeadamente nas especialidades com maior lista de espera ou número de pedidos devolvidos;
- ii. Elaboração de protocolos clínicos de referenciação interna entre especialidades hospitalares;
- iii. Implementação de medidas dirigidas às especialidades com maior taxa de absentismo e taxas de cancelamento, promovendo substituição de ausências previstas;
- iv. Garantia do agendamento de consultas subsequentes de doentes cujo médico assistente deixa de exercer funções na ULS Amadora/Sintra;
- v. Aumento da capacidade instalada nas especialidades com maior lista de espera e afastamento aos Tempos Máximos de Resposta Garantido, nomeadamente: Oftalmologia, Ortopedia, ORL, Ginecologia, Cirurgia Geral, Cardiologia e Pneumologia, por via de:
 - a. Cumprimento da atividade assistencial contratualizada em Quadro Mínimo de Produção para a área da consulta externa;
 - b. Programas específicos de atividade adicional por forma a dar resposta aos pedidos de consultas;
- vi. Promoção das altas na consulta médica, para as situações clinicamente justificáveis, com referenciação dos doentes para os Centros de Saúde;
- vii. Avaliação clínica dos pedidos com maior tempo de espera, aferindo a necessidade de permanência em lista.

7.4.3.2 Lista de Espera para Cirurgia

- i. Avaliação clínica dos pedidos com maior tempo de espera, aferindo a necessidade de permanência em lista;
- ii. Monitorizar a elaboração de planos operatórios garantindo que o agendamento cirúrgico cumpre os critérios de prioridade clínica e antiguidade em lista de espera;
- iii. Otimização do agendamento cirúrgico, com disponibilidade do mapa operatório e atribuição de sala operatória antecipada e validação dos doentes incluídos em plano;
- iv. Otimização do circuito do doente cirúrgico, com vista à otimização pré-operatória, nomeadamente no que concerne à diminuição dos cancelamentos operatórios no próprio dia, por causas imputáveis ao Hospital;
- v. Otimização na ocupação do Bloco Operatório;
- vi. Extensão da atividade programada adicional a procedimentos que habitualmente são realizados em atividade programada base;
- vii. Subcontratação de atividade cirúrgica programada no exterior, com entidades privadas ou do setor social, nas especialidades com maior dimensão de lista de inscritos para cirurgia ou com propostas cirúrgicas com maior antiguidade.

7.4.4 Metas e Objetivos

Tendo em conta as medidas propostas no ponto anterior, propõem-se os seguintes os seguintes objetivos:

7.4.4.1 Lista de Espera de Consulta

- i. Cumprimento dos TMRG tendo em conta as metas contratualizadas;
- ii. Garantir o cumprimento do orçamento de produção para a área da consulta externa;
- iii. Melhoria nos processos de referência (interna e externa), com início de reuniões para elaboração/revisão de protocolos clínicos de referência durante o primeiro trimestre de 2025;
- iv. Redução do cancelamento de consulta, por motivos não imputáveis ao utente em 10%.

7.5.4.2 Lista de Espera para Cirurgia

- i. Otimização da Taxa de Ocupação do Bloco Operatório para a meta de 80%;
- ii. Cumprimento dos TMRG tendo em conta as metas contratualizadas;
- iii. Diminuição de 5% cancelamentos cirúrgicos, pela otimização do circuito do doente.

7.4. 3. f) Projeto local, a implementar até 2027, de descentralização das consultas de especialidade hospitalar para as unidades de cuidados de saúde primários

7.5.1 Metas e Objetivos

A centralidade no cidadão e a prestação de cuidados de saúde de proximidade são pilares fundamentais do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Este projeto pretende responder aos desafios de acessibilidade, continuidade e integração dos cuidados, promovendo uma gestão mais eficaz do percurso do utente no sistema de saúde.

Com este foco estratégico a descentralização das consultas de especialidade hospitalar é uma prioridade do SNS, que promovem a integração entre as diferentes tipologias de cuidados, dinamizando a realização de consultas hospitalares em Centros de Saúde. Este processo está alinhado com os objetivos de acessibilidade, continuidade de cuidados e prevenção de admissões evitáveis em urgências e internamentos.

De acordo com o Regulamento das Tabelas de Preços das Instituições e Serviços Integrados no SNS (Portaria n.º 207/2017), a consulta pode ser presencial, mediada por tecnologia, ou realizada sem a presença do utente, possibilitando a consultadoria como forma de apoio direto aos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Estas modalidades de consulta são essenciais para criar um modelo de cuidados centrado no utente, capaz de integrar recursos e melhorar a eficácia do SNS.

Este projeto visa assim a implementação e consolidação de consultas descentralizadas na ULS Amadora/Sintra, na área da Psiquiatria e Saúde Mental, Medicina Interna, Infeciologia, Gastrenterologia e Cardiologia (presenciais) e em consultadoria clínica remota de Pediatria, entre outras, promovendo a formação dos profissionais, o trabalho em equipa multidisciplinar e a integração de cuidados para proporcionar uma resposta humanizada, preventiva e acessível.

7.5.2 Situação Atual

Atualmente, existem inúmeros desafios à prestação de cuidados em âmbito de consulta externa, nomeadamente:

- Os tempos de espera para algumas consultas hospitalares são elevados devido quer ao elevado número de referenciarções CTH e internas, mas também pela falta de recursos humanos disponíveis
- Barreiras no acesso- A concentração das consultas no Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca (HFF) limita o acesso a utentes com dificuldades de deslocação numa ULS com alguma dispersão geográfica (cerca de 340 Km²). Por outro lado, os períodos de espera e deslocações frequentes para consultas hospitalares desincentivam a continuidade de cuidados.
- Fragmentação dos cuidados- A articulação entre hospital e CSP é ainda insuficiente e com dificuldades na comunicação direta, resultando numa menor continuidade do acompanhamento clínico e na adequada discussão dos casos clínicos
- Garantir maior capacidade resolutiva ao nível dos CSP – Dada a abrangência e complexidade da atividade ao nível dos CSP, é essencial garantir uma adequada integração de cuidados através da definição de momento de discussão clínica de casos selecionados, capacitando os

médicos de família para gerir patologias mais complexas em articulação com as especialidades hospitalares e garantindo uma maior resolubilidade e menor necessidade de referência.

Estas situações têm impacto significativo na acessibilidade, na dinâmica de funcionamento da consulta, e na satisfação de utentes e profissionais.

As consultas descentralizadas têm um histórico muito relevante prévio à constituição da ULS, havendo já a promoção da integração de cuidados neste âmbito.

Em ULS, e até setembro de 2024, foi realizada a seguinte atividade em consulta descentralizada:

Especialidade	N
Cardiologia (sem presença do utente)	334
Gastroenterologia (Hepatologia)	65
Infeciologia (Geral e Hepatite C)	221
Total	620

7.5.3 Medidas Propostas

Para cumprimento do plano a ULS Amadora/Sintra propõe as seguintes medidas.

1. Consulta descentralizada presencial de especialidades hospitalares nos CSP

Estas consultas têm por objetivo aproximar o atendimento ao utente, reduzindo deslocações e promovendo a gestão de proximidade.

Serão implementadas/mantidas as consultas descentralizadas para as seguintes especialidades de forma prioritária:

- Psiquiatria – com reforço das equipas comunitárias
- Infeciologia – seguimento de infeções crónicas (ex.: VIH, hepatites virais) quer no âmbito dos CSP, com reforço da resposta dos Centros de Diagnóstico Pneumológico, quer no âmbito da resposta nos Estabelecimentos Prisionais e Equipas de tratamento
- Gastroenterologia – seguimento de doentes com hepatites virais crónicas
- Medicina Interna (Medicina II) – com foco na abordagem de situações de menor complexidade, gestão de doenças crónicas e seguimento pós-alta.

2. Consulta descentralizada sem a presença do utente (consultadoria) nos CSP

A implementação desta tipologia de consultas, quer de forma presencial quer em utilizando plataformas digitais, tem como principal propósito o apoio à Medicina Geral e Familiar como forma de aumentar a capacidade resolutiva em casos sem necessidade de intervenção hospitalar presencial, melhorar a integração de cuidados através da discussão multidisciplinar de casos complexos e evitando deslocações desnecessárias dos utentes ao mesmo tempo que se garante a resposta às suas necessidades de saúde.

Propõe-se para 2025 a manutenção desta tipologia de consultas na especialidade de Cardiologia, mas com alargamento de área de influência (atualmente restrita ao Centro de Saúde de Rio de Mouro) e início no primeiro semestre de 2025 desta tipologia de consulta nas especialidades de

Pediatria, Pneumologia, Gastrenterologia e Medicina Interna. Poderá ainda ser alargada a outras especialidades de acordo com o interesse e disponibilidade de cada serviço hospitalar.

Para qualquer das tipologias de consulta acima descritas, e em complemento existem várias medidas a ser garantidas:

- Uniformização do processo de consultoria e apoio de especialidades aos Cuidados de Saúde Primários;
- Revisão de protocolos de referência a consulta hospitalar, garantindo critérios claros e eficientes de encaminhamento e otimizando a referência para consulta hospitalar;
- Formações específicas para profissionais em áreas identificadas nas diferentes especialidades ao longo do ano 2025 como forma de promoção do desenvolvimento profissional contínuo e da integração de cuidados.

7.5.4 Metas e Objetivos

Definem-se como metas para o ano 2025 as seguintes:

- Aumento de 25% do número total de consultas descentralizadas na globalidade.
- Aumento da consulta descentralizada e extensão a pelo menos mais 4 centros de saúde, com manutenção de consulta descentralizadas nos Estabelecimentos Prisionais e Equipas de tratamento.
- Implementar a consulta descentralizada não presencial, com cobertura de pelo menos 50% das unidades funcionais.
- Conclusão de Manual de Referência para consultas hospitalares até final do primeiro trimestre de 2025.

Este projeto coloca o cidadão no centro das decisões, promovendo uma resposta de proximidade e humanização no SNS, contribui para um modelo de saúde mais acessível, integrado e eficiente, alinhado com as necessidades da população da ULS Amadora/Sintra.

7.5. 3. g) Projeto local de alargamento da Hospitalização Domiciliária, a implementar até 2027, onde também se deve prever a domiciliação de cuidados continuados integrados

7.6.1 Enquadramento

Na ULS Amadora / Sintra existem duas Unidades de Hospitalização Domiciliária, uma para doentes adultos e a mais recente para doentes pediátricos. A Unidade de Hospitalização Domiciliária de adultos tem como missão prestar cuidados de saúde hospitalares com qualidade, eficácia e garantia da satisfação, no respeito pela dignidade dos utentes, formar profissionais de elevada qualidade, desenvolver a investigação em saúde e utilizar de forma eficiente os recursos disponíveis.

Tem como objetivos primordiais:

1. Praticar atos de assistência clínica em domicílio por uma equipa de profissionais de saúde.
2. Procura garantir os melhores cuidados de saúde à população que atende com o objetivo de em contexto domiciliário assegurar o mesmo tipo de cuidados e os mesmos profissionais de saúde presentes no HFF, promovendo assim a satisfação do doente e da sua família/ cuidador, a qualidade dos cuidados e a segurança dos doentes.
3. O modelo preconizado está assente num modelo misto, com o objetivo de evitar o internamento através da admissão na UHD a partir do Serviço de Urgência Geral, da Consulta Externa e da comunidade, e também diminuir a duração do internamento convencional do doente através de transferência de um serviço de internamento para a UHD.
4. Procurar garantir acessibilidade e cumprimento dos objetivos institucionais e da tutela.
5. Sujeita ao Sistema de Gestão da Qualidade do HFF.

A Unidade de Hospitalização Domiciliária Pediátrica da ULS Amadora / Sintra é a única no país em funcionamento neste modelo de internamento. Têm como missão “Prestar cuidados de saúde hospitalares humanizados, respeitando a dignidade do utente pediátrico, melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde, reduzindo complicações inerentes ao internamento convencional e da envolvimento dos cuidados, através da participação ativa da família e de outros/as cuidadores/as num ambiente familiar à criança/jovem”.

Tem como objetivos primordiais:

- Assegurar os critérios de acesso e de integração das crianças/jovens doentes nesta resposta.
- Abranger todas as crianças/jovens inscritas no ACES de Sintra e no ACES da Amadora, com residência nestes concelhos, dependendo a sua aferição do número de vagas e do cumprimento de critérios clínicos e sociais definidos em Norma de Orientação Clínica (NOC) pela Direção-Geral da Saúde (DGS), sem prejuízo da adaptação à realidade concreta de cada instituição e às necessidades de saúde da população servida.
- Praticar atos de assistência clínica em domicílio por uma equipa de profissionais de saúde.

- Garantir os melhores cuidados de saúde à população que atende com o objetivo de em contexto domiciliário assegurar o mesmo tipo de cuidados, promovendo assim a satisfação da criança/jovem e da sua família.

7.6.2 Unidade de Hospitalização Domiciliária Adultos

Unidade de Hospitalização Domiciliária de Adultos

7.6.2.1 Situação Atual

Atualmente (outubro de 2024) a UHD tem uma capacidade de internamento de 12 camas. Desde o início da atividade, já admitiu mais de 1000 doentes, apresentando as seguintes estatísticas relevantes:

- Demora média – 10,02 dias
- Taxa de ocupação – 94.17%
- Número total de avaliações – 580
- Número de doentes não admitidos por falta de vaga – 137 (23.6% das referências)
- Principais serviços referenciadores – UICD, Serviços de Medicina e Urologia.

As vantagens clínicas e sociais estão claramente demonstradas e esta Unidade apresenta taxas de complicações muito reduzidas (e quase exclusivamente relacionadas com acessos venosos), nenhuma infeção nosocomial e uma elevada taxa de satisfação entre os profissionais e os doentes e seus familiares (superior a 95%).

Para além do internamento em Hospitalização Domiciliária, com as vantagens acima referidas, a UHD tem também implementado as seguintes atividades:

- **Reconciliação terapêutica** – uma medida fundamental para assegurar que os utentes tomam as medicações corretas nas doses e horários corretos, sem falhas ou repetições de administrações.
- **Reabilitação física** – todos os doentes em quem se identifica alguma limitação/necessidade, tem um projeto de reabilitação personalizado que é realizado pelos Enfermeiros de reabilitação da UHD, e sempre que possível com a capacitação dos familiares/cuidadores.
- **Consulta de reavaliação pós alta** – consulta de Enfermagem realizada a todos os doentes admitidos na UHD até 30 dias após a alta.
- **Ensinos** – os profissionais de saúde realizam, sempre que necessário, ensinos referentes a administração de medicação, controlo e gestão da doença e mudança de comportamentos, melhorando desta forma a literacia em saúde.

Recursos humanos e materiais existentes

Humanos:

- Médicos – 4 elementos.
 - Um Médico diretor (tempo parcial).
 - Dois médicos a tempo inteiro.
 - Uma médica com 24 horas de atividade atribuídas à UHD.
- Enfermeiros – 9 elementos.
 - Um Enfermeiro Chefe (tempo parcial).
 - Uma Enfermeira coordenadora.
 - Sete Enfermeiros a tempo inteiro.
- Outros grupos profissionais
 - Assistente operacional – 1.
 - Assistente administrativa – 1.
 - Assistente social – 1 (tempo parcial).
 - Nutricionista – 1 (tempo parcial).
 - Técnica de farmácia – 1 (tempo parcial).

Materiais:

- Viaturas – 3 (com limitações muito significativas em termos mecânicos).
- Base – espaço físico adequado às necessidades atuais em estrutura situada próximo do Serviço de Urgência com acesso direto ao exterior e espaço próprio para estacionamento das viaturas.

7.6.2.2 Medidas Propostas

Projectos a implementar:

1. **Equipa de acessos venosos** – projeto já submetido a CA e aprovado, estando atualmente em fase de implementação. O objetivo é reduzir o número de complicações associadas aos acessos venosos nos doentes admitidos na UHD, mas existem outras vantagens na implementação desta equipa, nomeadamente:
 - Admissão em UHD de doentes com maus acessos venosos (o número de doentes não admitidos por este motivo ronda os 10% do total de referenciações).
 - Redução do número de complicações associadas a canalizações venosas prolongadas por motivos clínicos – esta vantagem aplica-se a todos os doentes internados no HFF.
 - Redução da necessidade de colocação de cateteres venosos centrais e de *Implantofix* em doentes oncológicos (técnica que requer bloco operatório).
2. **Parcerias com ERPI na área de influência da Instituição** – até à data tem-se realizado reuniões com as direções clínicas de algumas Instituições com o objetivo de promover o contacto direto com a UHD quando se objetiva necessidade de tratamento de nível Hospitalar, evitando desta forma o envio do utente para o serviço de urgência. Tem-se conseguido implementar esta medida de forma progressiva, mas em determinadas situações, surgem questões quanto às competências de cada uma das partes intervenientes. Com o objetivo de melhorar este aspeto do relacionamento da UHD com as ERPI, pretende-se avançar para a assinatura de

protocolos que definam de forma clara os objetivos e as obrigações das Instituições abrangidas. É também objetivo alargar esta medida para mais ERPI.

3. **Proximidade com os Cuidados de Saúde Primários** – até à data já se apresentou a UHD aos coordenadores dos Centros de Saúde, com critérios de admissão e exclusão, na tentativa de evitar internamentos com recurso a vindas ao Serviço de Urgência. Por o número de referências serem reduzidas, optou-se por enviar um documento com critérios de referência e contactos por correio eletrónico a todos os Médicos de MGF dos ACES de Amadora e Sintra. O objetivo para o triénio 2025-2027 é promover mais reuniões e eventuais formações com o objetivo de potenciar esta via de referência.
4. **Parceria com as equipas de ECCL** – com o objetivo de otimizar a ocupação das camas da UHD, pretende-se criar parcerias com as equipas de ECCL, permitindo desta forma antecipar as altas da UHD, com a continuidade dos cuidados a serem assegurados pelas referidas equipas de ECCL. Existe necessidade de avaliar a capacidade de resposta destas equipas e as competências técnicas a fim de elaborar procedimentos que assegurem qualidade assistencial e a segurança do doente. Pretende-se iniciar as reuniões com os responsáveis das equipas de ECCL ainda em 2024, com o objetivo de elaborar todos os procedimentos necessários e implementar este projeto no primeiro semestre de 2025.
5. **Telemonitorização** – já foi estabelecida uma parceria com a SPMS a fim de implementar a telemonitorização de doentes internados em hospitalização domiciliária. Este projeto não avançou por vários motivos, sendo que é objetivo da Unidade implementar este projeto o mais rapidamente possível já que vai permitir admitir doentes com patologias que requerem uma monitorização mais apertada, aumentando desta forma o número de doentes candidatos a admissão em UHD.
6. **Criação do CRI-HD**

7.6.2.3 Metas e Objetivos

Plano de crescimento

O objetivo da UHD é aumentar a capacidade de internamento de acordo com as necessidades da Instituição e sempre com os recursos humanos e materiais necessários. No triénio 2025-2027, a proposta é um aumento gradual da dotação até atingir as 25 camas, podendo este valor ser aumentado se se verificar uma taxa de ocupação sustentada superior a 90%.

A dotação de recursos humanos e material considerada necessária é:

Médicos:

- **15 camas** – 4 Médicos (Diretor, 2 a tempo inteiro e 1 a tempo parcial).
- **20 camas** – 5 Médicos (Diretor, 2 a tempo inteiro e 2 a tempo parcial).
- **25 camas** - 5 Médicos (Diretor, 2 a tempo inteiro e 2 a tempo parcial).

Enfermagem:

- **15 camas** – 13 Enfermeiros (Enfermeiro Chefe (tempo parcial); Enfermeira/o coordenadora/o; 11 Enfermeiros a tempo inteiro).

- **20 camas** – 18 Enfermeiros (Enfermeiro Chefe (tempo parcial); Enfermeira/o coordenadora/o; 16 Enfermeiros a tempo inteiro).
- **25 camas** – 23 Enfermeiros (Enfermeiro Chefe (tempo parcial); Enfermeira/o coordenadora/o; 21 Enfermeiros a tempo inteiro).

Outros grupos profissionais:

- **15 camas**
 - Assistente operacional – 1.
 - Assistente administrativa – 1.
 - Assistente social – 1 (tempo parcial).
 - Nutricionista – 1 (tempo parcial).
 - Técnica de farmácia – 1 (tempo parcial).
- **20 camas**
 - Assistente operacional – 1.
 - Assistente administrativa – 1,5 (para assegurar períodos de ausência).
 - Assistente social – 1 (tempo parcial).
 - Nutricionista – 1 (tempo parcial).
 - Técnica de farmácia – 1 (tempo parcial).
- **25 camas**
 - Assistente operacional – 2.
 - Assistente administrativa – 1,5 (para assegurar períodos de ausência).
 - Assistente social – 1 (tempo parcial).
 - Nutricionista – 1 (tempo parcial).
 - Técnica de farmácia – 1 (tempo parcial).

Materiais:

- Viaturas:
 - **15 camas** – 4.
 - **20 camas** – 6.
 - **25 camas** – 7.

Em termos de recursos materiais, os mesmos podem ser definidos como os necessários na base e os necessários para cada equipa poder realizar as visitas aos doentes.

Objetivos: Os objetivos da UHD são o de implementar todos os projetos acima referidos, otimizar a atividade que a Unidade tem, sempre na perspetiva da humanização dos cuidados de saúde e do cumprimento dos objetivos da Instituição, melhorando os indicadores da produção de forma progressiva e sustentada.

Cronograma

Projeto	Implementação
Equipa de acessos venosos.	Primeiro trimestre de 2025.
Parcerias com ERPI.	Primeiro semestre de 2025.
Proximidade com os Cuidados de Saúde Primários.	Primeiro semestre de 2025.
Parceria com as equipas de ECCL.	Primeiro semestre de 2025.
Telemonitorização	Segundo trimestre de 2025.
Criação do CRI-HD	2025.
Aumento de capacidade para 15 camas.	Primeiro trimestre de 2025.
Aumento de capacidade para 20 camas.	Segundo semestre de 2025.
Aumento de capacidade para 25 camas.	Primeiro semestre de 2026.

7.6.3 Unidade de Hospitalização Domiciliária Pediátrica

Unidade de Hospitalização Domiciliária Pediátrica

A Unidade de hospitalização Domiciliária Pediátrica da ULS Amadora Sintra é a única no país em funcionamento neste modelo de internamento. Têm como missão *“Prestar cuidados de saúde hospitalares humanizados, respeitando a dignidade do utente pediátrico, melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde, reduzindo complicações inerentes ao internamento convencional e da envolvimento dos cuidados, através da participação ativa da família e de outros/as cuidadores/as num ambiente familiar à criança/jovem”*.

Tem como objetivos primordiais:

- Assegurar os critérios de acesso e de integração das crianças/jovens doentes nesta resposta.
- Abranger todas as crianças/jovens inscritas no ACES de Sintra e no ACES da Amadora, com residência nestes concelhos, dependendo a sua aferição do número de vagas e do cumprimento de critérios clínicos e sociais definidos em Norma de Orientação Clínica (NOC) pela Direção-Geral da Saúde (DGS), sem prejuízo da adaptação à realidade concreta de cada instituição e às necessidades de saúde da população servida.
- Praticar atos de assistência clínica em domicílio por uma equipa de profissionais de saúde.
- Garantir os melhores cuidados de saúde à população que atende com o objetivo de em contexto domiciliário assegurar o mesmo tipo de cuidados, promovendo assim a satisfação da criança/jovem e da sua família.

7.6.3.1 Situação Atual

A Unidade de Hospitalização Domiciliária Pediátrica (UHDP) iniciou a sua atividade a 1 de junho de 2023 com uma capacidade de internamento de 4 camas que mantém até à data.

As patologias elegíveis para o internamento em Hospitalização Domiciliária Pediátrica são:

- a) Doentes com patologia aguda ou crónica agudizada estável do ponto de vista clínico, com necessidade de cuidados hospitalares como por ex.: recém-nascido com mastite, infeção urinária, onfalite, crianças com patologia otorrinolaringológica, patologia infecciosa (ortopédica, dermatológica).
- b) Criança/jovem com necessidade de nutrição parentérica ou entérica por sonda gástrica/jejunal, desde que o(a) cuidador(a) seja capacitado anteriormente e conhece sinais de alerta.
- c) Criança/jovem com Diabetes Mellitus tipo I com estabilidade clínica, nomeadamente, corpos cetónicos negativos, cuidador(a) capacitado na administração de insulina e correção de hipoglicémia, com o objetivo de capacitação parental ou reforço de ensinamentos, em ambiente familiar utilizando os seus próprios recursos.
- d) Outro grupo potencialmente elegível são os recém-nascidos com risco infeccioso no pós-parto imediato.

Atualmente (outubro de 2024) a UHDP tem a capacidade de internamento de 4 camas. Desde o início da atividade, já admitiu mais de 300 doentes, apresentando a seguinte informação relevante:

- Demora média – 4,1 dias
- Taxa de ocupação – 59,8%
- Número total de avaliações – 351
- Número de doentes não admitidos por falta de vaga- 6
- Nº de doentes referenciados para UHDP- 368
- Principais serviços referenciadores – Internamento do serviço de Pediatria

As vantagens clínicas e sociais podem ser demonstradas, e esta Unidade não apresenta taxas de complicações, apenas a referir alguns acessos venosos periféricos não permeáveis. Não se identificou nenhuma infeção nosocomial. Registamos uma elevada taxa de satisfação dos cuidadores/familiares (superior a 95%).

Recursos humanos e materiais existentes

Humanos:

- Médicos – 3 elementos
 - Uma Médica diretora (tempo parcial).
 - Dois médicos (tempo parcial).
- Enfermeiros – 6 elementos.
 - Uma Enfermeira chefe (tempo parcial).
 - Uma enfermeira coordenadora (tempo inteiro)
 - Quatro Enfermeiros (tempo inteiro).
- Outros grupos profissionais
 - Assistente operacional – 1 (tempo parcial)

- Assistente técnico – 1 (tempo parcial)
- Assistente social – 1 (tempo parcial)
- Farmacêutico – 1 (tempo parcial).

Materiais:

- Viaturas – 1 (cedida e assegurada em termos de custos pela Fundação do GIL).
- Base – espaço físico adequado às necessidades atuais com estrutura situada no internamento de Pediatria e espaço próprio para estacionamento da viatura.

7.6.3.2 Medidas Propostas

A Pediatria encontra-se em constante evolução na abordagem das várias patologias e preconiza a menor permanência possível das crianças e jovens em ambiente hospitalar. O Departamento da Criança e do Jovem (DCJ) da Unidade Local de Saúde Amadora/ Sintra acompanha esta nova tendência e pretende desenvolver a prestação de cuidados domiciliários. Sendo uma atividade com sazonalidade importante, temos períodos de recusa na admissão de doentes por falta de vagas e períodos em que não existem doentes com critérios para internamento.

A pediatria pretende proceder ao alargamento da Capacidade Instalada de Hospitalização Domiciliária de 4 camas para 8 camas, quando a capacidade instalada estiver esgotada, o que se prevê quando a taxa de ocupação for superior a 90% de uma forma constante e o número de doentes não admitidos por falta de vaga se mantiver acima de 20% das referenciações.

Para alargamento da capacidade os recursos humanos serão gradualmente adequados conforme as necessidades.

7.6.3.3 Metas e Objetivos

O objetivo da UHDP é aumentar a capacidade de internamento de acordo com as necessidades com os recursos humanos e materiais necessários. No triénio 2025-2027, a proposta consiste no aumento de 4 camas passando a lotação a ser de 8 camas se se verificar uma taxa de ocupação sustentada superior a 90%.

Projetos a complementar:

Para 2025 pretendemos iniciar telemonitorização o que permitirá altas mais precoces em doentes com patologia respiratória e monitorização 24/24h no domicílio.

Plano de crescimento

Para o ano 2025 os recursos humanos estão assegurados exceto para o grupo profissional dos Assistentes Técnicos em que existe a necessidade de contratação de um elemento.

Na fase de alargamento da capacidade instalada para 8 camas, a dotação de recursos humanos e de material considerada necessária é a seguinte:

Recursos Humanos:

- Médicos – 2 elementos
 - 1 Médico a tempo inteiro.
 - 1 médico a tempo parcial
- Enfermeiros – 9 elementos.
 - 1 Enfermeiro Coordenador
 - 8 Enfermeiros a tempo inteiro.
- Outros grupos profissionais
 - Assistente operacional – 1 (tempo inteiro)
 - Assistente técnico – 1 (tempo inteiro)
 - Assistente social – 1 (tempo parcial)
 - Farmacêutico – 1 (tempo parcial).

Recursos Materiais necessários:

- 2 Viaturas (a fornecer pelo SNS ou nova pareceria com a Fundação do Gil).
- Base – espaço físico adequado às necessidades, criação de uma área de apoio específica à UHDP (criação de gabinete de trabalho, sala de trabalho, sala de equipamento, etc.) espaço próprio para estacionamento das viaturas.
- Equipamento de telemonitorização e respetivo material.
- 2 Computadores portáteis e 5 telemóveis.

7.6. 3. h) Projeto local de alargamento dos Centros de Responsabilidade Integrados na instituição a implementar até 2027

7.7.1 Enquadramento

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) é uma das maiores conquistas da democracia portuguesa, sendo um pilar essencial do sistema de saúde. A missão do SNS é implementar uma política de saúde centrada no cidadão, focada em proporcionar mais e melhores cuidados de saúde. A complexidade da gestão dos diversos serviços e estabelecimentos do SNS tem exigido uma reorganização interna contínua para acompanhar as necessidades de saúde da população, garantindo acesso, qualidade e eficiência na resposta pública em saúde, essenciais para a sustentabilidade futura.

Tradicionalmente, a organização interna dos hospitais tem-se baseado em serviços associados a especialidades médicas específicas. Nesta sequência, surgiram os departamentos, que agregavam várias especialidades, reunindo profissionais e equipamentos com objetivos comuns. A evolução culminou na criação dos Centros de Responsabilidade Integrados (CRI), que são órgãos de gestão intermédia destinados a alterar a estrutura de prestação de cuidados de saúde através de abordagens colaborativas e participativas, aproveitando sinergias e complementaridades entre funções e especialidades.

Os CRI têm assim como objetivos principais, melhorar a acessibilidade e qualidade dos cuidados de saúde, aumentar a eficiência e produtividade dos recursos hospitalares e promover a satisfação dos utentes e profissionais de saúde. Assentes em princípios de colaboração, eficiência e melhoria contínua, orientam a sua atuação pela integração de diferentes especialidades e funções, focando-se na utilização otimizada dos recursos disponíveis.

Estas estruturas de gestão são constituídas por equipas multiprofissionais que aderem voluntariamente ao modelo de organização e funcionamento explanado no regulamento interno aprovado pelo Conselho de Administração da Unidade de Saúde. Deste modo, os CRI possuem autonomia organizativa e técnica, operando em rede com outros serviços do hospital. Cada CRI tem assim um plano de ação integrado no plano de desenvolvimento organizacional do hospital, que, sendo um documento de programação integrado no ciclo anual de gestão, define objetivos estratégicos e operacionais, recursos necessários e níveis de serviço.

Anualmente, é negociado, em sede de contratualização interna, o contrato-programa estabelecendo-se a atividade assistencial a desenvolver, os objetivos operacionais, medidas a implementar e parâmetros para avaliação dos resultados. Este exercício anual reflete a oferta, adaptada, de cuidados de saúde disponíveis nesta estrutura às necessidades em saúde da população que serve.

Em termos de modelo de financiamento, os CRI são financiados pelo orçamento da Unidade de Saúde, estando prevista a atribuição de incentivos financeiros e institucionais dependentes do cumprimento dos objetivos previamente propostos. Deste modo, a atividade desenvolvida por esta estrutura de gestão intermédia, é altamente escrutinada, sendo monitorizada e avaliada regularmente para garantir elevadas taxas de execução e a eficiência dos serviços prestados.

Assim, os CRI devem apresentar relatórios trimestrais e anuais sobre a atividade desenvolvida, acesso, desempenho económico-financeiro e qualidade assistencial. Os CRI desenvolvidos em âmbito de Projeto-Piloto e sob a égide do novo regime jurídico da organização e funcionamento dos CRI, incluem ainda a avaliação da dimensão integração de cuidados.

7.7.2 Situação Atual

Na ULS Amadora Sintra existe atualmente um Centro de Responsabilidade Integrado de Oftalmologia (OFTACRI), que está perfeitamente implementado e no decurso do seu terceiro ano de atividade.

A criação do OFTACRI, em janeiro de 2022, teve como pedra basilar continuar e expandir as atividades do Serviço de Oftalmologia, incluindo:

- Tratamento de retinopatia da prematuridade e degenerescência macular, além de técnicas inovadoras em cirurgia oftalmológica;
- Formação de especialistas em oftalmologia, refletida nas altas notas de saída e produção científica;
- Uso de tecnologia sofisticada e exames realizados por Técnicos de Ortóptica;
- Participação no Programa Nacional de Colheitas e Transplantação de Córnea, melhorando a qualidade assistencial e a notoriedade do Serviço e do Hospital.

O OFTACRI tem desempenhado um papel crucial na prestação de cuidados de saúde oftalmológicos a nível nacional, destacando-se pela sua capacidade de oferecer cuidados diferenciados e especializados. Atuando na sua área de influência direta que abrange os Concelhos de Amadora e Sintra dá resposta, em todas as linhas de atividade (consulta externa, atividade cirúrgica, internamento e serviço de urgência) a cerca de 552.000 habitantes, alargando a sua oferta à zona sul do país, especialmente no tratamento da retinopatia da prematuridade.

Destacando-se pela sua abrangência na prestação de cuidados, ensino, formação e investigação na área de Oftalmologia, tem como áreas de desenvolvimento e especialização a Retinopatia da Prematuridade, Glaucoma e Estrabismo.

Neste momento, aguarda-se indicação da tutela sobre o modelo a adotar nos CRI já existentes e face à legislação saída em 2024, situação com grande impacto na decisão de continuidade do CRI de Oftalmologia.

Para além do OFTACRI, a ULS Amadora Sintra tem também em desenvolvimento o Projeto-Piloto para a implementação de um Centro de Responsabilidade Integrado de Saúde Mental, conforme estabelecido na Portaria nº 73/2024 de 29 de fevereiro.

Tendo a duração de 10 meses, o Projeto-Piloto a desenvolver no Serviço Local de Saúde Mental de Adultos, visa permitir adequar o modelo criado pela mencionada portaria numa perspetiva técnico-científica, tendo como objetivo melhorar o desempenho e a capacidade de resposta deste serviço. O Projeto-Piloto pressupõe assim o desenvolvimento de um programa de acompanhamento que contemple os termos da sua operacionalização, designadamente os recursos disponíveis, a forma de articulação com outras unidades orgânicas da ULS a definição da matriz de indicadores do serviço local de saúde mental, nas dimensões de acesso, qualidade assistencial, eficiência e integração de cuidados, as suas regras de cálculo e os intervalos de valor

esperado e variação aceitável, assim como as adaptações a introduzir nos sistemas de informação de suporte.

7.7.3 Medidas Propostas

Atendendo ao exposto no artigo 90.º do atual Estatuto do SNS, que define que os órgãos de administração das ULS devem promover as condições para a evolução da organização interna para CRI, enquanto níveis de gestão intermédia que visam potenciar os resultados da prestação de cuidados de saúde, melhorando a acessibilidade dos utentes e a qualidade dos serviços prestados, aumentando a produtividade dos recursos aplicados e contribuindo para uma maior eficácia e eficiência, à experiência adquirida a nível nacional, que demonstra que este modelo organizativo se constitui como um passo importante para a melhoria do SNS, à experiência interna adquirida com a implementação do OFTACRI e às áreas prioritárias para criação de novos CRI definidas no Decreto-Lei nº 118/2023 de 20 de Dezembro, propõe-se para o horizonte temporal 2025-2027, o desenvolvimento dos seguintes Centros de Responsabilidade Integrados:

- Diabetologia
- Gastrenterologia
- Hospitalização domiciliária
- Imagiologia
- Saúde Mental
- Serviço de Urgência Polivalente
- Sono (todas as especialidades)
- Traumatologia ortopédica

7.7.4 Metas e Objetivos

Considerando o triénio 2025-2027, bem como as exigências e a maturidade necessária ao desenvolvimento e implementação de projetos desta natureza, propõe-se que a sua concretização seja faseada no tempo, configurando-se como grandes metas, o proposto na tabela seguinte:

CENTRO DE RESPONSABILIDADE INTEGRADO	ANO DE IMPLEMENTAÇÃO
Diabetologia	2026
Gastrenterologia	2026
Hospitalização domiciliária	2025
Imagiologia	2025
Saúde Mental	2025 - 2027
Serviço de Urgência	2025
Sono (todas as especialidades)	2025
Traumatologia ortopédica	2026

CRI Diabetologia

Pretende-se a criação de uma unidade orgânica de gestão intermédia de **Diabetologia**, visando a integração de prestação de cuidados de saúde primários e hospitalares, numa abordagem multisserviços. Pretendendo-se organizar uma resposta integrada que congregue as áreas de atuação da medicina geral e familiar, da medicina interna, da cirurgia geral, da nutrição, da enfermagem e da podologia. Pretende-se assim melhorar e otimizar o seguimento de doentes com doença crónica, redução de admissões no contexto da urgência, com possibilidade de observação pela equipa, em caso de necessidade de descompensação e observação não programada (Hospital de Dia).

CRI de Gastreenterologia

Nos últimos 30 anos a especialidade de Gastreenterologia assistiu a um desenvolvimento sem precedentes, nomeadamente no âmbito da **tecnologia, capacidade diagnóstica e inovação terapêutica**.

Na **Unidade de Técnicas de Gastreenterologia (UTG)** são realizados a maioria dos procedimentos ao dispor da Gastreenterologia, com um aumento crescente na sua complexidade e uma aposta contínua em acompanhar a inovação, nomeadamente, no âmbito de terapêuticas endoscópicas que configuram alternativas mais inócuas relativamente a terapêuticas cirúrgicas.

No âmbito do projeto de Requalificação da UTG, visando os objetivos de aumento da acessibilidade e redução da lista de espera, através da Internalização de exames existentes e de novos exames, bem como o aumento da eficiência da prestação de cuidados de saúde na UTG, está em execução a renovação/substituição do parque de equipamentos médicos da UTG com recurso a uma linha de financiamento aprovada pela Tutela para requalificação dos Serviços de Gastreenterologia, bem como investimento do orçamento de exploração para renovação/substituição total dos equipamentos de reprocessamento/desinfecção de endoscópios.

Em 2025/2026 está prevista a intervenção em obra para alargamento / redimensionamento do espaço físico e a realocação dos procedimentos endoscópicos que requerem apoio fluoroscópico, atualmente realizados no Serviço de Imagiologia (CPRE, dilatações e a colocação de próteses a nível do tubo digestivo), condição *sine qua non* para aumentar a capacidade de resposta da UTG.

Este projeto culminará com a constituição de um CRI para UTG, que potenciará os Centros de Referência de Cancro Hepatobiliopancreático e do Cancro do Reto, respondendo às necessidades da ULSASI.

CRI Hospitalização Domiciliária

A hospitalização domiciliária (HD) é uma abordagem inovadora que traz vários benefícios tanto para os utentes quanto para as unidades de saúde. Deste modo, a organização deste serviço em centro de responsabilidade integrado é uma meta que se pretende atingir durante o ano 2025.

Com o grande objetivo de expansão de 12 para 25 camas durante o ano de 2025, pretende assentar a sua criação nos seguintes eixos estratégicos:

Criação de Equipas Dedicadas: A constituição de CRI (Centros de Responsabilidade Integrados) é uma prioridade para formar equipas especializadas em HD.

Incentivos Institucionais: Atribuição de verbas para formação, equipamento e melhorias no local de trabalho pode atrair mais profissionais de saúde para esta área.

Redução da Demora Média de Internamento: A HD ajuda a diminuir o tempo médio de internamento, impactando positivamente a gestão das camas hospitalares

Dados de 2024: No primeiro semestre de 2024, a demora média de internamento foi de 17 dias na medicina interna e 10 dias na Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD).

Vantagens para os Doentes: A HD oferece maior conforto, segurança e autonomia para os pacientes, além de melhorar a organização do internamento hospitalar.

Em termos de oferta de cuidados, o CRI desenvolverá a sua atividade assistencial em contexto de internamento, dando apoio a doentes internados em outros serviços na avaliação de candidatos a integrar a unidade. Pretende ainda alargar a sua oferta à área da consulta externa.

CRI de Imagiologia

No que respeita ao **Serviço de Imagiologia**, outro dos centros de responsabilidade integrados que se pretende desenvolver, as principais linhas orientadoras centram-se em:

- **Redução da lista de espera:** Melhorar a resposta tanto para doentes internados quanto para doentes de ambulatório, diminuindo a demora média do internamento e o tempo de espera.
- **Otimização da capacidade instalada:** Maximizar a produtividade dos equipamentos de Imagiologia, mesmo fora dos horários normais.
- **Atração e retenção de profissionais:** Utilizar telerradiologia e inteligência artificial para realizar mais exames e atrair mais profissionais.
- **Independência de fornecedores externos:** Reduzir a dependência de fornecedores externos.
- **Cultura de organização e dinâmica de equipa:** Criar uma cultura organizacional que aumente a atratividade e satisfação dos profissionais.

CRI Saúde Mental

A saúde mental é uma componente fundamental do bem-estar dos indivíduos e as perturbações mentais são, de entre as doenças crónicas, a primeira causa de incapacidade em Portugal, justificando cerca de um terço dos anos potenciais de vida perdidos. Como tal, e no seguimento dos desígnios do Decreto-Lei n.º 113/2021, de 14 de dezembro, nomeadamente do artº Artigo 19.º (Centros de responsabilidade integrados), *“Os serviços locais devem organizar-se através de centros de responsabilidade integrados (CRI), nos termos da lei, com as adaptações decorrentes da natureza específica e do âmbito de intervenção dos cuidados de saúde mental.”*

A Saúde Mental é uma área prioritária de intervenção no SNS e o Plano de Recuperação e Resiliência (PRR) português contempla, na componente C01 — Serviço Nacional de Saúde, uma reforma e um amplo conjunto de investimentos para melhorar as respostas em saúde mental em Portugal. Pretende assim, a ULSASI aprofundar o projeto-piloto do CRI-SM, já em vigor na ULS

desde 01/07/2024, durante os próximos meses, e no âmbito desta consolidação, e da Portaria n.º 73/2024, de 29 de fevereiro, atribuir incentivos de desempenho da equipa e incentivos institucionais considerando as dimensões de acesso, qualidade, eficiência e integração de cuidados. O principal objetivo é melhorar a acessibilidade e a prestação de cuidados nos domínios da promoção, prevenção e tratamento da doença mental. Este propósito está em plena consonância com o Plano Nacional de Saúde Mental¹ e com as diretrizes do *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030* da OMS². Tendo como foco o cidadão, e em particular as pessoas com doença mental e as suas famílias, será através da necessária e obrigatória integração de cuidados e da otimização dos recursos disponíveis (humanos e financeiros) que procuraremos melhorar o acesso aos cuidados que prestamos e caminharemos para alcançar a nossa missão, alinhados com a estratégia da Unidade Local de Saúde de Amadora/Sintra, EPE.

CRI Serviço de Urgência Geral

Durante o primeiro trimestre, estima-se iniciar a atividade do CRI para o Serviço de Urgência Geral, que tem como objetivos:

- **Atendimento adequado:** Garantir tempos de atendimento apropriados para os utentes de acordo com os critérios de triagem e tempo recomendado para a primeira observação, particularmente na área de ambulatório;
- **Eficiência do serviço:** Melhorar os circuitos existentes para aumentar a eficiência;
- **Prescrições de MCDT:** Melhorar a qualidade e a adequação das prescrições;
- **Tempo de permanência:** Diminuição do tempo de permanência no SUG, com redução de tempo de permanência no SUG até decisão clínica (alta/ internamento hospitalar)
- **Satisfação dos profissionais:** Criar incentivos ajustados ao desempenho para melhorar a satisfação dos profissionais;
- **Experiência do utente:** Melhorar a satisfação e a experiência dos utentes no Serviço de Urgência.

CRI do SONO

A criação de um Centro de Responsabilidade Integrado do Sono visa dar respostas de qualidade aos doentes que procuram ajuda nesta área, melhorando a saúde e a recuperação dos doentes. Os hábitos de sono são influenciados por fatores de diversa ordem: biológicos, psicológicos, estadio de desenvolvimento, ambientais, familiares e socioculturais³. Hábitos de sono inadequados acarretam efeitos deletérios a vários níveis, nomeadamente perturbação na regulação emocional e comportamental, quebra do rendimento cognitivo e escolar, aumento do risco de acidentes, alterações do crescimento, obesidade, entre outros⁴.

Os Estudos do Sono realizam-se nas especialidades de Neurologia, Pneumologia, Pediatria e Otorrinolaringologia.

A unificação desta atividade com a agregação das especialidades supra-referidas, justifica a necessidade de constituir um CRI do Sono que terá como principais objetivos:

- Otimizar os recursos e potenciar a atividade de MCDT de Estudos do Sono;
- Garantir a monitorização e avaliação do sono dos doentes;

- Avaliar padrões de sono em diferentes perfis de doentes, identificando os principais fatores que possam comprometer o sono em ambiente hospitalar;
- Trabalhar em conjunto com equipas multidisciplinares no estabelecimento de protocolos que melhorem a qualidade do sono;
- Implementar programas de educação e sensibilização junto das equipas de saúde e doentes;
- Promover o desenvolvimento de estudos e investigação científica na área do sono, contribuindo para o avanço do conhecimento na área e incentivar a adoção de práticas baseadas em evidência;
- Melhorar a qualidade de vida e a recuperação dos doentes;
- Avaliar o impacto das intervenções do CRI do Sono na recuperação e no bem-estar dos doentes, ajustando as práticas de acordo com os resultados obtidos.

A criação de um CRI do Sono assume-se como uma intervenção necessária para dar resposta às necessidades dos doentes da ULS Amadora/Sintra. Através de mecanismos de investigação, monitorização e intervenção, o CRI do Sono dará um forte contributo para a melhoria da qualidade e eficiência da atividade assistencial prestada, proporcionando ganhos em saúde.

O CRI do Sono estará localizado no Hospital de Proximidade de Sintra. Este CRI realizará Estudos do Sono em regime de internamento (laboratório) e em ambulatório.

CRI de Traumatologia

A **Traumatologia**, como especialidade focada no diagnóstico e tratamento de lesões traumáticas, é fundamental num serviço de urgência. A traumatologia impacta diretamente nas taxas de mortalidade e morbilidade, além de representar um componente significativo nos custos operacionais dos diversos sistemas de saúde. As lesões traumáticas, que podem variar desde fraturas simples até traumas complexos, exigem uma resposta rápida e eficaz para minimizar complicações e promover a recuperação.

A eficiência no atendimento traumatológico não só melhora os desfechos clínicos, mas também pode reduzir a pressão financeira sobre os serviços de saúde. Com o aumento da incidência de acidentes e traumas, especialmente em contextos urbanos, a necessidade de um sistema de saúde preparado para lidar com essas situações torna-se ainda mais evidente.

A criação de um **CRI de Traumatologia**, com projeto a iniciar no ano 2026, tem como principais objetivos:

- **Novo modelo organizacional:** Implementar um modelo que melhore a estrutura e a gestão do serviço, com melhoria da resposta cirúrgica no caso do doente com indicação cirúrgica urgente no contexto de trauma.
- **Práticas inovadoras:** Adotar novas práticas para melhorar o atendimento e os resultados clínicos.



- **Incremento na produção:** Aumentar a capacidade de atendimento e a quantidade de procedimentos realizados.
- **Eficiência operacional:** Melhorar a eficiência dos processos, com redução do tempo até a intervenção cirúrgica, início precoce de reabilitação e alta clínica, com apoio das equipas comunitárias dos Cuidados de Saúde Primários.
- **Sustentabilidade económica:** Garantir que o serviço seja financeiramente viável a longo prazo.
- **Atração e retenção de profissionais:** Criar um ambiente de trabalho atrativo para manter e atrair talentos.
- **Otimização de recursos:** Utilizar os recursos disponíveis de forma mais eficaz.
- **Melhoria dos indicadores:** Melhorar os indicadores de desempenho relacionados à traumatologia, particularmente no contexto do Processo Assistencial Integrado – Fratura do Colo do Fémur.

7.7. 3. i) Projeto local de criação de um Centro de Atendimento Clínico para as situações de menor complexidade e urgência clínica, podendo este estar integrado, ainda que parcialmente, nas respostas das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados e das Unidades de Saúde Familiar, no âmbito da estratégia «consulta no dia seguinte», a implementar a partir do 2.º semestre de 2025

7.8.1 Enquadramento

O contexto dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, nomeadamente na ULS Amadora/Sintra, exige uma resposta inovadora e integrada face aos desafios crescentes, nomeadamente a crescente pressão sobre os serviços de urgência hospitalares e as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), dificuldades de acesso a consultas médicas de vigilância e episódios agudos, e uma população cada vez mais diversa, mais envelhecida e com necessidades complexas. Esta situação é particularmente sentida por utentes sem médico de família atribuído, em especial nas áreas de Saúde Materna, Saúde Infantil e Juvenil, e Diabetes.

Neste âmbito, propõe-se a criação de um Centro de Atendimento Clínico (CAC) para situações de menor complexidade e urgência clínica, que garanta um atendimento ágil, centrado na resolução dos episódios agudos, e enquadrado na estratégia global de “consulta no dia seguinte” e integre, além das respostas tradicionais a doença aguda, um apoio diferenciado para utentes sem médico de família atribuído e uma abordagem focada na continuidade de cuidados.

Com valências adicionais e uma equipa multidisciplinar, este centro visa garantir um serviço mais inclusivo e abrangente, incluindo apoio a migrantes, consultas hospitalares descentralizadas, promovendo a proximidade e equidade no acesso à saúde.

7.8.2 Situação Atual

A pressão crescente sobre os serviços de saúde, quer nos cuidados de saúde primários, nomeadamente as UCSP e algumas USF que têm enfrentado desafios relacionados com a sobrecarga assistencial, falta de recursos humanos e restrições na acessibilidade a consultas, nomeadamente de doença aguda, comprometendo, em algumas circunstâncias, a acessibilidade dos utentes a cuidados de saúde, quer nos hospitais, evidencia lacunas no atendimento de utentes sem médico de família, que frequentemente encontram dificuldades em obter acompanhamento adequado nas áreas de Saúde Materna, Saúde Infantil e Juvenil e Planeamento Familiar. Estes desafios são exacerbados pela diversidade e complexidade das necessidades dos utentes migrantes, que requerem uma resposta culturalmente sensível e bem coordenada.

Adicionalmente, os utentes enfrentam barreiras no acesso a cuidados especializados devido à centralização das consultas hospitalares, gerando longos tempos de espera e deslocções onerosas, que comprometem a continuidade dos cuidados. Este cenário aponta para a necessidade de soluções integradas e descentralizadas, com equipas multidisciplinares capazes de atender as diferentes necessidades clínicas e sociais dos utentes e que num contexto de proximidade consigam responder de forma mais eficiente à população.

Atualmente, e até à criação deste serviço, esta resposta será assegurada através das UCSP existentes, reforçada por médicos em prestação de serviço ou atividade adicional de médicos da ULS.

7.8.3 Medidas Propostas

1. A pressão **Criação e Implementação do CAC no 2º semestre 2025:**
 - a. **Localização e Infraestrutura:** Instalação em espaços estratégicos para facilitar o acesso da população, com infraestruturas adequadas para consultas médicas gerais, serviços especializados e apoio multidisciplinar.
 - b. **Horários Flexíveis:** Funcionamento nos dias úteis e possibilidade de alargamento em períodos críticos, de acordo com as necessidades da população.
 - c. **Revisão do Atendimento Complementar:** Com esta criação, poder-se-á reformular os atendimentos complementares atuais, garantindo concentração de recursos e um horário uniforme, com resposta em doença aguda durante o horário das 8-20h nos dias úteis, sábados das 8-20h e domingos 9-15h.
2. **Apoio Multidisciplinar:**
 - a. **Equipa Multidisciplinar:** Composta por médicos de família, enfermeiros especializados (Saúde Materna, Saúde Infantil e Juvenil, Diabetes), nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais e mediadores culturais para garantir um atendimento holístico e diferenciado. Esta equipa poderá ser reforçada por elementos atualmente em funções hospitalares.
 - b. **Resposta Integrada a Migrantes:** Criação de serviços adaptados para utentes migrantes, incluindo mediadores culturais e tradutores para melhorar a comunicação, além de uma abordagem culturalmente sensível às suas necessidades de saúde.
3. **Valências Clínicas e Acompanhamento de Utentes sem Médico de Família:**
 - a. **Saúde Materna:** Consultas regulares para grávidas sem médico de família, incluindo acompanhamento pré-natal e educação para a saúde.
 - b. **Saúde Infantil e Juvenil:** Acompanhamento de crianças e adolescentes, assegurando consultas de vigilância, vacinação e apoio ao desenvolvimento psicossocial.
 - c. **Diabetes:** Consultas para utentes diabéticos, com enfoque na prevenção de complicações, adesão ao tratamento e educação para a autogestão da doença.
 - d. **Consultas Hospitalares Descentralizadas:** Realização de consultas de especialidade hospitalar do Hospital Prof. Fernando Fonseca, descentralizando cuidados e reduzindo o tempo de espera para utentes que precisam de seguimento especializado.
4. **Triagem e Atendimento Rápido através do Projeto “Ligue Antes, Salve Vidas”:**
 - a. Triagem inicial para situações de urgência clínica de menor complexidade, com articulação para encaminhamento adequado a outras especialidades e serviços quando necessário.
 - b. Agendamento eficiente de consultas no dia ou no dia seguinte, promovendo acessibilidade à consulta de doença aguda, continuidade de cuidados e reduzindo a necessidade de recursos hospitalares.

5. **Monitorização e Avaliação do CAC:**
 - a. Indicadores de desempenho para avaliar a acessibilidade, qualidade e eficácia dos cuidados, com ênfase na satisfação dos utentes, especialmente nas áreas de Saúde Materna, Infantil e Juvenil, Diabetes e apoio a migrantes.
 - b. Satisfação de Profissionais e Utentes.

7.8.4 Metas e Objetivos

Objetivo Geral: Criar um modelo de atendimento integrado, acessível e diferenciado para situações de menor complexidade e acompanhamento de utentes sem médico de família nas áreas de Saúde Materna, Infantil e Juvenil, e Diabetes, com um apoio multidisciplinar para uma resposta mais abrangente e inclusiva.

Metas:

1. **Redução em 20%** do volume de atendimentos hospitalares para casos de menor complexidade no primeiro ano.
2. **Acesso protocolado e atempado** a consultas de Saúde Materna, Saúde Infantil e Juvenil e Diabetes para utentes sem médico de família, com tempos de espera dentro do TMRG.
3. **Aumento das consultas especializadas descentralizadas** no primeiro ano de funcionamento, quer em formato presencial quer em metodologia de consultadoria/consulta sem presença do utente.
4. **Resposta eficaz** e humanizada para utentes migrantes, com níveis de satisfação superiores a 85%.
5. **Articulação e continuidade de cuidados** melhoradas, garantindo um acompanhamento diferenciado e de proximidade.

Este modelo visa fortalecer os cuidados de saúde primários, proporcionando um acesso mais equitativo, eficiente e coordenado, com uma abordagem holística e inclusiva para todos os utentes, especialmente os mais vulneráveis.

7.8. 3. j) Projeto local de implementação/alargamento de teleconsulta com recurso a vídeo, a implementar em 2025

7.9.1 Enquadramento

Considerado um benefício para a melhoria do acesso dos cidadãos a cuidados de saúde, da sua capacitação para a gestão da sua saúde, para a introdução de uma maior flexibilidade na comunicação entre profissionais e utentes e para a otimização da gestão dos recursos do SNS, a **teleconsulta** está definida na Portaria n.º 207/2017, de 11 de julho, que aprovou os Regulamentos e as Tabelas de Preços das Instituições e Serviços Integrados no SNS, como *“a consulta médica, no âmbito da telemedicina, realizada à distância com recurso à utilização de comunicações interativas, audiovisuais e de dados e com registo obrigatório no equipamento e no processo clínico do doente.”*

Por sua vez, os Termos de Referência para contratualização de Cuidados de Saúde no SNS indicam para 2024, quer nos cuidados hospitalares quer nos cuidados primários, como instrução específica para a atividade assistencial, o reforço nas respostas de TeleSaúde, nomeadamente, teleconsultas e telemonitorização.

Por seu lado, a SPMS que desenvolveu a plataforma utilizada para a realização de teleconsultas no SNS, a RSE Live, define a teleconsulta como *“uma consulta à distância, que permite a interação e partilha de informação, com registo obrigatório no processo clínico do cidadão. Pode ocorrer em tempo real (síncrona) ou em diferido (assíncrona).”*

A plataforma Live permite a realização de teleconsultas:

- Entre utente e profissional de saúde (médico, enfermeiro, psicólogo ou nutricionista);
- Entre profissionais de saúde (para discussão de um caso clínico, por exemplo).

A plataforma está disponível para todas as unidades de saúde, quer sejam cuidados hospitalares quer cuidados de saúde primários e é segura na sua utilização pelos **utentes**, pois, requer autenticação por chave móvel digital (CMD) ou n.º utente de saúde, e pelos **profissionais**, porque está integrada com o RSE e o SClínico CSP e Hospitalar.

A solução encontra-se integrada no ecossistema, garantindo a autenticação e identificação de quem participa na consulta, quer do lado do profissional de saúde quer do lado do utente.

A Teleconsulta requer os seguintes recursos técnicos:

1. Hardware
 - Posto de trabalho com câmara e colunas de som;
 - Ligação à internet;
 - Telemóvel, tablet ou outros dispositivos móveis.
2. Software:
 - **Plataforma Live para a prática de Teleconsultas (SPMS)**

Vantagens de implementação

- **Maior acessibilidade:** Reduz a necessidade de deslocação dos utentes.
- **Redução de Custos:** Menor necessidade de recursos logísticos e de infraestrutura física.
- **Flexibilidade para utentes e profissionais:** Facilita o atendimento mais personalizado.

Em relação aos resultados das iniciativas, os principais benefícios da teleconsulta são:

- promover outros meios de acesso dos cidadãos a cuidados de saúde;
- aproximar os utentes dos profissionais de diferentes níveis de cuidados;
- otimizar a gestão de recursos no Serviço Nacional da Saúde;
- reduzir o número de deslocações dos utentes e cuidadores, promovendo a sustentabilidade e melhorando gestão da vida familiar ou profissional;
- promover a capacitação do cidadão na gestão da sua saúde e doença.

7.9.2 Situação Atual

Diagnóstico da situação

A ULS Amadora-Sintra possui o seguinte histórico de teleconsultas pela Plataforma RSE Live:

Teleconsultas – 2021

	Primeiras	Subsequentes	Total
Cardiologia	4	32	36
Med- Infeciologia	1		1
Nefrologia	3	124	127
Total	8	156	164

Teleconsultas – 2022 (1º semestre)

	Primeiras	Subsequentes	Total
Cardiologia		13	13
Nefrologia	1	37	38
Total	1	50	51

Teleconsultas 2024 – Nº Doentes: (acumulado janeiro a outubro)

Serviço	Nº Doentes
Medicina Interna II	47
Nefrologia	26
Cardiologia	8
Gastroenterologia	7
Med- Infeciologia	7
Total	95

Teleconsultas 2024 – Atividade: (acumulado janeiro a outubro)

Serviço	Profissionais	Teleconsulta (primeira)	Teleconsulta (Subsequentes)	Total
Nefrologia	1	4	67	71
Medicina Interna II	1	1	60	61
Cardiologia	1	7	1	8
Gastroenterologia	4	3	4	7
Med- Infeciologia	6	1	6	7
Total	13	16	138	154

Pelos dados obtidos, apesar do interesse e vantagens reconhecidas, a teleconsulta tem sido uma atividade incipiente no HFF. Embora o número de doentes e a abrangência das condições monitorizadas sejam relativamente limitados, o Hospital Fernando Fonseca (HFF) assumiu esta linha de atividade na sua estratégia desde o início.

O histórico da atividade, que se tem mantido constante especialmente com doentes crónicos, posiciona a ULS Amadora Sintra entre as instituições com prática adquirida nesta área, onde a implementação de tais soluções teve um impulso significativo no período pós-COVID.

O quadro seguinte apresenta um resumo da utilização da plataforma Live na ULSASI, de acordo com a informação fornecida pela SPMS, de forma discriminada por unidade de saúde nos últimos dois anos. Os dados compreendem o período de maio de 2023 a 22 de outubro de 2024.

Descrição da Instituição	2023								2024								Total Geral	
	Maio 23	Junho 23	Julho 23	Agosto 23	Setembro 23	Outubro 23	Novembro 23	Dezembro 23	Janeiro 24	Fevereiro 24	Março 24	Abril 24	Maio 24	Junho 24	Julho 24	Setembro 24		Outubro 24
0113202 - ACES Sintra- CS Queluz-UCSP Belas													30	9	3	0	0	25
0113271 - ACES Sintra- CS Queluz-USF Mactamá				1														1
0113281 - ACES Sintra- ECSCP Queluz													1					1
0113473 - ACES Sintra- CS Rio de Mouro-USF Rio de Mouro													1					1
0114201 - ACES Amadora-CS Venda Nova-UCSP Branda							4											4
0117203 - Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca	2	1		1	1	4	0	4	0	15	0	10	11	9	0	0	7	143
Total Geral	2	1	1	1	1	0	0	4	0	15	0	10	23	9	17	14	13	182

A utilização da plataforma Live nas melhores condições possíveis de vídeo e áudio requer o respetivo **Kit de Teleconsulta** (composto por câmara e microfone/colunas) instalado por posto de trabalho, assim como um browser atualizado e compatível (Microsoft Edge) e boas condições de acesso à Internet.

No presente ano, segundo informação obtida, a SPMS entregou a esta ULS os Kits de Teleconsulta indicados em baixo, que foram colocados até ao momento, nos gabinetes de consulta do HFF, da forma apresentada no quadro abaixo:

- 18/01/2024: 30 câmaras web + 30 auscultadores;
- 26/03/2024: 170 câmaras web + 190 auscultadores.

Os equipamentos tiveram a seguinte distribuição por posto de trabalho nas Consultas Externas:

Especialidade	Kit de teleconsulta
Neurologia	3
Nefrologia	5
Cardiologia	5
Pneumologia	5
Medicina	5
Dor	2
Psiquiatria	5
Total	30

A plataforma é atualmente designada por “**Live**”. Para ter acesso a uma teleconsulta esta terá de estar agendada pela unidade de saúde.

Os **utentes** podem aceder à teleconsulta agendada através das seguintes formas de acesso:

1. Área pessoal do portal do SNS 24 com:
 - Cartão de Cidadão ou
 - Chave Móvel Digital ou
 - Número de Utente de Saúde

2. Aplicação móvel do SNS 24 com:
 - Chave Móvel Digital ou
 - Número de Utente de Saúde

3. Balcão SNS24 existente nas juntas de freguesia e espaços cidadão.

Na ótica do **Profissional de Saúde**, o acesso é feito através do SClínico CSP (SClínico Cuidados de Saúde Primários) e na área hospitalar em 2025, através do SClínico H (SClínico Hospitalar), via computador, selecionando diretamente pelo botão da **Live** ou através do **RSE AP** (Registo Saúde Eletrónico Área do Profissional). Adicionalmente existe a opção de o Profissional de Saúde aceder à Teleconsulta Live através da plataforma Telecuidados.

Relativamente ao utente, o acesso é sempre feito através da App móvel SNS 24 ou área pessoal do Portal SNS 24 ou pela Área Administrativa no caso dos Balcões SNS 24, via telemóvel ou desktop. Adicionalmente existe a opção de o Utente aceder à Teleconsulta Live através da plataforma Telecuidados.

De referir que esta solução permite a realização de consultas médicas, assim como de outros profissionais, nomeadamente, enfermagem, psicologia e nutrição.

Definição de prioridades

A situação atual tal como se encontra configurada, requer a definição das seguintes prioridades dados os objetivos de alargamento definidos:

1. Levantamento de todos os postos de teleconsulta com kits atribuídos e verificação das condições técnicas existentes e eventual resolução de constrangimentos;
2. Identificação de novas necessidades de postos de teleconsulta e dos recursos tecnológicos necessários para essas necessidades abrangendo todas as unidades da ULSASI;
3. Identificação de necessidades e planeamento da formação necessária aos profissionais envolvidos na utilização da solução;
4. Definição de cronograma para alocação de equipamentos e entrada em produção.

7.9.3 Medidas Propostas

Para o sucesso da implementação deste projeto de alargamento da teleconsulta na ULSASI, propõe-se as seguintes medidas orientadas de acordo com os seguintes eixos:

- a) Pessoas:
 - a. Identificar o(s) **Promotor(es) Interno(s) de Telesaúde** da ULSASI;
 - b. Promover um evento de divulgação da Teleconsulta e demais meios telemáticos da SPMS **“Dia Digital e Telesaúde”** na ULS Amadora Sintra;
 - c. Promover sessões de esclarecimentos e formação aos profissionais para uma utilização segura e fácil dos recursos;
 - d. Preparar material de comunicação e informação para os utentes.
- b) Processos:
 - a. Elaborar **procedimento/norma interna para atividade de teleconsulta**, incluindo o registo e apuramento de atividade e não esquecendo o consentimento do utente.
 - b. Estabelecer um cronograma do projeto de alargamento, com plano de formação e instalação dos meios tecnológicos necessários.
- c) Recursos:
 - a. Garantir a disponibilidade dos recursos tecnológicos necessários e as condições físicas para a realização das teleconsultas com garantia de confidencialidade;
 - b. Monitorizar a instalação e a utilização da solução, e acompanhar a resolução dos incidentes reportados.

7.9.4 Metas e Objetivos

Tendo sido definido pelas Direções Clínicas e Administração um **objetivo** de crescimento em 2025 de cerca de **10%** de teleconsultas, em relação ao total de consultas realizadas na ULSASI, o nosso objetivo será o de assegurar todas as condições tecnológicas necessárias para a boa execução das teleconsultas pretendidas.

Assim, propomos o seguinte:

- a) Dinamizar as Teleconsultas (**médicas e de enfermagem**) (primeiras e subsequentes) nos **Cuidados de Saúde Primários** e nos **Cuidados de Saúde Hospitalares**, assumindo um **objetivo de crescimento de 10% no total global de consultas da ULSASI**;
- b) Dinamizar as Teleconsulta nas **Medicinas e demais Especialidade Médicas na área Hospitalar**;

- c) Assegurar Teleconsultas aos utentes dos **Estabelecimentos Prisionais** da Carregueira e de Sintra;
- d) **Definir as seguintes metas para as especialidades:**
- ✓ **Cardiologia** (abertura de ato de teleconsulta para dois novos profissionais)
 - ✓ **Gastrenterologia** (abertura de ato teleconsulta para um novo profissional)
 - ✓ **Infeciologia** (abertura de ato teleconsulta PrEP, PPE, EP (seis profissionais)
 - ✓ **Nefrologia** (abertura de ato de teleconsulta Tratamento Conservador do Doente Renal) (um profissional)
 - ✓ **Neurologia** (abertura de ato de teleconsulta)
 - ✓ **Oncologia** (abertura de ato de teleconsulta)
 - ✓ **Paliativos/EIHSCP** (abertura de ato de teleconsulta para dois profissionais)
 - ✓ **Pneumologia/Imunoalergologia** (abertura de ato de teleconsulta).
- e) **Escalabilidade e expansão para Outras Especialidades** – o crescimento será de acordo com a necessidade expressa pelos responsáveis e os profissionais envolvidos, e desde que existam as condições e vontade para tal do lado dos utentes da ULSASI. A avaliação das condições para a realização de teleconsultas será sempre do médico ou outro profissional de saúde, pois será quem melhor avaliará as condições de cada utente para aderir ou não a esta nova tecnologia.

Proposta de Metodologia e Cronograma para implementação

Prevê-se que a implementação deste projeto decorra numa **primeira fase (1º trimestre)** na qual decorrerá:

1º- identificação das necessidades ao nível dos postos de teleconsulta, das condições tecnológicas necessárias, assim como de formação de profissionais.

2º- Definição do procedimento/norma interna orientador do funcionamento desta atividade e identificação de interlocutores internos dos Serviços envolvidos, com definição de indicadores de desempenho.

3º - Promoção do evento de divulgação e das sessões formativas por Serviço/equipa de utilizadores.

4º- Instalação de equipamentos por posto de trabalho, realização de testes piloto e entrada em produção.

Numa **segunda fase (desde o 2º trimestre até ao final do ano)**:

- Acompanhamento da operação e resolução de eventuais incidentes reportados;
- Análise da tipologia de incidentes para definição, implementação de medidas corretivas e recolha de feedback por parte dos utilizadores;
- Identificação de novas necessidades, avaliação do trabalho realizado e capacidade de evolução;
- Avaliação final dos custos/benefícios do projeto.

3. k) Projeto local de redução do número de consultas presenciais não realizadas no âmbito dos cuidados de saúde primários, com particular enfoque, para as consultas de tipologia «ordem médica»

7.10.1 Enquadramento

Os cuidados de saúde primários desempenham um papel crucial na promoção, proteção e manutenção da saúde da população. Um dos desafios enfrentados pelos serviços de saúde é o número significativo de consultas presenciais não realizadas (faltas ou ausências), o que compromete a eficiência dos recursos e afeta negativamente o acesso dos utentes ao sistema de saúde. Fatores como dificuldades de deslocação, comunicação ineficaz, esquecimento ou barreiras sociais podem influenciar essas faltas, resultando em tempos de espera mais longos e num desperdício dos recursos já limitados.

Dada a relevância da otimização do acesso e da prestação de cuidados, é relevante abordar de forma sistemática a redução do número de consultas médicas presenciais não realizadas no contexto dos cuidados de saúde primários.

7.10.2 Situação Atual

Atualmente, os serviços de cuidados de saúde primários têm registado consultas médicas presenciais não realizadas, gerando impacto no desperdício de recursos (as consultas agendadas não realizadas consomem tempo que poderia ser utilizado para atender outros utentes) com potencial aumento do tempo de espera por consulta e estrangimentos no agendamento das mesmas e em última instância com possível impacto na saúde dos utentes por eventual comprometimento do seguimento de doenças crónicas, diagnóstico precoce e adesão terapêutica.

Através da análise do histórico da ULS Amadora/Sintra nos Cuidados de Saúde Primários até outubro de 2024, é possível constatar que a média das consultas médicas não realizadas é em média de 5,24%, representando 60.790 consultas nos primeiros dez meses do ano, num universo de cerca de 1.160.000 consultas no mesmo período.

No entanto, existem variações entre tipologias de unidades sendo as USF as unidades com menor taxa (4,69% de 803.599 consultas). As UCSP apresentam uma taxa superior com 6,71% em 324.083 consultas. Outras unidades/serviços como o SAC apresenta uma taxa de 0,11% em 14.326 consultas e as restantes tipologias (CDP, UCC, USP, Outros projetos) de 7,73% de 17.099 consultas (vide quadro I).

Caracterização do número de consultas não efetivadas de janeiro a outubro 2024 por tipologia de Unidade Funcional

Tipologia UF	% Consultas não Efetivadas	Total Consultas Agendadas	% Mínima Consultas não efetivadas	% Máxima Consultas não efetivadas
USF	4,69%	803.599	1,43%	7,96%
UCSP	6,71%	324.083	1,54%	12,00%
SAC	0,11%	14.326	0,06%	0,15%
Outros	7,71%	17.136	0,00%	17,32%

Ao analisarmos a diferença entre consultas a utentes com médico e sem médico atribuído, verifica-se uma taxa superior no grupo de utentes sem médico (4,99% em 886.393 consultas vs 6,09% em 272.751 consultas).

Entre os motivos mais comuns para as faltas encontram-se:

- Falta de comunicação ou esquecimento das consultas agendadas.
- Barreiras logísticas das unidades.
- Problemas relacionados com a acessibilidade.

7.10.3 Medidas Propostas

Para reduzir o número de consultas médicas presenciais não realizadas, propõem-se as seguintes medidas a implementar a nível local:

1. *Reforço na Comunicação com os Utentes:* Garantia de envio de mensagens de SMS, ou chamadas telefónicas e/ou e-mails para relembrar as consultas agendadas, com antecedência de 48-72 horas.

2. *Flexibilidade e Facilitação de Cancelamento/Reagendamento:* Criação de mecanismos simples e acessíveis para que os utentes possam cancelar ou reagendar a consulta com facilidade (via telefone, aplicação móvel ou plataforma online), por exemplo através de criação de call-center central.

3. *Promoção da Literacia em Saúde e Sensibilização:* Campanhas educativas para os utentes sobre a importância do comparecimento às consultas e os impactos do absentismo na saúde coletiva.

4. *Gestão de Acessibilidade:*

- Colaboração com entidades locais para melhorar o transporte público para os centros de saúde ou explorar parcerias que facilitem o transporte dos utentes mais vulneráveis.
- Avaliação do horário de funcionamento das unidades e distribuição e horário das consultas para maior adequação às necessidades da população.

5. *Uso de Consultas Alternativas:*

- Incentivo ao uso de consultas não presenciais (teleconsultas) para determinados grupos de utentes, quando aplicável, reduzindo a necessidade de deslocações desnecessárias.
- Criação de um protocolo para a triagem de utentes que podem beneficiar de consultas não presenciais, especialmente para renovação de receitas, seguimento de doenças crónicas estáveis ou orientações pontuais.
- Formação da equipa médica e dos utentes para otimizar a utilização de plataformas digitais de saúde.

7.10.4 Metas e Objetivos

Com este plano pretende-se reduzir o número de consultas médicas presenciais não realizadas no âmbito dos cuidados de saúde primários, otimizando o uso dos recursos e melhorando o acesso e a continuidade de cuidados.

Definem-se assim como metas específicas:

1. Reduzir a taxa de consultas não realizadas global em 20% até final de 2025, com especial enfoque nas unidades com taxas mais elevadas (tendencialmente UCSP e consultas a utentes sem médico atribuído).
2. Garantir o funcionamento de um sistema de comunicação ativa com os utentes para recordatório do agendamento.
3. Criação de *call-center* centralizado para melhor gestão dos agendamentos e maior acessibilidade dos utentes.
4. Melhorar a satisfação dos utentes com os processos de agendamento e cancelamento de consultas.

Esta intervenção almeja fortalecer a confiança dos utentes nas unidades de cuidados de saúde primários e melhorar a eficiência na gestão de consultas, promovendo cuidados mais adequados e acessíveis para toda a população.

7.9. 3. I) Projeto local de desenvolvimento/aprofundamento de cuidados de saúde mental no domicílio, a implementar até 30 de junho de 2026

7.11.1 Enquadramento

O Serviço de Psiquiatria tem desde o início do seu funcionamento, uma estrutura organizativa com um foco claramente comunitário, privilegiando a prestação de cuidados o mais próximo possível da população, de forma articulada com outros parceiros, nomeadamente os Cuidados de Saúde Primários, as Equipas de tratamento na área das Dependências, as Câmaras, as Juntas de Freguesia, as Ordens Religiosas e múltiplas IPSS.

Na estrutura física do Hospital Fernando Fonseca localiza-se o Internamento, o Hospital de Dia a Equipa de Ligação, o Gabinete de Psiquiatria Forense e a consulta de Deterioração cognitiva; a maior parte do seguimento em ambulatório é realizado fora do Hospital, nas quatro Equipas comunitárias (Amadora, Brandoa, Damaia e Queluz), estando as três primeiras localizadas em Centros de saúde e a Equipa de Queluz em instalações próprias. Esta localização permite um acesso fácil, não estigmatizante e facilita a responsabilização por parte dos profissionais de cada equipa, por uma determinada população com as suas características próprias, assim como com os seus parceiros.

Cada doente deve ter acima de tudo uma ligação à sua Equipa Comunitária, já que aspetos relacionados com o estabelecimento de uma relação de confiança, a questão da adesão e da abordagem por uma equipa multidisciplinar (que reúne Psiquiatras, Enfermeiros, Assistentes Sociais, Psicólogos e Administrativos) são fundamentais para a uma melhor abordagem terapêutica dos doentes.

Na comunidade o Serviço dispõe ainda de duas áreas de Dia, os espaço@com (Damaia e Queluz), existindo em cada um, um Psicomotricista e um Terapeuta Ocupacional, sendo ambos coordenados por um Psiquiatra. No âmbito dos dois espaço@com, as Terapeutas Ocupacionais também realizam intervenções domiciliárias, que inclui a avaliação da funcionalidade e o treino de Atividades de Vida diária.

À quarta-feira todas as equipas estão no Hospital, participando em várias reuniões de articulação, e em atividades formativas, contribuindo para a organização do Serviço como um Sistema terapêutico.

É neste contexto que desde o início do funcionamento do Serviço, as quatro Equipas Comunitárias realizam Visitas Domiciliárias, assumidas sobretudo por enfermeiros, mas também por médicos, ou assistentes sociais, ou ainda pelos profissionais do espaço@com.

Para o efeito o Serviço tem uma carrinha que é partilhada pelas quatro equipas, sendo atribuída a cada equipa um dia durante a semana.

De acordo com a nossa experiência, as VD podem ter como objetivo a avaliação da situação clínica, a compreensão da funcionalidade do doente, a sua integração familiar, bem como a administração terapêutica, a promoção da ligação à equipa e a estruturação de uma relação de confiança.

De acordo com o “Manual para a implementação e desenvolvimento das equipas comunitárias” – da responsabilidade da Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental, as Equipas de Saúde Mental Comunitárias têm como principal objetivo assegurar a prestação de cuidados diferenciados de saúde mental na comunidade, a uma população correspondente a uma área geográfica definida, conjugando proximidade e diferenciação.

Pretende-se assim contribuir para aumentar a acessibilidade e promover a continuidade de cuidados e a recuperação e integração familiar e social das pessoas com doença mental.

Outros dos propósitos das ESMC consiste na articulação com os CSP, e outros parceiros da sua zona de responsabilidade como Câmaras, Juntas de freguesia, organizações da sociedade civil associações de familiares e de utentes entre outras estruturas da comunidade.

No mesmo manual, nas atividades essenciais das Equipas de Saúde Mental, estão incluídas as visitas e intervenções domiciliárias para avaliação domiciliária, intervenções na crise, e ou de manutenção da continuidade de seguimento clínico.

É também recomendado no mesmo manual a atribuição de Terapeutas de referência a doentes mentais graves (para além do Psiquiatra assistente), com a consequente avaliação de necessidades, assim como a elaboração de um Plano Individual de cuidados.

De acordo com a mesma fonte, é recomendado que numa 1ª fase de implementação clínica de uma organização comunitária, deverá existir um mínimo de quarenta pessoas com doença mental grave que tenham TR.

No nosso Serviço realizaram formação para Terapeutas de Referência, os oito enfermeiros das Equipas comunitárias e dois profissionais do espaço@com.

Outro aspeto a ter em conta neste enquadramento, é o de que tendo o nosso Serviço sido identificado como uma das experiências-piloto no âmbito dos CRI de Saúde Mental, um dos indicadores que pode ser escolhido entre os indicadores institucionais, é a atribuição de TR, assim como a realização de PIC, a pessoas com DMG.

7.11.2 Situação Atual

O Serviço de Psiquiatria realizou 786 visitas domiciliárias durante o ano de 2023, maioritariamente realizadas por enfermeiras, mas contando frequentemente com o envolvimento de assistentes sociais ou de médicos de acordo com a problemática em questão.

Como já foi mencionado dispomos de uma carrinha que é utilizada de forma rotativa pelas quatro Equipas comunitárias.

Esta forma de intervenção é uma atividade muito valorizada no nosso Serviço sendo desenvolvida pelas equipas comunitárias da Amadora, Brandoa, Damaia e Queluz. Através das Visitas domiciliárias conseguimos um melhor conhecimento da nossa comunidade e das condições em que os nossos doentes vivem. A proximidade que com eles se estabelece permite a criação de laços afetivos, o desenhar de projetos terapêuticos mais adequados a cada doente e em determinadas situações a administração de terapêutica ou uma melhor avaliação clínica.

Nas Equipas comunitárias são acompanhados 4979 doentes, dos quais 2038 (41%) apresentam uma Doença Mental Grave, a % de reinternamentos a 30 dias de todos os doentes acompanhados no Serviço é de 8,9%, e temos 40 doentes que são utilizadores frequentes do SU (mais de 4 recursos ao SU de janeiro a final de setembro deste ano). Tendo em conta todo este enquadramento, impõe-se a nossa reflexão acerca de medidas que permitam estruturar ou otimizar melhor o seu acompanhamento.

No âmbito do que é preconizado pela Coordenação Nacional de Políticas de Saúde Mental, realizámos no ano passado a formação para Terapeutas de referência (os oito Enfermeiros das Equipas comunitárias, e um Terapeuta ocupacional e um Psicomotricista do espaço@com), incluindo a avaliação de necessidade, a elaboração do Plano Individual de cuidados e a elaboração do Plano de prevenção de recaídas.

Como já foi referido no ponto anterior, somos uma das Experiências piloto no âmbito dos Centros de Responsabilidade Integrada de Saúde Mental, e como tal temo-nos debruçado sobre uma série de indicadores que valorizam a abordagem comunitárias e a atribuição de TR e elaboração de PIC a pessoas com DMG.

Este desafio da prestação de cuidados em apoio domiciliário, surge-nos como uma excelente oportunidade para repensar esta área de atividade e de melhorar a qualidade do que é realizada, nomeadamente através da atribuição de TR e elaboração de PIC a pessoas com doença mental grave a quem são realizadas VD.

7.11.3 Medidas Propostas

1. Caracterização das pessoas que usufruem de VD por parte das ECSM (incluindo identificação dos que apresentam DMG), assim como dos objetivos da própria VD, nomeadamente:

- dados sociodemográficos
- nome do profissional que habitualmente realiza a VD
- nome do TR
- existência de PIC
- estrutura familiar
- situação de migrante
- situação económica
- diagnóstico clínico
- n.º de VD já realizadas e qual a sua regularidade
- motivo de realização da VD - avaliação, intervenção em crise ou continuidade do seguimento clínico, estabelecimento de relação de confiança, administração/controlo de medicação, promoção da relação com a família; orientação nas AVD, promoção da articulação com a rede social, acompanhamento psicossocial

2. Atribuição progressiva de TR a todas as pessoas com DMG em que se realizam VD (de início 40 doentes, atribuindo-se 5 doentes a cada uma das 8 Enfermeiras, assim como a profissionais do espaço@com;

3. Elaboração de PIC de forma progressiva a todos os DMG em que se realizam VD;

4. Reforço do nº de doentes a quem se realizam VD, nomeadamente pessoas com DMG e high users do SU;

5. Reforço do n.º de TR- formação para o Serviço pela Equipa formadora da Coordenação Regional de Saúde Mental de LVT

7.11.4 Metas e Objetivos

- Reforço do nº de VD => objetivo para 2025- 620 VD
- reforço da % de doentes Mentais graves em que se realizam VD que têm TR => objetivo para junho 2025 – aumento de 10 %
- reforço da % de doentes Mentais graves em que se realizam VD que têm PIC => objetivo para junho de 2025 – aumento de 10 %
- Revisão do PIC de doentes high users – Avaliação da possibilidade e relevância de realizar VD
- Aumento do n.º de TR- formação a todos os novos Enfermeiros que serão admitidos para as novas EC, assim como para os outros profissionais do espaço@com

Gostaríamos ainda que esta estratégia tivesse as seguintes consequências no funcionamento do Serviço:

- Diminuição da % de reinternamentos dos doentes acompanhados;
- Diminuição da % de high users

Estamos certos de que o reforço das Visitas domiciliárias permitirá também um estreitar da relação com as pessoas que acompanhamos, com as suas famílias, um melhor conhecimento sobre as suas necessidades e competências, assim como um melhor conhecimento da comunidade em que estamos inseridos.

7.10. 3. m) Projeto local para a implementação da monitorização à distância do doente crónico, a implementar até 2027

7.12.1 Enquadramento

Portaria n.º 207/2017, de 11 de julho

ANEXO I- Regulamento das Tabelas de Preços das Instituições e Serviços Integrados no SNS

Artigo 3.º Definições

a) «Telemonitorização», a supervisão médica à distância com recurso às tecnologias de informação e comunicação, nomeadamente, através da videoconferência e de equipamento médico de manipulação remota.

Em termos de recursos, e excluídos por agora os humanos, necessários para que a Telemonitorização possa ser efetiva e em conformidade regulatória e legal, são necessários os seguintes elementos:

- a) **Equipamento Médico para Manipulação Remota:** dispositivos que permitem monitorizar parâmetros de saúde remotamente, como medidores de pressão arterial, glicómetros, oxímetros de pulso, balanças inteligentes, entre outros. Estes dispositivos devem ser classificados como dispositivos médicos, de forma a garantir a qualidade da informação.
- b) **Software de Gestão de Dados de Saúde:** uma plataforma de Telemonitorização, onde se registam, analisam e partilham os dados analisados pelos equipamentos remotos. Esta plataforma pode ou não ter a funcionalidade de videoconferência.
- c) **Interfaces Móveis e Web:** para permitir a comunicação e o acesso aos dados pelos doentes e profissionais de saúde, garantindo também uma interface amigável e de fácil acesso.

Em termos de legislação europeia e nacional, os equipamentos médicos são regidos por normas bem definidas e amplamente reconhecidas, estabelecidas há vários anos e regulamentadas pela autoridade competente, o INFARMED.

As plataformas de telemonitorização (RPM's) são consideradas dispositivos médicos de software (SaMD), e estão também sujeitas a um quadro regulamentar definido a nível europeu e nacional. Para garantir a segurança e a eficácia destes dispositivos, foi implementado o Regulamento Europeu 2017/745 (MDR), que entrou em vigor com o objetivo de melhorar a fiscalização do mercado, vigilância e rastreabilidade, com base no nível de risco para os doentes.

Em Portugal, este regulamento foi adaptado através do Decreto-Lei n.º 29/2024, garantindo que todos os dispositivos médicos cumprem os padrões de qualidade e segurança antes de serem utilizados em qualquer contexto clínico.

A classificação MDR é dividida em diferentes classes, atendendo à sua finalidade prevista e riscos intrínsecos. No caso das plataformas de telemonitorização, para que possam abranger a maioria dos casos de uso, especialmente para doentes fora do ambiente hospitalar, é essencial que estejam certificadas como Classe IIb.

A classificação Classe IIb no contexto do Regulamento Europeu 2017/745 (MDR) refere-se a dispositivos médicos que apresentam um risco moderado a elevado para os doentes.

Para plataformas de telemonitorização, isto significa que a RPM pode ser utilizada em contextos de monitorização remota, incluindo situações de maior risco, como acompanhamento de doentes com doenças crónicas fora do ambiente hospitalar. Esta classificação garante que as plataformas cumprem todos os requisitos legais e regulamentares de segurança e eficácia, cobrindo uma ampla gama de aplicações.

Caso uma plataforma não possua a certificação de Classe IIb, o seu uso estaria limitado a cenários de menor risco, possivelmente com maior necessidade de supervisão direta de profissionais de saúde.

Termos de Referência para contratualização de Cuidados de Saúde no SNS para 2024

1.2.1. Para a definição da atividade assistencial para 2024, instruções específicas:

vi. reforçar a atividade realizada em ambulatório e as respostas de proximidade, nomeadamente:

- potenciar o enfoque em respostas no domicílio e na comunidade e priorizar a desinstitucionalização da pessoa;*
- promover a articulação com as autarquias locais e reforçar a parceria com as restantes estruturas da comunidade e serviços de apoio às populações vulneráveis;*
- reforçar as respostas de telessaúde, nomeadamente as teleconsultas e telemonitorização (quando aplicável);*
- criar/reforçar as equipas comunitárias de saúde mental para crianças, adolescentes e adultos, de forma a prestar cuidados individualizados na comunidade às pessoas que vivem com problemas de saúde mental, garantindo estreita articulação com os cuidados primários, com os cuidados continuados e com outros agentes na comunidade;*

ix. promover a integração entre os diferentes níveis de cuidados da ULS, aproximando a prestação ao utente:

- reduzir os internamentos evitáveis e a demora média, numa lógica de integração de cuidados e de respostas qualificadas de proximidade;*

7.12.2 Situação Atual

A ULS Amadora-Sintra possui um histórico bastante relevante na implementação de monitorização à distância para doentes crónicos. Embora o número de doentes e a abrangência das condições monitorizadas sejam relativamente limitados, o Hospital Fernando Fonseca (HFF) destacou-se como pioneiro na adoção dessas soluções, acumulando uma experiência de mais de 4 anos. Esse histórico ininterrupto, especialmente com doentes crónicos, posiciona a ULS Amadora Sintra entre as instituições com mais experiência nesta área em Portugal e numa posição bastante competitiva a nível internacional, onde a implementação de tais soluções teve um impulso significativo no período pós-COVID.

Estes programas foram implementados em parceria com a empresa Hope Care S.A e as duas condições implementadas até agora são a Insuficiência Cardíaca e a DPOC. Em relação a números doentes e datas de início dos programas:

ULS Amadora Sintra	DPOC 10/07/2020*	ICC 20/06/2022*	Totais
Nº de pacientes que passaram pelos dois programas	42	37	79
Doentes ativos nos dois programas	11	24	35

*Data de início dos programas.

Muito recentemente, o Serviço de Medicina III iniciou também a monitorização da hipertensão arterial utilizando o aplicativo da SPMS. Até à data da elaboração deste relatório, não foi possível apurar a extensão e os resultados preliminares desta iniciativa.

Em relação aos resultados das duas iniciativas com maior tempo de implementação, eles foram reportados pelos nossos serviços em duas publicações distintas.

1. Na insuficiência cardíaca:

[Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE | Insuficiência Cardíaca monitorizada à distância- Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE](#)

<https://hff.min-saude.pt/insuficiencia-cardiaca-monitorizada-a-distancia/>

Resultados Quantitativos:

- a) Redução de internamentos hospitalares: 55%
- b) Redução de dias de hospitalização: 45%

Em termos qualitativos os profissionais do HFF observam:

- a) Uma melhoria significativa na qualidade de vida dos doentes crónicos monitorizados, que se sentem mais seguros e tranquilos por evitarem deslocações frequentes ao hospital.
- b) Relatam também uma redução de exacerbações e internamentos evitáveis, devido à deteção precoce de alterações no estado de saúde.
- c) A telemonitorização permite-lhes ainda otimizar recursos e gerir melhor o tempo, o que facilita o foco em casos críticos.
- d) Além disso, fortalece-se a relação de confiança com o paciente, promovendo uma adesão mais eficaz ao tratamento.

2. Na DPOC:

O relatório foi elaborado pelo Serviço de Pneumologia no contexto do 38º Congresso de Pneumologia

<https://www.journalpulmonology.org/en-pdf-X2531043722034180>

Resultados Quantitativos:

- a) Redução de visitas ao serviço de urgência: 64%
- b) Redução de hospitalizações: 66%

Em termos qualitativos:

- a) Uma melhoria significativa no controlo da doença e na qualidade de vida dos doentes com DPOC monitorizados, que relatam sentir-se mais seguros e confiantes ao reduzir as idas frequentes ao hospital.
- b) Observam também uma redução de exacerbações e internamentos evitáveis, devido à deteção precoce de alterações no estado de saúde dos doentes.
- c) Concluíram que a solução adotada permite otimizar recursos de saúde e melhorar a gestão de tempo dos profissionais, facilitando o foco nos casos mais críticos.
- d) Confirmaram também o que já tinha sido reportado pela IC que foi o fortalecimento da relação de confiança com o paciente, promovendo uma maior adesão ao tratamento e um acompanhamento mais próximo e eficaz.

A conclusão que podemos tirar desta experiência e dos resultados reportados pelos serviços, salvaguardando outras condicionantes de natureza mais operacional, é a de que:

- a) **Os dados e a nossa experiência acumulada** reforçam que a telemonitorização não é apenas uma inovação tecnológica, mas uma estratégia sustentável e eficaz para o tratamento de doentes crónicos.
- b) **Eficiência no Uso de Recursos:** A telemonitorização reduziu significativamente as idas à urgência e as hospitalizações, otimizando o uso de recursos hospitalares e reduzindo custos operacionais.
- c) **Melhoria da Qualidade de Vida dos Doentes:** Os doentes sentem-se mais seguros e satisfeitos, evitando deslocações frequentes ao hospital e melhorando a sua adesão ao tratamento.
- d) **Otimização do Trabalho das Equipas Clínicas:** A telemonitorização permite que as equipas médicas concentrem esforços nos casos críticos, tornando a gestão do tempo mais eficiente e reduzindo a sobrecarga.
- e) **Fortalecimento da Relação Paciente-Cuidador:** A confiança aumentada entre doentes e profissionais, aliada à comunicação constante, promove uma adesão mais eficaz e um acompanhamento próximo, mesmo sem necessidade de se deslocarem à instituição.
- f) **Escalabilidade e Expansão para Outras Patologias:** O sucesso na insuficiência cardíaca e DPOC indica potencial de expansão da telemonitorização para outras condições crónicas, maximizando o impacto nos cuidados de saúde.

Melhores práticas e projetos de referência:

Como referido, a ULS Amadora Sintra é, de certa forma, pioneira na aplicação de soluções de telemonitorização, com uma experiência ininterrupta que é rara no nosso contexto. No entanto, o facto de a sua implementação ter sido limitada no âmbito (apenas duas condições) e no número de doentes fez com que outras iniciativas, mais recentes e estrategicamente estruturadas de início, ganhassem maior dimensão e um alcance muito mais abrangente.

Ainda no âmbito da Investigação e Desenvolvimento e considerando as especificidades da ULS Amadora Sintra, a utilização destes sistemas — desde que dotados das características regulatórias e funcionais adequadas — representa uma oportunidade estratégica, especialmente na vertente de dados.

Com as parcerias de Investigação e Desenvolvimento já estabelecidas, a ULS Amadora Sintra pode participar no desenvolvimento de algoritmos de inteligência artificial para a deteção precoce de exacerbações e otimizar a intervenção clínica, entre outras iniciativas inovadoras. Estas ações podem aproveitar as valências da ULS, tanto em termos de recursos humanos como tecnológicos, em ambientes de inovação com aplicabilidade prática no dia a dia clínico.

A disponibilização dessas ferramentas aos nossos profissionais deve ser encarada como uma política de atração e retenção de talento humano e criação de valor.

7.12.3 Medidas Propostas

Para 2025:

O atual contrato de telemonitorização dos doentes de DPOC (24 doentes) e IC (26 doentes), termina no final de dezembro de 2024. Face aos resultados apresentados e à tempestividade da resposta, é importante a renovação do mesmo, de forma a garantir a continuidade do programa.

A ULS Amadora/Sintra assume como estratégico o aumento da produção em telemonitorização — e os subsequentes projetos associados — é essencial, dada a morosidade dos processos mais estruturais, desencadear o início da avaliação dos modelos e processos mais adequados aos nossos objetivos.

Este esforço deve focar-se nos doentes crónicos, que são os maiores consumidores de recursos e, portanto, uma ferramenta crucial para aliviar a pressão sobre as nossas unidades.

Este processo de avaliação deverá contar com consultoria externa especializada, aliada à participação interna baseada na experiência já adquirida pela nossa equipa. O objetivo é desenhar um modelo que seja efetivamente ajustado às necessidades da nossa ULS e que maximize a eficiência do sistema. A duração deste processo não deverá exceder três meses, de forma a garantir uma operacionalidade rápida e eficaz, permitindo-nos implementar as melhorias necessárias com a maior brevidade possível.

Para 2026:

Independentemente das possíveis iniciativas de carácter mais prático que possam ser viabilizadas em 2025, o ano de 2026 deve marcar o **início de um Programa completo de Monitorização à Distância do Doente Crónico / constituição da Unidade de Monitorização à Distância do Doente Crónico**. Este lançamento pressupõe a alocação do orçamento necessário para os recursos, com procedimentos definidos, e a disponibilização de recursos tecnológicos e humanos alinhados com os objetivos para 2026. Paralelamente, será essencial definir uma estratégia de longo prazo que enquadre a telemonitorização como uma vertente estruturante dos cuidados de saúde da ULS Amadora Sintra, delineando metas e direções estratégicas para os próximos anos.

Para 2027:

A unidade de **Monitorização à Distância do Doente Crónico da ULS Amadora/Sintra** deverá operar em pleno e ser uma valência acessível a todos os departamentos/serviços, tornando-se um instrumento essencial para alcançar os objetivos estratégicos da instituição. A sensibilização sobre

as suas vantagens deve ser realizada de forma regular, pois, apenas através da apresentação dos resultados será possível mobilizar e incentivar os nossos profissionais a utilizarem esta ferramenta.

Esse envolvimento permitirá também desafiar os parceiros desta iniciativa a ir além na resolução de problemas práticos, respondendo melhor às necessidades dos nossos utentes e fortalecendo a qualidade dos cuidados prestados.

7.12.4 Metas e Objetivos

Para 2025:

- a) **Renovação do Contrato de Telemonitorização:** Garantir a renovação do contrato atual para DPOC (24 doentes) e insuficiência cardíaca (26 doentes), que expira em dezembro de 2024, assegurando a continuidade do programa.
- b) **Expansão da Capacidade:** Eliminar as restrições atuais no número de doentes, substituindo-as por uma licença corporativa que permita, em teoria, a cobertura de todos os utentes da ULS Amadora/Sintra.
- c) **Avaliação de Modelos e Processos:** Realizar uma avaliação com consultoria externa e participação interna para identificar os modelos de telemonitorização mais adequados às necessidades da ULS Amadora Sintra, com foco em doentes crónicos para aliviar a pressão sobre as unidades.
- d) **Meta de Cobertura:** Expandir a abrangência para **100 doentes** até ao final do ano, dependendo dos recursos e licenças aprovados.
- e) **Planeamento Orçamental:** Definir o orçamento necessário para 2026, incluindo recursos tecnológicos e humanos, para preparar a implementação do programa completo.

Para 2026:

- a) **Implementação de Programa Completo de Telemonitorização:** Iniciar um programa integral de telemonitorização com todos os procedimentos, recursos tecnológicos e humanos alinhados aos objetivos de 2026.
- b) **Criar a Unidade de Monitorização à Distância do Doente Crónico.**
- c) **Disponibilização Ampla da Funcionalidade:** Tornar o programa de telemonitorização acessível a todos os departamentos/serviços da ULS Amadora Sintra interessados, com infraestrutura robusta para suportar uma ampla adesão.
- d) **Sensibilização e Mobilização Interna:** Promover campanhas regulares de sensibilização sobre as vantagens da telemonitorização, incentivando a utilização da ferramenta e a colaboração ativa com os parceiros para resolver problemas práticos.
- e) **Iniciativas de Investigação e Desenvolvimento:** Ter as primeiras parcerias de I&D a utilizar as valências da Unidade de Monitorização à Distância do Doente Crónico da ULS Amadora Sintra.
- f) **Meta de Doentes:** Ampliar a cobertura para **1.000** doentes ao longo do ano, conforme as necessidades e capacidade operacional.

Para 2027:

- a) **Unidade de Monitorização à Distância do Doente Crónico em Operação Plena:** Garantir a plena capacidade operacional da unidade de telemonitorização, tornando-a uma valência central acessível a todos os departamentos da ULS Amadora Sintra.

- b) **Acompanhamento e Melhoria Contínua:** Monitorizar os resultados e ajustar continuamente o programa para maximizar o impacto nos cuidados prestados, fortalecer a relação com os utentes e aumentar a adesão ao tratamento.
- c) **Meta de Doentes Ampliada:** Expandir a cobertura de telemonitorização para **5.000** doentes, baseada na capacidade operacional e nos resultados obtidos.

7.11. 3. n) Planos de Auditoria e Controlo Internos para o ano de 2025

7.13.1 Sumário Executivo

A Unidade Local de Saúde de Amadora/Sintra, E.P.E. (ULSASI) dispõe de um Sistema de Controlo Interno nos termos do artigo 87.º, dos Estatutos do Hospital E.P.E., constantes no Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto. Para a sua avaliação, foi criado o Serviço de Auditoria Interna, doravante designado por SAI.

O SAI é um serviço dentro da estrutura orgânica do Hospital, dependente em termos orgânicos do Presidente do Conselho de Administração. Com a criação deste serviço foi reconhecida a importância de reforçar os mecanismos de controlo interno regular da atividade da ULSASI, em benefício das boas práticas de gestão empresarial e de uma atuação mais eficiente e transparente da governação. Este Serviço pode contribuir para a otimização dos processos de gestão e das operações internas, na medida em que identifica os riscos e as oportunidades, encontra soluções e implementa mecanismos que os possam eliminar, reduzir ou mitigar e, por essa via, conduzir à rentabilização dos recursos disponíveis, tornando-os mais eficientes e obtendo elevados graus de eficácia na realização dos objetivos, que se traduzirá, progressivamente, na redução de custos na instituição e simultaneamente lhe acrescentará valor.

Com este propósito, o SAI vem apresentar o seu Plano Anual de Auditoria para o ano de 2025, de acordo com o estipulado na alínea c) do ponto 2 do artigo n.º 86 do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que apresenta a seguinte redação:

“Ao serviço de auditoria interna compete em especial:

c) Elaborar o plano anual de auditoria interna”.

Para a definição das áreas a auditar, no ano de 2025, foram consideradas as matrizes incluídas no Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os Riscos de Corrupção e de Infrações Conexas, que apresentam o mapeamento dos riscos, nível de risco e medidas de mitigação. De seguida, em conjunto com o Conselho de Administração, são avaliadas as áreas prioritárias nas quais vão incidir as ações de auditoria.

Este Plano Anual de Auditoria, foi elaborado tendo em consideração as Normas Internacionais de Auditoria Interna, nomeadamente a 2200 (Planeamento do trabalho de auditoria) e a 2210 (Objetivo do trabalho de auditoria) publicadas pelo *Institute of Internal Auditors* (IIA).

7.13.2 Missão do Serviço de Auditoria Interna

De acordo com o Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, o Serviço de Auditoria Interna tem como missão a avaliação dos processos de controlo interno e de gestão de riscos, nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, contribuindo para o seu aperfeiçoamento contínuo.

A avaliação deve ser realizada de uma forma objetiva, de modo a melhorar a operacionalidade da ULSASI, acrescentando valor à Instituição.

7.13.3 Âmbito do Serviço de Auditoria Interna

O Serviço de Auditoria Interna através de uma análise das áreas de maior risco na ULSASI, seleciona as de maior prioridade para serem realizadas as ações de auditoria, estando em alinhamento com os objetivos da ULSASI.

7.13.4 Plano de Trabalhos de 2025

7.13.4.1 Ações de Auditoria

As ações de auditoria a realizar no ano de 2025 têm como âmbito a avaliação do funcionamento das seguintes áreas:

- Análise dos contratos de serviços (continuação do ano anterior, sendo avaliados os serviços ainda não auditados);
- Produção Adicional.

Ações de Auditoria que se realizam anualmente:

- Monitorização dos stocks e processos logísticos do Serviço de Farmácia;
- Auditorias aos armazéns avançados realizadas em articulação com o Serviço de Compras e Logística;
- Auditoria à cobrança de taxas moderadoras, no âmbito do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os Riscos de Corrupção e de Infrações Conexas.

7.13.4.2. Outras ações

Para além das ações de auditoria serão realizadas outras ações pelo Serviço de Auditoria Interna:

- Processos de Inquérito;
- Acompanhamento do processo de criação dos armazéns avançados nos CSP;
- Relatório Anual das atividades desenvolvidas pelo Serviço de Auditoria Interna, no ano de 2024;
- Relatório de execução financeira de cada trimestre (Despacho n.º7709-B/2016, de 8 de Junho, do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde, que refere no seu ponto 1 o seguinte *“Todos os serviços e organismos dependentes ou tutelados pelo membro do Governo responsável pela área da saúde, incluindo as entidades públicas empresariais, devem remeter ao Ministro da Saúde, através da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., relatórios trimestrais, elaborados pelo respetivo Auditor Interno, respeitantes à execução financeira no trimestre anterior.”*);
- Envio trimestral, para o Conselho Fiscal, das irregularidades recebidas;
- Acompanhamento dos inventários realizados aos armazéns do Serviço de Compras e Logística do Serviço de Farmácia e do Serviço de Gestão Hoteleira no final do ano;
- Acompanhamento do fecho de caixa de final do ano;
- Relatório anual de monitorização do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os Riscos de Corrupção e de Infrações Conexas;

- Relatório de avaliação intercalar nas situações identificadas de risco elevado ou máximo do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os Riscos de Corrupção e de Infrações Conexas;
- Participação no Programa de Acolhimento e Integração aos novos colaboradores, realizado mensalmente, com a apresentação do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os Riscos de Corrupção e de Infrações Conexas;
- Análise de eventuais comunicações de irregularidades;
- Plano Anual de Auditoria para o ano de 2026;
- Verificação e atualização do conteúdo presente nos instrumentos de gestão do Portal do SNS, relativa à ULSASI;
- Resposta às solicitações do Conselho Fiscal e Revisor Oficial de Contas, bem como participação nas reuniões conjuntas;
- Acompanhamento das auditorias realizadas por entidades de controlo externas;
- Apoio na preparação da informação a enviar no âmbito dos relatórios produzidos por estas entidades;
- Acompanhamento dos pedidos de informação realizados por entidades de controlo externas;
- Colaboração com entidades do Ministério da Saúde, sempre que por estas solicitado, nomeadamente ACSS, GCCI e IGAS;
- Colaboração e apoio nos Relatórios oficiais do fecho de contas de 2024.

7.13.4.3 Atividades adicionais

Dentro do cronograma das atividades, do Serviço de Auditoria Interna, existe um espaço reservado para ações não planeadas no Plano Anual de Auditoria Interna.

7.13.5 Objetivos das ações de Auditoria

7.13.5.1 Análise dos contratos de serviços

Esta área apresenta um nível de risco moderado na matriz de risco do Serviço de Gestão Hoteleira e na matriz de risco do Serviço de Instalações e Equipamentos, no Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os Riscos de Corrupção e de Infrações Conexas.

Os principais objetivos da auditoria a realizar são:

- Avaliar o sistema de controlo interno;
- Verificar a eficiência e a eficácia dos procedimentos;
- Analisar os contratos de serviços e metodologia implementada para o seu acompanhamento;
- Analisar cadernos de encargos e cumprimento dos mesmos.

7.13.5.2 Produção Adicional

Esta área apresenta um nível de risco elevado na matriz de risco das Áreas Clínicas no Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os Riscos de Corrupção e de Infrações Conexas.

Os principais objetivos da auditoria a realizar são:

- Avaliar o sistema de controlo interno;
- Verificar a eficiência e a eficácia dos procedimentos;
- Analisar o planeamento da produção adicional e sua contratualização;
- Perceber o circuito de monitorização da produção adicional realizada;
- Verificar a conformidade dos horários de trabalho, assegurando que a produção adicional é realizada fora do período normal de trabalho (PNT);
- Assegurar que existe um plano de trabalho para a realização da produção adicional;
- Verificar a conformidade do pagamento da produção adicional.

7.13.6 Equipa de Auditoria Interna

A equipa de Auditoria Interna é composta pela Dra. Ivone Silva.

7.13.7 Formação

Tendo em consideração as Normas Internacionais de Auditoria Interna, publicadas pelo Institute of Internal Auditors, nomeadamente a norma 1230 – Desenvolvimento Profissional Contínuo, os Auditores Internos têm de aperfeiçoar os seus conhecimentos, técnicas e outras competências através de um desenvolvimento profissional contínuo. Para tal, será solicitada autorização ao Conselho de Administração sempre que se mostre oportuno a frequência de formação, conferência, seminários ou outros eventos com interesse para a atividade do serviço.

7.13.8 Formação

7.13.8.1 Preparação da ação de auditoria

A preparação de uma auditoria consiste na elaboração de um programa de trabalho que irá servir como um guia e uma orientação para a execução da ação (este programa não é assente em critérios rígidos, podendo ser usado com flexibilidade).

7.13.8.2 Reunião com Responsável do Serviço

Será realizada uma reunião com o Responsável do Serviço a auditar, com a finalidade de ser efetuado um primeiro contacto entre as partes e ser obtido um conhecimento genérico, por parte do Serviço de Auditoria Interna, do funcionamento dos Serviços.

7.13.8.3 Levantamento e análise ao Sistema de Controlo Interno

Nesta fase, é feito o levantamento de todos os procedimentos que se encontram em vigor no Serviço, sendo realizada uma análise à eficácia, eficiência e risco inerente dos mesmos, bem como feita uma verificação do seu cumprimento com os manuais de procedimentos do Serviço, normas

e regulamentos internos, legislação, manuais de procedimentos publicados pela ACSS e normas internacionais de Auditoria.

7.13.8.4. Avaliação de risco

É feita uma avaliação do nível de risco, das consequências que possam advir da existência desse risco e dos pontos fortes do sistema de controlo interno que permitem mitigar a existência do mesmo.

7.13.8.5 Recolha de informação e realização de testes de Auditoria

Esta fase consiste na: a) obtenção de vários elementos e informações; b) elaboração de testes que se encontrem mais adequados a cada circunstância e c) obtenção de evidências sobre as situações que serão alvo de reporte, com vista a ser efetuada uma análise que tem por base os objetivos definidos no Plano de Auditoria Interna.

De seguida, o Serviço de Auditoria organizará as evidências encontradas e com base nas mesmas retirará conclusões e elaborará recomendações com vista à melhoria dos sistemas e processos e à resolução das situações que forem encontradas no decorrer do trabalho de auditoria.

7.13.8.6. Relatório de Auditoria Interna

Na fase final do trabalho de auditoria é elaborado um relatório com a compilação de todas as conclusões decorrentes da análise efetuada aos Serviços, bem como as devidas recomendações.

Numa fase inicial, o relatório será emitido numa versão em rascunho de forma ao mesmo ser analisado e discutido com os Responsáveis de cada área.

De seguida, será realizada uma reunião com os responsáveis dos Serviços auditados, com a finalidade de se analisar o relatório e ser elaborado um eventual contraditório pelo Responsável do Serviço.

Por fim, será emitido o relatório numa versão definitiva, ao qual será anexado o eventual contraditório e entregue ao Conselho de Administração para aprovação.

7.13.8.7. Follow-up da ação de auditoria

O trabalho do SAI não termina com a emissão do relatório final, sendo dada continuidade ao processo, através da realização de follow-up.

Através do follow-up é possível verificar se as medidas recomendadas estão a ser implementadas e se as mesmas estão a resultar para o bom funcionamento da área auditada.

7.13.9 Acompanhamento do Plano Anual de Auditoria Interna

Semanalmente são realizadas reuniões, com o Conselho de Administração, onde é feito um acompanhamento da execução do Plano Anual de Auditoria Interna, das ações que estão a ser

realizadas, principais constrangimentos, tópicos que estão a ser analisados nas ações de auditoria e outros trabalhos do SAI.

7.13.10 Cronograma dos trabalhos

Em anexo é apresentado o cronograma dos trabalhos a realizar no decorrer do ano de 2025, no qual são evidenciadas as áreas que serão analisadas e a respetiva calendarização.

O cumprimento deste calendário está dependente da disponibilização atempada de toda a informação necessária, por parte dos Serviços auditados, para levar a cabo o trabalho de auditoria, bem como do volume de solicitações extraplano que são formuladas quer pelo Conselho de Administração, quer por entidades externas com responsabilidade ao nível do controlo interno.

7.13.11 Envio do Plano de Auditoria

De acordo com o disposto no ponto 13 do artigo n.º 86 do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, o Plano de Auditoria deverá ser submetido pelo Conselho de Administração, às seguintes entidades: Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS, I. P.); Direção-Geral do Tesouro e Finanças (DGTF); Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS) e Inspeção-Geral de Finanças (IGF).

O Plano de Auditoria deverá ainda ser enviado ao Tribunal de Contas, segundo o artigo 12º da Lei n.º 20/2015, de 9 de março, que define a Lei de Organização e Processo do Tribunal de Contas:

“1 — Os serviços de controlo interno, nomeadamente as inspeções-gerais ou quaisquer outras entidades de controlo ou auditoria dos serviços e organismos da Administração Pública, bem como das entidades que integram o sector público empresarial, estão ainda sujeitos a um especial dever de colaboração com o Tribunal de Contas.

2 — O dever de colaboração com o Tribunal referido no número anterior compreende:

- a) A comunicação ao Tribunal dos seus programas anuais e plurianuais de atividades e respetivos relatórios de atividades.”*

Cronograma de trabalhos

Ações do SAI	2025			
	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre	4º trimestre
Plano de Anual de Auditoria				X
Relatório da Atividade	X			
Envio trimestral, para o Conselho Fiscal, das irregularidades recebidas	X	X	X	X
Acompanhamento do processo de criação dos armazéns avançados nos Cuidados de Saúde Primários	X	X	X	X
Colaboração e apoio nos Relatórios oficiais do fecho de contas de 2024	X			
Relatório de execução financeira	X	X	X	X
Acompanhamento de contratos de serviços	X	X		
Auditoria à cobrança de taxas moderadoras		X		
Produção Adicional		X	X	
Acompanhamento stocks e processos logísticos Serviço de Farmácia	X	X	X	X
Relatório Acompanhamento PPRGCIC	X		X	
Apresentação PPRGCIC aos novos funcionários	X	X	X	X
Auditorias aos e-kanban com o SCL			X	
Acompanhamento Inventários e relatório - Logística				X
Acompanhamento Inventários e relatório - Farmácia	X	X	X	X
Acompanhamento Inventários e relatório - Roupa				X
Acompanhamento fecho de caixa e relatório				X
Respostas a Entidades Externas	X	X	X	X
Processos de Inquérito	X	X	X	X
Atividades não planeadas	X	X	X	X

Aprovado em Reunião de Conselho de Administração de 21 de novembro

7.12. 3. o) Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações conexas com medidas concretas a implementar em 2025

7.14.1 Introdução

O Conselho de Prevenção da Corrupção, criado pela Lei n.º 54/2008, de 4 setembro, é uma entidade administrativa independente que funciona junto do Tribunal de Contas, visando desenvolver a sua atividade de âmbito nacional no domínio da prevenção da corrupção e infrações conexas.

No âmbito da sua atividade o Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC) emitiu a Recomendação nº1, de 01 de julho de 2009, nos termos da qual os órgãos dirigentes máximos das entidades gestoras de dinheiros, valores ou património público, seja qual for a sua natureza devem elaborar planos de gestão de risco e infrações conexas contendo a seguinte informação:

- Identificação, relativamente a cada área ou departamento, dos riscos de corrupção e infrações conexas;
- Identificação de riscos e definição das medidas adotadas que previnam a sua ocorrência;
- Definição e identificação dos responsáveis envolvidos na gestão do plano, sob a direção do órgão dirigente máximo;
- Elaboração anual do relatório sobre a execução do plano.

Para dar cumprimento a esta recomendação foi elaborado, em 2013, o “Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas” do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, E.P.E. (HFF).

Em 2015, foi aprovada a Recomendação n.º 3/2015 que numa ótica de aperfeiçoamento do trabalho já desenvolvido definiu o seguinte:

- Os Planos de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas, devem identificar de modo exaustivo os riscos de gestão, incluindo os de corrupção, bem como as correspondentes medidas preventivas;
- Os riscos devem ser identificados relativamente às funções, ações e procedimentos realizados por todas as unidades da estrutura orgânica das entidades, incluindo os gabinetes, as funções e os cargos de direção de topo;
- Os Planos devem designar responsáveis setoriais e um responsável geral pela sua execução e monitorização, bem como pela elaboração dos correspondentes relatórios anuais;
- As entidades devem realizar ações de formação, de divulgação, reflexão e esclarecimento dos seus Planos junto dos trabalhadores e que contribuam para o seu envolvimento numa cultura de prevenção de riscos;
- Os Planos devem ser publicados nos sítios da internet das entidades a que respeitam, excetuando as matérias e as vertentes que apresentem uma natureza reservada, de modo a consolidar a promoção de uma política de transparência na gestão pública.

O Conselho de Prevenção da Corrupção emitiu ainda uma Recomendação sobre a gestão de conflitos de interesses no Setor Público, em 8 de janeiro de 2020. Esta Recomendação salienta que o conceito de conflito de interesses inclui qualquer situação, real, aparente ou potencial, de sobreposição de interesses privados sobre os interesses públicos que os titulares de cargos

públicos, políticos e administrativos, estão obrigados a defender, quer durante o exercício do mandato ou funções, quer mesmo em momento anterior ao exercício ou após a sua cessação.

No ano de 2020, foi revisto o Plano de Prevenção de Riscos elaborado em 2013, com o intuito de refletir fatores de risco identificados desde a última atualização do documento, bem como as recomendações do CPC, entretanto emitidas.

O Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, que cria o Mecanismo Nacional Anticorrupção (MENAC) e estabelece o Regime Geral de Prevenção da Corrupção, revoga a Lei n.º 54/2008, de 4 de setembro, deixando assim de exercer funções o Conselho de Prevenção da Corrupção.

No artigo 6.º do Regime Geral de Prevenção da Corrupção, são estabelecidos os pressupostos de elaboração do Plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas.

Decorridos 3 anos desde a última atualização e com a publicação da moldura normativa estabelecida no Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, entende-se como necessário uma atualização do Plano de Prevenção de Riscos de 2020.

7.14.2 Objetivos

O presente Plano de Prevenção de Riscos constitui um instrumento integrante do Sistema de Controlo Interno do HFF tendo como propósito:

- Identificar situações potenciadoras de riscos de gestão, corrupção e infrações conexas;
- Estabelecer as medidas preventivas e corretivas que permitam mitigar esses riscos, através da minimização da probabilidade da sua ocorrência e do impacto esperado;
- Manter um sistema de controlo e monitorização das medidas implementadas e respetivos efeitos;
- Identificar os responsáveis setoriais e o responsável geral pela execução do Plano.

Criando, deste modo, uma oportunidade para melhorar a qualidade dos mecanismos de controlo interno, o presente Plano de Prevenção de Riscos será tanto mais eficaz, quanto maior for o envolvimento dos profissionais do Hospital na sua aplicação.

7.14.3 Caracterização do Hospital

7.14.3.1 Caracterização do Hospital

O Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, foi criado pelo Decreto-Lei n.º 203/2008, de 10 de outubro, com autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do regime jurídico do setor empresarial do Estado e das empresas públicas (previsto no Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro) e pelos Estatutos (Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto).

7.14.3.2 Missão

O HFF tem por missão a prestação de cuidados de saúde humanizados e diferenciados em todo o ciclo de vida da pessoa, em articulação com os cuidados de saúde primários e continuados, bem como com os demais Hospitais integrados na rede do Serviço Nacional de Saúde, utilizando, adequadamente, os recursos humanos e materiais, em obediência aos princípios da qualidade,

de efetividade e eficiência, e promovendo o desenvolvimento profissional e a igualdade de género dos seus trabalhadores.

A missão do HFF abrange ainda a investigação, o ensino e a formação pré e pós-graduada de profissionais de saúde e de outros profissionais.

7.14.3.3 Visão

O HFF pretende ser um Hospital de referência em termos de facilidade do acesso no processo assistencial, de articulação com os cuidados de saúde primários, de promoção do trabalho multidisciplinar, de elevada satisfação dos utentes e profissionais, bem como da boa gestão, tornando o HFF um projeto economicamente sustentável.

7.14.3.4 Valores

A atividade desenvolvida pelos trabalhadores do HFF rege-se por procedimentos e atitudes assentes em práticas humanistas e princípios estruturais, num quadro de permanente e atuante disponibilidade, de dignificação humana e profissional, de responsabilização, participação e diálogo e orienta-se em função dos interesses dos utentes e suas famílias, numa perspetiva de defesa do direito à proteção da saúde e da satisfação das suas necessidades e preferências individuais.

Fazem igualmente parte dos valores institucionais a honestidade e retidão na relação com terceiros, sejam utentes, fornecedores ou entidades técnicas e oficiais, obrigando-se todos os trabalhadores do HFF a pautarem o seu comportamento pelas normas de ética e deontologia aplicáveis.

7.14.3.5 Identificação dos Órgãos

O Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, está integrado na ULS Amadora/Sintra e tem como Órgãos:

- O Conselho de Administração;
- O Conselho Fiscal e o Revisor Oficial de Contas;
- O Conselho Consultivo.

7.14.3.6 Caracterização do Ambiente Interno do Hospital

O HFF foi o primeiro hospital português a obter uma Acreditação Internacional de qualidade (2000), na altura atribuída pelo King's Fund Health Quality Service, tendo vindo a manter a sua acreditação até à presente data, pelo CHKS. Estes processos de acreditação envolvem a realização de auditorias externas por uma equipa independente à atividade e procedimentos do Hospital, tanto a nível dos Serviços Clínicos, como dos Serviços de Apoio.

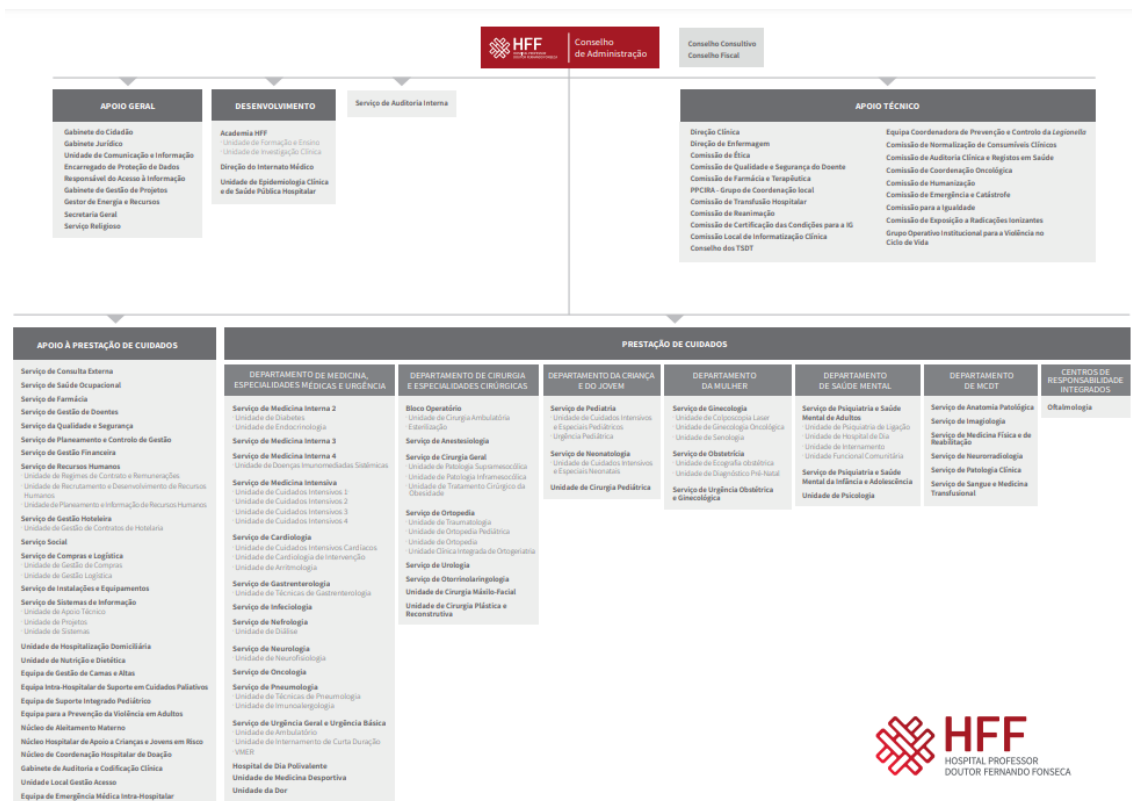
O Hospital dispõe ainda de um Serviço de Auditoria Interna, conforme estipula o artigo 86.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, com competência para proceder à avaliação dos processos de controlo interno e de gestão de riscos, nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, contribuindo para o aperfeiçoamento contínuo do sistema de controlo interno do HFF.

O Hospital rege-se pelo Regulamento Interno e Organograma, pelo diploma da sua criação, pelos Estatutos dos Hospitais EPE, pelo Código de Ética do HFF, Regulamento de Comunicação de Irregularidades e Denúncia de Infrações, Plano de Atividades e Orçamento, Contrato-Programa, pelas normas em vigor para o Serviço Nacional de Saúde e Políticas, Regulamentos, Manuais, Instruções de Trabalho e Procedimentos Internos.

No âmbito do processo de Acreditação pelo CHKS, são monitorizados os seguintes processos:

- Gestão e Liderança Organizacional;
- Risco e Segurança;
- Cuidados de Saúde Centrados no Utente;
- Gestão das instalações, serviços de apoio e infraestruturas;
- Governação de Serviço;
- Gestão da comunicação.

7.14.3.7 Organograma



DL0426/TC/Visão 14/27-05-2022/Organograma do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, E.P.E

7.14.3.8 Funções e responsabilidades na gestão dos riscos no HFF

Para garantir uma eficaz organização do plano de prevenção dos riscos, é importante compreender as funções e as responsabilidades de cada interveniente ou de grupo de intervenientes em todos os níveis da organização.

O Conselho de Administração tem um papel fundamental na organização de um plano de prevenção dos riscos eficaz.

7.14.3.8.1 Conselho de Administração

Em primeiro lugar, o Conselho de Administração deverá assegurar que ele próprio se rege de uma forma adequada em todos os aspetos da governação, incluindo a manutenção da gestão independente face a possíveis conflitos de interesses.

O Conselho de Administração é o gestor do Plano: estabelece a arquitetura e os critérios da gestão de risco, é informado acerca dos riscos em que os vários serviços incorrem, e toma as medidas corretivas necessárias.

7.14.3.8.2 Grupo de Trabalho para a elaboração, divulgação, implementação e avaliação do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os de Corrupção e de Infrações Conexas

Com o objetivo de elaborar, divulgar, implementar e avaliar as atividades no domínio da prevenção dos riscos de gestão, de corrupção e de infrações conexas, no HFF foi nomeado um Grupo de Trabalho.

Este Grupo de Trabalho procede à monitorização e execução do Plano de Prevenção de Riscos, bem como elabora os correspondentes relatórios de avaliação intercalar nas situações identificadas de risco elevado (até outubro) e os relatórios de avaliação anual (até abril), assumindo desta forma as competências do “Responsável geral pela execução, controlo e revisão do Plano de Prevenção de Riscos”.

Nos termos do Regime Geral de Prevenção da Corrupção, o Grupo de Trabalho promove a realização de ações de formação, de divulgação, reflexão e esclarecimento do Plano junto dos trabalhadores, que contribuem para o envolvimento numa cultura de prevenção de riscos.

7.14.3.8.3 Estruturas de Gestão – Dirigentes / Coordenadores de Serviços

Os Dirigentes ou Coordenadores das estruturas de gestão, são os “responsáveis setoriais” pela monitorização e execução do Plano.

Os “responsáveis setoriais” têm, em especial, a responsabilidade global para a conceção e operacionalização do plano de prevenção dos riscos nomeadamente:

- Identificar os Riscos;
- Classificar os Riscos tendo em conta a probabilidade e a consequência;
- Definir as medidas a adotar que previna os incidentes e minimize o risco de ocorrência;
- Garantir a execução de controlos internos adequados, incluindo a documentação das políticas e procedimentos vertidas no plano de prevenção dos riscos e avaliar a sua eficácia alinhados com a avaliação dos riscos do HFF;
- Fazer a monitorização das ações tomadas para a gestão dos riscos do HFF, conforme definido no plano de prevenção dos riscos, para assegurar a eficácia do programa de gestão dos riscos do HFF.

7.14.3.8.4 Funcionários

Todos os colaboradores devem:

- Ter uma compreensão sobre risco e estarem atentos a possíveis desconformidades;



- Compreender o seu papel dentro do quadro do controlo interno;
- Compreender como os seus processos de trabalho são definidos para gerir os riscos e que o não-cumprimento pode criar uma oportunidade para a sua ocorrência;
- Responsabilizar-se pela implementação e eficácia das medidas de controlo interno de forma a mitigar o risco na sua área de atuação;
- Compreender as políticas e procedimentos (por exemplo, o código de ética e de conduta os procedimentos de gestão dos riscos vertidos neste plano), bem como de outras políticas e procedimentos operacionais;
- Conforme necessário, participar no processo de criação de um ambiente de forte controlo e no planeamento e execução das atividades de controlo, bem como participar em atividades de acompanhamento;
- Relatar atividades suspeitas ou casos de infração.

7.14.4 Conceitos

Por relevantes, entende-se como importante ter presente os conceitos de corrupção e infrações conexas, os quais, sumariamente, se passam a descrever:

- Para os efeitos do Regime Geral de Prevenção da Corrupção, entende-se por corrupção e infrações conexas os crimes de corrupção, recebimento e oferta indevidos de vantagem, peculato, participação económica em negócio, concussão, abuso de poder, prevaricação, tráfico de influência, branqueamento ou fraude na obtenção ou desvio de subsídio, subvenção ou crédito, previstos no Código Penal, aprovado em anexo ao Decreto-Lei n.º 48/95, de 15 de março, na sua redação atual, na Lei n.º 34/87, de 16 de julho, na sua redação atual, no Código de Justiça Militar, aprovado em anexo à Lei n.º 100/2003, de 15 de novembro, na Lei n.º 50/2007, de 31 de agosto, na sua redação atual, na Lei n.º 20/2008, de 21 de abril, na sua redação atual, e no Decreto-Lei n.º 28/84, de 20 de janeiro, na sua redação atual.
- Entende-se por corrupção ativa, quando uma pessoa der ou prometer a funcionário, ou a terceiro com conhecimento daquele, vantagem patrimonial ou não patrimonial que ao funcionário não seja devida (Artigo 374.º do Código Penal).
- Ocorre corrupção passiva quando um funcionário que por si, ou por interposta pessoa, com o seu consentimento ou ratificação, solicitar ou aceitar, para si ou para terceiro, sem que lhe seja devida, vantagem patrimonial ou não patrimonial, ou a sua promessa, para um qualquer ato ou omissão contrários aos deveres do cargo, ainda que anteriores àquela solicitação ou aceitação (Artigos 372.º e 373.º do Código Penal).
- Por infrações conexas, entendem-se outros crimes lesivos do bom funcionamento da Instituição, cuja finalidade comum será a obtenção de uma vantagem indevida, quer para si ou para terceiro, podendo configurar nomeadamente as figuras do abuso de poder, concussão, participação económica em negócio, o suborno, o tráfico de influências e o peculato. A configuração destes crimes e a sua tipificação encontram-se descritos na lei penal em vigor, em Portugal, tais como:
 - O ato de suborno é praticado por quem convencer ou tentar convencer outra pessoa, através de dádiva ou promessa de vantagem patrimonial ou não patrimonial, a prestar falso depoimento ou declaração em processo judicial, ou a

- prestar falso testemunho, perícia, interpretação ou tradução, sem que estes venham a ser cometidos (Artigo 363.º do Código Penal Português);
- O peculato é a conduta do funcionário que ilegitimamente se apropriar, em proveito próprio ou de outra pessoa, de dinheiro ou qualquer coisa móvel, pública ou particular, que lhe tenha sido entregue, esteja na sua posse ou lhe seja acessível em razão das suas funções (Artigo 375.º do Código Penal Português);
 - Por abuso de poder entende-se o comportamento do funcionário que abusar de poderes ou violar deveres inerentes às suas funções, com intenção de obter, para si ou para terceiro, benefício ilegítimo ou causar prejuízo a outra pessoa (Artigo 382.º do Código Penal Português);
 - Entende-se por tráfico de influência o comportamento de quem, por si ou por interposta pessoa, com o seu consentimento ou ratificação, solicitar ou aceitar, para si ou para terceiro, vantagem patrimonial ou não patrimonial, ou a sua promessa, para abusar da sua influência, real ou suposta, junto de qualquer entidade pública (Artigo 335.º do Código Penal Português);
 - Ocorre concussão quando a conduta do funcionário que, no exercício das suas funções ou de poderes de facto delas decorrentes, por si ou por interposta pessoa com o seu consentimento ou ratificação, receber, para si, para o Estado ou para terceiro, mediante indução em erro ou aproveitamento de erro da vítima, vantagem patrimonial que lhe não seja devida, ou seja superior à devida, nomeadamente contribuição, taxa, emolumento, multa ou coima (Artigo 379.º do Código Penal Português).
- O conflito de interesses no setor público pode ser definido como qualquer situação em que um agente público, por força do exercício das suas funções, ou por causa delas, tenha de tomar decisões ou tenha contacto com procedimentos administrativos de qualquer natureza, que possam afetar, ou em que possam estar em causa, interesses particulares seus ou de terceiros e que por essa via prejudiquem ou possam prejudicar a isenção e o rigor das decisões administrativas que tenham de ser tomadas, ou que possam suscitar a mera dúvida sobre a isenção e o rigor que são devidos ao exercício de funções públicas. (Recomendação n.º 5/2012, de 7 de novembro, do CPC). Considera-se ainda conflito de interesses, pelo Regime Geral de Prevenção da Corrupção, qualquer situação em que se possa, com razoabilidade, duvidar seriamente da imparcialidade da conduta ou decisão do membro do órgão de administração, dirigente ou trabalhador, nos termos dos artigos 69.º e 73.º do Código do Procedimento Administrativo, aprovado em anexo ao Decreto-Lei n.º 4/2015, de 7 de janeiro, na sua redação atual.

7.14.5 Identificação dos Riscos

7.14.5.1 Conceito de Risco e de Gestão de Risco

O Tribunal de Contas define risco, como *“um evento, uma situação ou uma circunstância com probabilidade de ocorrência e potencial consequência positiva ou negativa na consecução de objetivos da unidade organizacional”*.

Por seu turno, a gestão do risco, nos termos definidos na norma de gestão de riscos FERMA 2003, é *“o processo através do qual as organizações analisam metodicamente os riscos inerentes às*

respetivas atividades, com o objetivo de atingirem uma vantagem sustentada em cada atividade individual e no conjunto de todas as atividades”.

7.14.5.2 Critério de classificação e de avaliação do grau de risco

O presente Plano toma como referência para a graduação do risco, as variáveis (de acordo com o Regime Geral da Prevenção da Corrupção e com o Guia n.º 1/2023, elaborado pelo MENAC, com os Instrumentos do RGPC):

- Probabilidade de ocorrência do risco, que se associa sobretudo à existência de medidas preventivas e ao histórico da sua eficácia.
- Impacto previsível da ocorrência do risco, que se associa aos possíveis efeitos decorrentes da concretização dos atos que se pretendem prevenir.

Neste sentido, estabelecem-se as seguintes classificações:

A - Probabilidade de Ocorrência do risco:

- Alta: A prevenção adequada do risco requer medidas corretivas adicionais relativamente às que já existam.
- Média: A prevenção adequada do risco pode requerer e justificar medidas preventivas adicionais relativamente às que já existam.
- Baixa: A prevenção do risco decorre adequadamente das medidas preventivas/corretivas adotadas anteriormente.

B - Impacto Previsível/Consequência:

- Alto: A ocorrência do risco pode traduzir-se numa redução da eficiência e eficácia do procedimento ou da função a que está associado e pode ser objeto de mediatização. Trata-se de um impacto com implicações internas no plano processual e produtivo, e com implicações externas, de mediatização da ocorrência, com impactos reputacionais sobre a sua credibilidade.
- Médio: A ocorrência do risco pode traduzir-se numa redução da eficiência e eficácia do procedimento ou da função a que está associado, requerendo a revisão do procedimento e dos correspondentes objetivos que lhe estão associados. Trata-se de um impacto interno, com implicações no plano processual e produtivo.
- Baixo: A ocorrência do risco pode traduzir-se numa redução da eficiência do procedimento ou da função a que está associado, requerendo a revisão do próprio procedimento. Trata-se de um impacto interno, com implicações no plano processual.

Da conjugação das duas variáveis é possível estabelecer uma matriz com cinco níveis de risco:

Tabela 1 – Matriz Risco

MATRIZ DE AFERIÇÃO DO NÍVEL DE RISCO A PARTIR DOS CRITÉRIOS PROBABILIDADE E IMPACTO PREVISÍVEL				
		Probabilidade de Ocorrência (PO)		
		BAIXA	MÉDIA	ALTA
Impacto Previsível (IP)	BAIXO	Mínimo	Fraco	Moderado
	MÉDIO	Fraco	Moderado	Elevado
	ALTO	Moderado	Elevado	Máximo

7.14.5.3 Identificação de riscos de gestão, incluindo os de corrupção e infrações conexas

De acordo com o Regime Geral de Prevenção da Corrupção, os planos de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas devem abranger toda a organização e atividade, incluindo áreas de administração, de direção, operacionais ou de suporte, e deve conter:

- A identificação, análise e classificação dos riscos e das situações que possam expor a entidade a atos de corrupção e infrações conexas, incluindo aqueles associados ao exercício de funções pelos titulares dos órgãos de administração e direção, considerando a realidade do setor e as áreas geográficas em que a entidade atua;
- Medidas preventivas e corretivas que permitam reduzir a probabilidade de ocorrência e o impacto dos riscos e situações identificados.

7.14.5.4 Áreas de risco

De acordo com o n.º 1 do artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, o Plano de Prevenção de Riscos deve abranger toda a sua organização e atividade, incluindo as áreas de administração, de direção, de suporte, contendo:

- A identificação, análise e classificação dos riscos e das situações que possam expor a entidade a atos de corrupção e infrações conexas, incluindo aqueles associados ao exercício de funções pelos titulares dos órgãos de direção e administração;
- A definição de medidas preventivas e corretivas que permitam reduzir a probabilidade de ocorrência e o impacto dos riscos identificados.

Neste contexto, à luz do supra exposto, foram estabelecidas às seguintes áreas como as mais suscetíveis de gerarem potenciais riscos e que de um modo geral são representativas da integralidade da organização: Conselho de Administração; Áreas Clínicas; Área de Produção; Serviço de Gestão Financeira; Serviço de Compras e Logística; Serviço de Recursos Humanos; Serviço de Farmácia; Serviço de Gestão de Doentes; Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão; Serviço de Gestão Hoteleira; Serviço de Instalações e Equipamentos; Serviço de Sistemas de Informação; Serviço de Auditoria Interna; Serviço da Qualidade e Segurança; Serviço Social; Gabinete Jurídico; Unidade de Comunicação e Informação.

A gestão do risco de corrupção tem carácter transversal, cabendo esta responsabilidade a todos, sem exceção.

7.14.5.5 Identificação das medidas de prevenção dos riscos

Identificado o grau do risco, há que estabelecer as medidas preventivas destinadas a evitá-lo ou minimizar o seu impacto, o que pode ser feito por várias formas, de acordo com o grau de risco:

- Evitar o risco, eliminando a sua causa;
- Mitigação do risco, procurando minimizar a probabilidade de ocorrência do mesmo e do seu impacto negativo na prossecução dos objetivos institucionais.

A elaboração deste plano de prevenção de riscos, a par da existência de um programa de cumprimento normativo que inclui para além deste plano, a existência de um canal de denúncias, o Código de Ética, um programa de formação, o Regulamento de comunicação de irregularidades e denúncia de infrações, a elaboração de declarações de inexistência de incompatibilidades, a elaboração de declarações de inexistência de conflito de interesses, os manuais de procedimentos das atividades, a promoção da concorrência na contratação pública, o sistema de controlo interno, bem como o acompanhamento da eficácia destas medidas constituem alguns dos fatores que fazem diminuir a ocorrência dos riscos em geral e a prática de corrupção ou infrações conexas em particular.

Por tudo o que foi dito, o presente Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, integrado na Política do Risco Geral, identifica os riscos de gestão, incluindo os de corrupção e infrações conexas, constituindo um instrumento fundamental como suporte do planeamento estratégico, do processo de tomada de decisão e do planeamento e execução das suas atividades.

7.14.6 Acompanhamento, Avaliação e Atualização do Plano

O Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os Riscos de Corrupção e de Infrações Conexas será monitorizado pelo Grupo de Trabalho nomeado para o efeito.

Para efeitos desta monitorização e divulgação do Plano de Prevenção de Riscos serão realizadas as seguintes medidas:

- Apresentação do Plano de Prevenção de Riscos aos novos colaboradores, nas sessões de acolhimento e integração que se realizam mensalmente no HFF;
- Módulo sobre o Plano de Prevenção de Riscos na formação obrigatória, para todos os colaboradores, em formato e-learning;
- Elaboração de Relatório de Avaliação Intercalar para as situações identificadas de risco elevado (no mês de outubro);
- Elaboração de Relatório de Avaliação Anual, contendo a quantificação do grau de implementação das medidas preventivas e corretivas identificadas, bem como a previsão da sua plena implementação (no mês de abril).

O objetivo do acompanhamento do Plano é de criar mecanismos que diminuam a probabilidade de ocorrência de situações que potenciem os riscos, bem como dotar o HFF de capacidade, por

um lado, para atenuar falhas nas áreas mais expostas ao risco, e por outro lado, de dar resposta imediata em caso de ocorrência de situações de corrupção, por via das responsabilidades e funções bem definidas.

De acordo com o Regime Geral de Prevenção da Corrupção, o Plano de Prevenção de Riscos deverá ser revisto a cada três anos ou sempre que se opere uma alteração nas atribuições ou na estrutura orgânica ou societária da entidade que justifique a revisão de tais elementos.

O Plano de Prevenção de Riscos e os Relatórios de Avaliação deverão ser disponibilizados na página de internet do HFF e divulgado aos seus profissionais através da intranet. Deve ainda ser feita comunicação dos mesmos aos membros do Governo responsáveis pela respetiva direção, superintendência ou tutela, para conhecimento, e aos serviços de inspeção da respetiva área governativa, bem como ao MENAC.

7.14.7 Mapas de identificação de riscos e medidas de prevenção

Identificados os riscos, cabe determinar quais as medidas a colocar em prática no HFF, de modo a evitar, prevenir e mitigar os riscos.

As matrizes seguintes, apresentam os riscos, as consequências desses riscos ocorrerem, a graduação do risco e as medidas de prevenção das áreas identificadas.

Responsável: Dr. Luís Gouveia Serviço: Conselho de Administração

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Impacto	Probabilidade	Nível Risco	Ações para controlo do Risco	Monitorização
Ausência de decisão, tomada de decisão fora de tempo ou decisão não fundamentada	Incumprimento da legislação	3 Alto	1 Baixa	Risco Moderado	1. Tomada de decisão fundamentada no parecer dos serviços, em conformidade com os procedimentos legais e regulamentares.	Anual
Desvio da atividade desenvolvida no HFF	Incumprimento dos objetivos propostos no PAO e no Contrato Programa	2 Médio	1 Baixa	Risco Fraco	1. Reuniões semanais com a equipa de Produção e Planeamento e Controlo de Gestão; 2. Análise dos RADEF e outros relatórios.	Anual
Desvio da execução e controlo do orçamento	Incumprimento dos objetivos propostos no PAO e no Orçamento lançado na DGO	2 Médio	1 Baixa	Risco Fraco	1. Monitorização das rubricas de custos (Consumos, RH e PSE); 2. Realização do Relatório de Execução Orçamental, com periodicidade trimestral.	Anual
Inexistência de estratégia de desenvolvimento dos recursos humanos	Dificuldade na retenção e contratação dos profissionais Taxa de rotação elevada	2 Médio	1 Baixa	Risco Fraco	1. Criação e divulgação da estratégia de desenvolvimento dos Recursos Humanos; 2. Promoção de ambientes de trabalho saudáveis; 3. Criação de mecanismos inovadores para retenção dos profissionais.	Anual
Falta de meios no que concerne a conservação do património afetado ao desenvolvimento da atividade	Degradação dos espaços e dos equipamentos Desmotação dos utilizadores	3 Alto	2 Média	Risco Elevado	1. Definição de um Plano de Investimentos; 2. Atualização e renovação dos espaços; 3. Candidaturas a programas de financiamento; 4. Reforçar o trabalho desenvolvido com as Câmaras; 5. Monitorização da execução dos contratos de aquisição de serviços de manutenção.	Semestral
Existência de conflito de interesses	Favorecimento de terceiros	3 Alto	1 Baixa	Risco Moderado	1. Assinatura das declarações previstas no artigo 52º do Decreto Lei nº133/2013, de 3 de outubro. 2. Assinatura das declarações únicas previstas na Lei n.º 52/2019.	Anual
Quebra de sigilo	Violação e segredo Uso indevido de informação sensível Comprometimento da atuação do CA	2 Médio	1 Baixa	Risco Fraco	1. Promover a revisão e atualização do Código de Ética; 2. Assegurar a partilha do Código de Ética por todos os profissionais.	Anual
Manuais de procedimentos desatualizados	Falta de estandardização dos processos Não acreditação do HFF	2 Médio	1 Baixa	Risco Fraco	1. Revisão e atualização dos manuais de procedimentos de acordo com os requisitos legais e as normas internas.	Anual
Assédio moral ou discriminação contra os trabalhadores, por razões pessoais, sexuais, religiosas, ideológicas ou outras	Danos na confiança dos colaboradores Danos na imagem do HFF Ambiente de trabalho não saudável	3 Alto	1 Baixa	Risco Moderado	1. Promover a existência de um Grupo Operativo Institucional para a Prevenção da Violência no Ciclo de Vida; 2. Promover a elaboração e divulgação de um Código de Boa Conduta para a Prevenção e Combate ao Assédio no Trabalho.	Anual

Responsável: Dra. Bárbara Flor de Lima

Serviço: Áreas Clínicas

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Impacto	Probabilidade	Nível Risco	Ações para controlo do Risco	Monitorização
Orientação dos familiares de utentes falecidos para determinadas agências funerárias	Favorecimento de terceiros e vantagem patrimonial dos próprios funcionários.	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1. Formação e sensibilização dos colaboradores; 2. Disponibilização de informação aos utentes.	Anual
Omissão de registo de ato clínico / Registo de ato clínico incompleto	Incorreta prestação de cuidados Incumprimento de legislação Favorecimento de terceiros	3 Alto	2 Média	Risco Elevado	1. Formação e sensibilização dos colaboradores; 2. Atribuição de Médico, do Serviço onde se encontra o doente internado, em tempo útil; 3. Auditoria aos registos pela Comissão de Auditoria Clínica.	Semestral
Acesso indevido à informação clínica	Quebra de sigilo e do Código de Ética	2 Médio	3 Alta	Risco Elevado	1. Definição de níveis de acesso ao processo clínico e eletrónico; 2. Acesso a aplicações feita através de perfis de utilizador; 3. Sensibilização dos funcionários para o cumprimento do sigilo profissional; 4. Definição de procedimentos no âmbito do cumprimento do Regulamento Geral de Proteção de Dados; 5. Auditoria aos acessos ao processo clínico eletrónico pelo EPD.	Semestral
Apropriação indevida de material hospitalar	Desvio de ativos	1 Baixo	2 Média	Risco Fraco	1. Sistema e-kanban nas enfermarias com registo dos consumos de material clínico e farmacêutico; 2. Solicitação de medicamentos à Serviços de Farmácia mediante prescrição e validação da prescrição por parte do Serviço de Farmácia; 3. Monitorização de dispositivos médicos periodicamente; 4. Verificação das existências por Serviço, pelo Serviço de Auditoria e Serviço de Compras e Logística.	Anual
Manuais de procedimentos desatualizados	Falta de estandardização dos procedimentos	1 Baixo	2 Média	Risco Fraco	1. Atualização dos manuais de procedimentos ou de procedimentos que se encontram implementados nos diversos Serviços.	Anual
Conflito de interesses - Relação com a indústria farmacêutica	Favorecimento de terceiros e vantagem patrimonial dos próprios funcionários.	3 Alto	1 Baixa	Risco Moderado	1. Financiamentos para congressos são devidamente registados junto do Infarmed Portal da Transparência; 2. Relatório com os maiores prescritores de medicamento e quais; 3. A entrada de novos medicamentos é avaliada pela CFT.	Anual
Acumulação indevida de funções em instituições do setor privado ou público	Favorecimento de terceiros e vantagem patrimonial dos próprios funcionários.	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1. Declaração de acumulação de funções assinada anualmente; 2. Obrigatoriedade do registo biométrico à entrada e saída do HFF; 3. Na sessão de Acolhimento e Integração dos novos funcionários é reforçada a necessidade de apresentar a declaração de acumulação de funções.	Anual



Responsável: Dra. Bárbara Flor de Lima

Serviço: Áreas Clínicas

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Impacto	Probabilidade	Nível Risco	Ações para controlo do Risco	Monitorização
Codificação inadequada dos atos clínicos	Impactos financeiros para o HFF associado à diminuição da complexidade dos procedimentos	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1. Auditorias realizadas à codificação dos atos; 2. Sensibilização para o correto e total registo dos atos realizados de forma a ser feita uma conforme codificação; 3. Análise dos desvios ocorridos entre a produção registada e a organizada; 4. Formação no Serviços Clínicos com os Médicos Codificadores.	Anual
Recurso indevido à produção adicional em detrimento da produção no horário de trabalho	Impactos financeiros para o HFF com os custos acrescidos com a atividade adicional	2 Médio	3 Alta	Risco Elevado	1. Monitorização da atividade adicional mensalmente, no RADEF; 2. Cruzamento da LIC com a atividade adicional; 3. Controlo do cumprimento do Regulamento para a Produção Adicional.	Semestral
Dependência excessiva em determinados funcionários (Falta de gestão de conhecimento)	Rutura da prestação de cuidados	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1. Adequação da dotação de Recursos Humanos com pedido à Tutelia; 2. Ações de formação; 3. Promover a partilha de conhecimento.	Anual
Comprometimento da Certificação dos Centros de Referência	Perda de Certificação dos Centros de Referência	2 Médio	3 Alta	Risco Elevado	1. Definição de métricas e monitorização regular. 2. Alertar a direção do Serviço para a data de validade dos certificados (julho 2024); 3. Colaborar na proposta de candidatura à DGS; 4. Colaborar no desenvolvimento do plano de ação inerente a este processo.	Semestral
Realização de atos clínicos sem o consentimento prévio escrito e/ou por sumário dos doentes	Não cumprimento da legislação e normativo da DGE	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1. Ações de sensibilização junto dos colaboradores; 2. Reforço da comunicação, em ambiente de trabalho, para o pedido do consentimento aos doentes e o seu correto preenchimento. 3. Digitalização, em tempo útil, do consentimento informado.	Anual
Demora tramitação dos processos para a RNCI	Prolongamento do internamento dos doentes Aumento de custos Ocupação de camas	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1. Referenciação atempada dos doentes e acordo com os requisitos legais; 2. Realizar atividades de formação para sensibilizar para o planeamento precoce de alta do doente.	Anual

Responsável: Dr. Luís Gouveia

Área: Produção

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Impacto	Probabilidade	Nível Risco	Ações para Controlo do Risco	Monitorização
Falta de cumprimento dos critérios das listas de espera (LIC, LEC e MCDT)	Imparcialidade e no tratamento dos utentes	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1. Monitorização das Listas de Espera para Consulta, Cirurgia e MCDTS, com níveis de prioridade estabelecidos pela Unidade Local de Gestão de Acesso e pelo Gestor dos MCDT; 2. Realização de auditoria interna às listas de espera pela ULGA.	Anual
Externalização de atos clínicos que podiam ser realizados pelo Hospital	Não utilização total da capacidade instalada e em termos de recursos humanos e físicos; Custos acrescidos com exames feitos no exterior	3 Alto	3 Alta	Risco Máximo	1. Controlo dos exames realizados no Hospital e no exterior; 2. Análise da capacidade instalada e tempos de espera por exame; 3. Análise da taxa de utilização dos equipamentos; 4. Existência de circuito para a emissão de termo de responsabilidade com vários níveis de autorizações (Direção de Serviço, Conselho de Administração).	Semestral
Produção registada sem execução do respetivo ato	Afetação da verdade lisa imagem dos atos realizados no HFF, com impacto no processo de contratação	3 Alto	2 Média	Risco Elevado	1. Auditorias, de forma a aferir os registos em sistema informático com os registos no processo clínico do utente e as diversas aplicações informáticas.	Semestral
Manipulação indevida e desaparecimento de espólios e valores dos doentes	Desvio de ativos	2 Médio	3 Alta	Risco Elevado	1. Procedimento validado e registado por 2 profissionais de diferentes áreas; 2. Existência de um cofre específico para espólios de valor com acesso controlado.	Semestral
Inexistência de controlo do circuito dos termos de responsabilidade	Atraso na realização de atos programados	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1. Existe um controlo de autorização definido; 2. A definição de fornecedores é feita mediante procedimento realizado pelo Serviço de Compras no âmbito do CCP; 3. Os termos de responsabilidade são autorizados pelo Gestores e CA.	Anual
Dependência excessiva em determinado(s) funcionário(s) (Falta de estilo de conhecimento)	Perda de informação na saída de colaboradores ou em ausência prolongadas	2 Médio	1 Baixa	Risco Fraco	1. Promoção de partilha de conhecimento, através de reuniões semanais.	Anual
Existência de conflito de interesses	Favorecimento de Terceiros	3 Alto	1 Baixa	Risco Moderado	1. Elaborar especificações técnicas que garantam a concorrência; 2. Existência de declaração de inexistência de conflito de interesses para cada procedimento; 3. Existência de declaração de inexistência de incompatibilidades.	Anual

Responsável: Dr. Luís Gouveia

Área: Produção

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Impacto	Probabilidade	Nível Risco	Ações para Controlo do Risco	Monitorização
Acesso indevido a instalações e à informação	Furto de equipamentos e acesso indevido a informação sigilosa	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1. Acesso a instalações e controlado por segurança; 2. Utilização de cadeados nos portáteis; 3. Acesso aos portáteis através de password individual.	Anual
Falta de acompanhamento da atividade operacional dos Serviços	Não cumprimento do Plano de Atividades e do Contrato Programa	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1. Realização de reuniões periódicas (semanais/mensais) com as Direções de Serviço; 2. Monitorização das principais rubricas de custos do Serviço; 3. Monitorização das condições do Serviço; 4. Monitorização dos tempos de atendimento.	Anual

Responsável: Francisco Abecasis

Serviço: Gestão Financeira

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Impacto	Probabilidade	Nível Risco	Ações para Controlo do Risco	Monitorização
Assunção de compromissos sem prévia cabimentação e consequente afetação orçamental	Não cumprimento da Lei dos Compromissos e dos Pagamentos em Atraso	3 Alto	1 Baixa	Risco Moderado	1. Foi implementado o Módulo Orçamental e mSAP que permite um controlo dos Cabimentos e Compromissos em tempo real.	Anual
Pagamento de Despesa sem Visto Prévio do Tribunal de Contas	Não cumprimento da legislação em vigor	3 Alto	1 Baixa	Risco Moderado	1. O Serviço de Compras e Logística informa a Gestão Financeira sempre que há processos de compra a aguardar. Visto do Tribunal de Contas e o SAP permite o bloqueio de documentos que estão nessa situação.	Anual
Falta de registo contabilístico de documentos em tempo útil	As Contas não refletem de forma verdadeira e apropriada a realidade do HFF	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1. Todas as faturas que são recebidas no HFF são contabilizadas. Se estiverem de acordo com a Nota de Encomenda e tiver sido confirmada a entrada do bem/prestação do serviço, a fatura é lançada em conta corrente do fornecedor. Caso contrário, é lançada numa conta de recepção e conferência para monitorização. Estes documentos são alvo de análise no final de cada mês sendo feita especialização de custos quando aplicável; 2. No caso de falta de resposta, pelos Serviços, são enviadas, periodicamente, instâncias para os responsáveis para aprovação/validação; 3. As contas de fornecedores são circularizadas com periodicidade trimestral.	Anual
Falta de conformidade e da operacionalidade dos processos administrativos	Incumprimento dos procedimentos com impactos variados	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1. Melhoria de competências dos Recursos Humanos, promovendo ações de formação.	Anual
Pagamento de Despesa sem confirmação de situação contributiva e tributária do fornecedor e estar regularizada	Não cumprimento da legislação em vigor	3 Alto	1 Baixa	Risco Moderado	1. A Tesouraria confirma a situação contributiva e tributária do fornecedor antes de ser feito qualquer pagamento.	Anual
Incumprimento de prazos de pagamento a fornecedores	Quebra de fomento, cobrança de juros de mora e aumento dos pagamentos em atraso	3 Alto	3 Alta	Risco Máximo	1. Extração e análise mensal de listas de valores em dívida a fornecedores; 2. Pagamentos efetuados com base na antiguidade da dívida; 3. Pedido de reforço de dotação orçamental.	Semestral
Cadastro de imobilizado desatualizado e/ou com informação não conforme	As Contas não refletem de forma verdadeira e apropriada a realidade do HFF	2 Médio	1 Baixa	Risco Fraco	1. Análise periódica do Cadastro de bens; 2. Validação anual por parte do ROC, no âmbito da Certificação Legal de Contas.	Anual
Abate e alienação de imobilizado não autorizado e não comunicado ao Serviço de Gestão Financeira	Não cumprimento dos procedimentos e da legislação em vigor	2 Médio	1 Baixa	Risco Fraco	1. Circuito implementado que não permite o abate de imobilizado sem autorização do CA e prévia comunicação à Autoridade Tributária.	Anual

Responsável: Francisco Abecalis

Serviço: Gestão Financeira

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Impacto	Probabilidade	Nível Risco	Ações para controlo do Risco	Monitorização
Não inventariação de bens doados ao HFF	Apropriação ou utilização indevida de bens pertencentes ao HFF; as Contas não refletem de forma verdadeira e apropriada a realidade do HFF	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1 - Doações comunicadas ao Conselho de Administração e sujeitas à sua aceitação; 2 - Bens doados são registados em SAP e etiquetados.	Anual
Devolução de Fundos	Vantagem patrimonial indevida de funcionários responsáveis pelo manuseamento de valores	2 Médio	1 Baixa	Risco Fraco	1 - Lançamentos contabilísticos de Caixa efetuados numa base diária; 2 - Valores em caixa contados diariamente; 3 - Controlo dos movimentos de contas bancárias através de realização mensal de reconciliações bancárias; 4 - Auditoria efetuada, final de ano, pelo Serviço de Auditoria Interna.	Anual
Controlo inadequado de Caixa e Depósitos Bancários	Apropriação ou utilização indevida de disponibilidades pertencentes ao HFF	2 Médio	1 Baixa	Risco Fraco	1 - Lançamentos Contabilísticos de Caixa efetuados numa base diária; 2 - Valores em caixa contados diariamente; 3 - Controlo dos movimentos de contas bancárias através de realização mensal de reconciliações bancárias; 4 - Auditoria efetuada, final de ano, pelo Serviço de Auditoria Interna.	Anual
Existência de conflitos de interesses	Favorecimento a fornecedores	3 Alto	1 Baixa	Risco Moderado	1 - Política de pagamentos definida, de acordo com antiguidade da dívida; 2 - Segregação de funções na manutenção de dados mestre de fornecedores	Anual
Informação financeira prestada a entidades externas não conforme	Situação financeira do Hospital incorrecta que pode influenciar a tomada de decisão	3 Alto	1 Baixa	Risco Moderado	1 - Procedimentos de monitorização instituídos no fecho dos períodos contabilísticos; 2 - Relatórios de execução financeira elaborados pela Auditoria Interna, trimestralmente.	Anual
Manuais de Procedimentos desatualizados	Falta de standardização dos processos	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1 - Revisão e atualização dos manuais e procedimentos de acordo com os requisitos legais e as normas internas.	Anual

Responsável: Francisco Abecalis

Serviço: Gestão Financeira

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Impacto	Probabilidade	Nível Risco	Ações para controlo do Risco	Monitorização
Dependência excessiva em determinados funcionários (Falta de gestão de conhecimento)	Perda de informação na saída de colaboradores ou em ausências prolongadas	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1 - Ações de Formação; 2 - Promover a partilha de conhecimento.	Anual
Acesso indevido a instalações e à informação	Furto de verbas em caixa ou de equipamentos e acesso indevido a informação sigilosa	2 Médio	1 Baixa	Risco Fraco	1 - Acesso a instalações controlado por segurança; 2 - Utilização de cofre na sala de tesouraria, com acesso restrito; 3 - Utilização de cadeados nos portais do serviço; 4 - Duas salas de arquivo fechadas à chave.	Anual
Pagamentos autorizados por pessoa sem competência para o efeito	Apropriação ou utilização indevida de disponibilidades pertencentes ao HFF	3 Alto	1 Baixa	Risco Moderado	1 - Apenas o membro do CA tem autorização para aprovar transferências bancárias; 2 - Todos os pagamentos efetuados por caixa são feitos aprovação de um membro do CA e são posteriormente ratificados em reunião de Conselho; 3 - Valores em caixa contados diariamente; 4 - Controlo dos movimentos de contas bancárias através de realização mensal de reconciliações bancárias.	Anual
Amortizações não registadas e contabilizadas oportunamente	As Contas não refletem de forma verdadeira e apropriada a realidade do HFF	2 Médio	1 Baixa	Risco Fraco	1 - Análise periódica do Cadastro de bens; 2 - Lançamento de amortizações é feito através de transação SAP (para todos os Ativos e Fixos) e faz parte de tarefas de fecho contabilístico mensal; 3 - Antes do fecho de contas mensal é analisado Balanço; 4 - Validação anual por parte do ROC, no âmbito da Certificação Legal de Contas.	Anual

Responsável: Ana Lúcia Amaral

Serviço: Compras e Logística

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Impacto	Probabilidade	Nível Risco	Ações para controlo do Risco	Monitorização
Aquisições de bens e serviços por ajuste direto e Consulta Prévia ao mesmo fornecedor	Corrupção passiva para ato ilícito; Tráfico de influência, participação económica em negócio, abuso de poder	3 Alto	2 Média	Risco Elevado	1 - Fundamentação e justificação da necessidade de aquisição; 2 - Qualificar e selecionar os fornecedores, capazes de satisfazer as necessidades do hospital; 3 - Aferição do previsto no artigo 113.º do CCP.	Semestral
Processos de aquisição de bens e serviços - supressão de procedimentos necessários	Corrupção passiva por ato ilícito; Tráfico de influência; Participação e económica em negócio; Violação dos princípios gerais de contratação	3 Alto	1 Baixa	Risco Moderado	1 - Segregação de funções em termos de consulta ao mercado, pedidos de compra e gestão de dados mestre de fornecedores; 2 - Validação jurídica dos processos; 3 - Validação do aprovador no Sistema Informático - Diretor e Coordenador do Serviço de Compra e Logística.	Anual
Aquisição de bens - no âmbito de procedimentos de aquisição do mesmo bem ao longo do ano (fracionamento da despesa)	Corrupção passiva para ato ilícito e tráfico de influência	3 Alto	3 Alta	Risco Muito Alto	1 - Elaboração de plano de compras anual; 2 - Comunicação prévia aos Serviços Requiritantes para levantamento de necessidades.	Semestral
Fornecimento de bens, serviços e empreitadas - conflito de interesses	Informação privilegiada; Violação do segredo por fundo nário; Conluio entre os adjudicatários e os fundo nários; Corrupção passiva para ato ilícito ou tráfico de influência	3 Alto	1 Baixa	Risco Moderado	1 - Subscrição de declarações de inexistência de incompatibilidades/impedimentos/reserva; 2 - Formação na fase de início de procedimento aos colaboradores de SCL.	Anual
Pré consultas para determinados preços base	Passagem de informação privilegiada; Corrupção passiva para ato ilícito ou tráfico de influência; Participação e económica em negócio	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1 - Quando possível, determinação do preço base se em consulta ao mercado recorrendo a base de dados com informações de aquisições anteriores.	Anual
Intervenção em processos de contratação e processos de júris de concurso e situação de conflito de interesses	Intervenção em processos em situação de impedimento; Corrupção passiva para ato ilícito ou tráfico de influência; Participação e económica em negócio	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1 - Subscrição de declarações de compromisso relativa a incompatibilidades/impedimentos/reserva; 2 - Formação na fase de início de procedimento aos júris do procedimento.	Anual

Responsável: Ana Lúcia Amaral

Serviço: Compras e Logística

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Impacto	Probabilidade	Nível Risco	Ações para controlo do Risco	Monitorização
Inexistência de mecanismos que identifique situações de conflito entre adjudicatários/funcionários - favorecimento de fornecedores de forma a obter benefício (quebra de sigilo)	Corrupção passiva para ato ilícito ou lícito; Tráfico de influência; Participação e cômica em negócio	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1 - Sensibilização para as consequências da corrupção e infrações conexas; 2 - Divulgação do Código de Ética.	Anual
Renovação de contratos não existe sistema de alerta dos termos dos contratos, sem possibilidade de avaliação da necessidade de renovação	Não cumprimento do contrato.	3 Alto	3 Alta	Risco Alto	1 - Acompanhamento da execução dos contratos em sistema informático SAP, por forma a garantir o respeito pela renovação do contrato com a emissão de n.º de compromisso válido e sequencial na respetiva nota de encomenda.	Se mensal
Falta de conformidade da operacionalidade dos processos	Demora processual; Incumprimento das regras; Fornecimento tardio de serviços	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1 - Melhoria de competências dos Recursos Humanos, promovendo ações de formação; 2 - Reforço no N.º de Recursos Humanos.	Anual
Manual de procedimentos na área da Contratação Pública desatualizado	Incumprimento das regras do CCP e das boas práticas do SCL	1 Baixo	1 Baixa	Risco Mínimo	1 - Ações de formação dirigidas aos Colaboradores do SCL; 2 - Atualização dos manuais sempre que necessário.	Anual
Dependência excessiva em determinados funcionários (Falta de gestão de conhecimento)	Perda de informação a saída de colaboradores ou em ausências prolongadas	2 Médio	1 Baixa	Risco Fraco	1 - Assegurar a não dependência de um elemento por função; 2 - Partilha do conhecimento.	Anual
Aquisições sem autorização prévia do CA	Incumprimento legal; Nulidade processual; Corrupção passiva para ato ilícito ou lícito	3 Alto	1 Baixa	Risco Moderado	1 - ERP bloqueado a emissão de encomenda sem n.º de processo; 2 - Workflow de aprovações.	Anual
Inexistência de cabimentação prévia da despesa	Aquisições não orçamentadas	3 Alto	1 Baixa	Risco Moderado	1 - Cabimentação obrigatória na criação do processo, com cabimento emitido pelos SGF; 2 - ERP bloqueado a emissão de encomenda sem n.º de cabimento; 3 - Workflow de aprovações	Anual
Saldos e bens de armazém central sem o registo em sistema; Retenção de material para uso próprio	Desvios de ativos	2 Médio	1 Baixa	Risco Fraco	1 - Todos os movimentos de mercadorias estão completamente automatizados, sendo a informação registada no momento do movimento; 2 - As existências são monitorizadas diariamente, aquando da execução do MRP, (gestão de stocks em Sap); 3 - É efectuado, anualmente, um inventário às existências totais dos Armazéns Gerais.	Anual

Responsável: Ana Lúcia Amaral

Serviço: Compras e Logística

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Impacto	Probabilidade	Nível Risco	Ações para controlo do Risco	Monitorização
Acesso indevido de pessoas estranhas ao Armazém	Desvios de ativos	1 Baixo	1 Baixa	Risco Mínimo	1 - Controlo de acesso automatizados.	Anual
Entrega, pelo fornecedor, de material de qualidade inferior ao contratado; Atraso no registo da recepção	Abuso de poder, corrupção passiva para ato ilícito e tráfico de influência	2 Médio	1 Baixa	Risco Fraco	1 - Comparação das quantidades recebidas com as notas de encomenda; 2 - Realização de testes de conformidade da qualidade dos bens.	Anual
Desvio ou não fiscalização da quantidade dos bens nos Armazéns Avançados	Desvios de ativos	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1 - Contagens físicas periódicas de stocks de armazéns avançados.	Anual
Existências com validade fora de prazo	Rutura; Falsas existências; Quebra financeira	3 Alto	1 Baixa	Risco Moderado	1 - Avaliação periódica da rotatividade dos stocks, com movimento igual ou superior a 3 meses; 2 - Manutenção da Gestão de Stocks através de método <i>first in first out</i> ; 3 - Etiquetagem de produtos, como informação de aproximação e fim de prazo de validade; 4 - Controlo periódico dos prazos de validade; 5 - Implementação de sistemas de alerta e notação visual das situações limite.	Anual

Responsável: Catarina Conde

Serviço: Recursos Humanos

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Impacto	Probabilidade	Nível Risco	Ações para controlo do Risco	Monitorização
Ocorrência de conflitos de interesses	Favorecimento de funcionários; Prejuízo para o Hospital	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1 - Transmitir informação no plano de integração de novo trabalhador/s, sobre o Código de Ética do HFF, do desempenho e aptidão para as funções dos profissionais, referenciando procedimento sancionatório em caso de não observância; 2 - Assegurar a análise fundamentada de pedidos de acumulação de funções e monitorizar as situações autorizadas, nomeadamente o período de vigência das mesmas; 3 - Assegurar a disponibilização, junto de todos os trabalhadores dos serviços, da informação sobre o enquadramento estabelecido para a matéria dos conflitos de interesses no Estado; 4 - Subscrição, por todos os trabalhadores no momento que iniciam funções, de declarações de inexistência de conflitos de interesses; 5 - Existência de uma cláusula no contrato de trabalho "Não revelar informações relacionadas com a atividade, negócios, direitos de propriedade industrial ou conduta do PRIMEIRO CONTRAENTE, ou de qualquer dos serviços que integram a sua estrutura, ou de qualquer assunto de que tenha conhecimento em virtude das suas funções, que possam pôr em causa o bom nome e o prestígio do PRIMEIRO CONTRAENTE e dos seus clientes, tanto durante a vigência do presente contrato como após a sua cessação".	Anual
Processamentos salariais de forma indevida	Prejuízo para o Hospital; Prejuízo para o funcionário	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1 - Verificação mensal de processamentos, imediatamente antes e após o fecho dos meses; 2 - Validação dos termos contratuais estabelecidos; 3 - Verificação da obtenção de despacho autorizador prévio ao processamento de remunerações variáveis; 4 - Verificações aleatórias pela coordenação da UARH; 5 - Auditorias periódicas ao processamento de salários, por componentes remuneratórias.	Anual
Emissão de documentação oficial da GRH com dados falsos	Prestar falsas declarações	2 Médio	1 Baixa	Risco Fraco	1 - Monitorização hierárquica dos dados reportados; 2 - Confronto das declarações emitidas com o processo individual do respetivo colaborador.	Anual

Responsável: Catarina Conde

Serviço: Recursos Humanos

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Impacto	Probabilidade	Nível Risco	Ações para controlo do Risco	Monitorização
Incumprimento dos deveres de assiduidade, designadamente com o registo biométrico	Favorecimento de terceiros	3 Alto	2 Média	Risco Elevado	1. Regulamentação sobre o dever de promover o registo biométrico, com a aplicação das correspondentes ações sancionatórias; 2. Verificação mensal de processamentos, imediatamente antes e após o fecho; 3. Verificação mensal de registos na ferramenta de gestão de horários do HFF; 4. Verificação aleatória pela coordenação da UARH.	Semestral
Processo de recrutamento com favorecimento de candidato	Favorecimento de candidato; Tráfico de influência	2 Médio	1 Baixa	Risco Fraco	1. Obrigatoriedade de definição de critérios objetivos para o processo de recrutamento e seleção; 2. Equipa de recrutamento composta por elemento da SRH e elemento da área a recrutar; 3. Nomeação de júris diferenciados para os diferentes concursos.	Anual
Dependência excessiva em determinados funcionários (Falta de gestão de conhecimento)	Interrupção de Serviço Incapacidade de prestar o Serviço em tempo adequado	1 Baixo	1 Baixa	Risco Mínimo	1. Partilha de conhecimento por mais do que um trabalhador; 2. Reuniões periódicas de análise de questões transversais do Serviço.	Anual
Manual de procedimentos desatualizados	Falta de standardização dos procedimentos	1 Baixo	1 Baixa	Risco Mínimo	1. Revisão e atualização dos manuais de procedimentos de acordo com os requisitos legais e normas internas e partilha das alterações legais, em resumo comentado (pela coordenação) junto da equipa	Anual
Acesso indevido a informação relacionada com os profissionais (processos individuais, remunerações, e nre outros)	Utilização abusiva de dados confidenciais	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1. Arquivo tem sempre um funcionário presente, no horário de expediente; 2. Acesso ao Serviço é controlado no horário de expediente, sendo que será proposto a colocação de um controlador de acessos na respetiva sala; 3. Acesso restrito aos sistemas de informação; 4. Formação para a Proteção de Dados/Confidencialidade; 5. Acesso interdito ao backoffice, de profissionais não pertencentes à GRH.	Anual
Quebra de sigilo	Utilização abusiva de dados confidenciais	2 Médio	1 Baixa	Risco Fraco	1. Acesso à informação relacionada no Serviço é controlada, com proposta de formação interna promovida pelo EPD do HFF; 2. Acesso restrito aos sistemas de informação; 3. Formação para a Proteção de Dados/Confidencialidade.	Anual

Responsável: Catarina Conde

Serviço: Recursos Humanos

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Impacto	Probabilidade	Nível Risco	Ações para controlo do Risco	Monitorização
Processamento de trabalho extraordinário e de prevenção sem a autorização devida pelo CA	Incumprimento do legalmente previsto no que respeita à autorização prévia da realização e pagamento de trabalho suplementar pelo CA	2 Médio	1 Baixa	Risco Fraco	1. Submeter previamente a CA, para autorização, as necessidades de trabalho extraordinário e de prevenção enviadas pelos Serviços; 2. A Aplicação Gestão de Horários emite alertas sobre a inexistência de horas autorizadas, ou quando, o limite autorizado é excedido; 3. Monitorização mensal do indicador de trabalho suplementar criado para efeitos de controlo.	Anual
Contratos irregulares e com lacunas	Situações de litígio sempre que não estiver em causa lapsos de escrita	2 Médio	1 Baixa	Risco Fraco	1. As minutas estão previamente aprovadas; 2. As tabelas salariais estão indexadas aos respetivos Contratos Individuais de Trabalho; 3. Verificação por mais do que um colaborador.	Anual
Cadastro de pessoal de saturalizado e/ou incompleto	Desconformidade com o regime legal aplicável	2 Médio	1 Baixa	Risco Fraco	1. Colocação de 1 recurso exclusivamente para o arquivo; 2. Monitorização, aleatória, de análise aos processos individuais.	Anual

Responsável: Vasco Rodrigues

Serviço: Farmácia

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Impacto	Probabilidade	Nível Risco	Ações para controlo do Risco	Monitorização
Aquisição de produtos farmacêuticos em quantidades desajustadas	Sobre lotação do armazém Inutilização de medicamentos com validade expirada Rutura de stocks	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1. Emitir matricas anuais de consumo, para o ano seguinte, enviadas ao serviço de Compras e Logística no segundo/terceiro trimestre do ano; 2. Pedido de emissão da Nota de Encomenda de acordo com o consumo mensal, ponto de encomenda, capacidade de armazenamento e quantidades mínimas de encomenda ao fornecedor; 3. Avaliação regular dos pontos de encomenda e quantidades a adquirir, com maior regularidade para os medicamentos de maior valor (área de oncologia e dispensa em ambulatório); 4. Comunicação formal efetiva aos Serviços Clínicos, pelo Serviço de Farmácia, de medicamentos em rutura de stock e de alternativas terapêuticas.	Anual
Conservação inadequada dos produtos farmacêuticos resultantes de alterações da temperatura e/ou humidade	Perda de qualidade dos produtos farmacêuticos Necessidade de destruição dos produtos afetados	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1. Sensores de medição de temperatura e humidade em todas as salas/frigoríficos de armazenamento de medicamentos na Farmácia; 2. Monitorização contínua da temperatura e humidade; 3. Emissão de alarmes de nível 1 e nível 2 de acordo com parametrização pré-estabelecida; 4. Procedimento estabelecido de controlo e registo de temperatura e humidade.	Anual
Desvio de substâncias controladas	Desvio de ativos Erros de inventário Implicações judiciais	3 Alto	1 Baixa	Risco Moderado	1. Todos os estufefacientes são dispensados apenas por farmacêuticos; 2. Todos os estufefacientes se encontram em sala fechada com acesso por cartão de identificação; 3. O stock é controlado em cada dispensa e semanalmente são efectuados inventários.	Anual
Falha no circuito de medicamentos de uso restrito	Atraso na dispensa de medicação ao doente Implicações legais	3 Alto	2 Média	Risco Elevado	1. Verificação e validação das prescrições, em tempo útil; 2. Revisão do circuito de aprovação; 3. Garantia de existência de stock mínimo.	Semestral
Desvio na utilização dos produtos farmacêuticos armazenados na Farmácia	Desvio de ativos Erros de inventário	3 Alto	2 Médio	Risco Elevado	1. Circuito controlado de pessoas externas ao serviço de Farmácia; 2. Câmaras de vigilância no acesso à Farmácia; 3. Medicamentos de ambulatório e oncológico com armazenamento segregado e de acesso restrito; 4. Contagens parciais às áreas de maior valor financeiro.	Semestral
Dependência excessiva em determinados funcionários (Falta de gestão de conhecimento)	Perda de informação na saída de colaboradores ou em ausências prolongadas	2 Médio	2 Médio	Risco Moderado	1. Continuação da formação transversal e de áreas específicas a vários elementos da equipa.	Anual



Responsável: Vasco Rodrigues

Serviço: Farmácia

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Impacto	Probabilidade	Nível Risco	Ações para Controlo do Risco	Monitorização
Favorecimento no atendimento de utentes	Desrespeito pelos direitos dos utentes	1 Baixo	1 Baixo	Risco Mínimo	1. Sistema de senhas; 2. Identificação das situações abrangidas pelo atendimento prioritário.	Anual
Manual e procedimentos desatualizado	Falta de uniformização dos procedimentos	1 Baixo	2 Média	Risco Fraco	1. Atualização de procedimentos, instruções de trabalho e documentos de apoio para as várias áreas de abrangência da Farmácia Hospitalar; 2. Divulgação dos documentos pela equipa; 3. Acesso universal aos documentos na Gestão Documental.	Anual
Não cumprimento das regras de dispensa de medicamento aos doentes de ambulatório, previstas legalmente	Cedência de medicação não prevista na legislação Não cedência de medicação prevista legalmente Não cumprimento das normas de atuação Impacto negativo no doente	3 Alto	1 Baixo	Risco Moderado	1. Adequação dos stocks, de forma a permitir o cumprimento dos períodos de cedência de medicação previstos legalmente; 2. Formação e acesso dos colaboradores à legislação que suporta a dispensa de medicação aos doentes em ambulatório.	Anual
Prazos de validade não controlados	Desperdício de produtos farmacêuticos	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1. Orientações e instruções de trabalho relativamente à correta simulação dos medicamentos (FEFC); 2. Controlo periódico dos prazos de validade; 3. Implementação de sistemas de alerta e notação visual das situações limite.	Anual
Conflito de interesses - Relacionamento dos profissionais de saúde com a indústria farmacêutica	Favorecimento de fornecedores Benefícios indevidos para os profissionais	2 Médio	1 Baixo	Risco Fraco	1. Todos os convites para a participação em eventos científicos carecem de autorização da Direção de Serviço. No caso da Direção de Serviço carece de autorização do Conselho de Administração; 2. Todas estas patrocínios são declarados na Plataforma de Transparência do Infarmed; 3. Não são aceites convites por parte dos elementos da Comissão de Farmácia e Terapêutica quando um medicamento está em avaliação para entrada no formulário; 4. A aquisição de medicamentos é realizada pelo Serviço de Compras e Logística ao abrigo do CCP; 5. Existência de declaração de inexistência de conflito de interesses para cada procedimento; 6. Existência de declaração de inexistência de incompatibilidades.	Anual

Responsável: Vasco Rodrigues

Serviço: Farmácia

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Impacto	Probabilidade	Nível Risco	Ações para Controlo do Risco	Monitorização
Saída e entrada de artigos de armazém sem o respetivo registo em sistema informático	Erros nos inventários Perdas financeiras	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1. Inventário anual com análise e correção dos desvios verificados; 2. Contagens parciais periódicas para os medicamentos de maior valor e com maior probabilidade de erro; 3. O programa informático de gestão do circuito do medicamento permite o registo de saídas e entradas de medicamentos e outros produtos farmacêuticos e a desmaterialização de processos; 4. Conferência de encomendas, em quantidade e qualidade, por colaboradores com competências específicas e evidência de quem fez; 5. Conferência diária das notas de encomenda com a guia de remessa do fornecedor.	Anual
Violação do sigilo profissional	Acesso indevido a informação sigilosa	2 Médio	1 Baixo	Risco Fraco	1. Os profissionais contratados são informados acerca da obrigação de sigilo mesmo os que têm essa obrigação prevista no Código Deontológico; 2. Os estagiários farmacêuticos e técnicos têm esse dever salvaguardado no contrato entre as 2 instituições; 3. Restrição e controlo de perdas/acessos informáticos; 4. Acesso ao processo clínico eletrónico (PCE) apenas no exercício das funções, devidamente justificado. Apenas os farmacêuticos têm acesso ao PCE.	Anual
Desvio de medicação durante o transporte	Desolde de ativos Erros de inventário	3 Alto	3 Alta	Risco Mínimo	1. A Dose Unitária é transportada pelos AAM da Farmácia; 2. A medicação de reposição de stock é transportada em caixas seladas; 3. Os estupefacientes são distribuídos em sacos fechados cuja violação será visível a quem os receciona.	Anual
Acesso indevido a instalações e à informação	Desolde de ativos Erros de inventário Acesso a informação confidencial	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1. Acesso condicionado através de portas com sistemas de abertura por cartão ou código; 2. Revisão periódica da lista de colaboradores com acesso ao serviço; 3. Sensibilização dos colaboradores para reportar em imediato perda do cartão e não facultar códigos de acesso.	Anual

Responsável: Vasco Rodrigues

Serviço: Farmácia

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Impacto	Probabilidade	Nível Risco	Ações para Controlo do Risco	Monitorização
Utilização indevida de medicamentos não administrados aos doentes	Possibilidade de utilização incorreta e para fins indevidos da medicação	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1. Monitorização dos stocks nos serviços; 2. Os movimentos de estupefacientes são sempre acompanhados do respetivo Anexo X; 3. Registo dos medicamentos de volvidos pelos serviços e re-integração no stock do Serviço de Farmácia; 4. Cumprimento dos procedimentos e instruções de acordo com o sistema de qualidade.	Anual
Entrega, pelo fornecedor, de material em quantidade inferior ao contratado	Possibilidade de falta de medicação para administrar aos doentes Aumento no número de empréstimos a outros hospitais ou fornecedores	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1. Conferência dos medicamentos rececionados; 2. Análise de fornecedores, com informação ao SCL caso o fornecedor recorrentemente entregue material diferente do contratado.	Anual

Responsável: Teresa Portugal Costa

Serviço: Gestão de Doentes

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Impacto	Probabilidade	Nível Risco	Ações para Controlo do Risco	Monitorização
Dados de utentes desatualizados e/ou incorretos	Má identificação do doente e consequente impossibilidade de faturação com impacto em proveitos.	3 Alto	1 Baixa	Risco Moderado	1. Implementação de procedimento relativo às EFR; 2. Realização de auditoria aos dados administrativos, em HosiX; 3. Correção das anomalias identificadas; 4. Ligação e validação de dados HosiX (RNU); 5. Correções massivas de dados administrativos com a participação da SPMS.	Anual
Falta de cobrança de Taxas Moderadoras no momento da efetivação do ato médico por falta de eficácia tentativa junto do utente	Aumento da dívida de taxas moderadoras; Dificuldade e acrescida da cobrança e em momento posterior; Redução de proveitos do Hospital.	2 Médio	1 Baixa	Risco Fraco	1. Intervenção das chefias administrativas na sensibilização e controlo da atividade dos administrativos; 2. Análise da relação por administrativo de faturação/cobrança; 3. Ligação e validação de dados HosiX (RNU de formas a validar a isenção de taxa); 4. Entrega de nota de débito ao doente sempre que não paga.	Anual
Introdução de isenções de pagamento de taxas moderadoras de forma indevida	Favorecimento de terceiros; Prejuízo para o HFF	3 Alto	2 Média	Risco Elevado	1. Auditoria trimestral das isenções atribuídas que não estejam coerentes com o princípio da dispensa; 2. Regularização das situações não conformes, retirar listagens e promover a correção junto da equipa para sensibilização ao processo; 3. Existência de manual de procedimentos sobre isenções/dispensas.	Semestral
Circulação pouco controlada de valores referentes a taxas moderadoras recebidas	Favorecimento de terceiros; Prejuízo para o HFF	2 Médio	1 Baixa	Risco Fraco	1. Centralização e conferência dos valores; 2. Contagem de valores realizada com segundo elemento presente; 3. Existência de cofres nos secretariats dos chefes de equipa/coordenadores/chefias administrativas para guarda dos valores.	Anual
Anulação indevida de recibos de taxas moderadoras	Favorecimento de terceiros; Prejuízo para o HFF	2 Médio	1 Baixa	Risco Fraco	1. Todas as anulações são validadas ou aprovadas pelas chefias administrativas dos respetivos serviços; 2. Todos os recibos anulados fazem parte integrante da documentação entregue na área financeira; 3. Apenas se aceitam recibos originais para se efetuar a anulação; 4. Os utentes assinam os recibos anulados a validar o recebimento do valor.	Anual
Anulação indevida de atos realizados administrativamente	Impossibilidade de faturação com impacto em proveitos.	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1. No sistema informático as anulações de atividades são justificadas por preenchimento de campo obrigatório de motivo da anulação; 2. As situações cuja atividade já tenha recibo emitido, obriga a justificação do profissional para posterior anulação da atividade. É anexada a justificação a cópia do recibo e arquivada.	Anual

Responsável: Teresa Portugal Costa

Serviço: Gestão de Doentes

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Impacto	Probabilidade	Nível Risco	Ações para Controlo do Risco	Monitorização
Cedência de informação clínica no âmbito do pedido centralizado na Gestão de Doentes	Quebra de sigilo	2 Médio	1 Baixa	Risco Fraco	1. Existência de um procedimento específico; 2. Apoio do RAI e do EPD em situações não identificadas previamente.	Anual
Incumprimento da legislação aplicável e inadequação das condições de transporte do doente	Risco para os doentes transportados considerando a possibilidade de inadequação do transporte; Responsabilização financeira do Hospital; Impossibilidade de realização de consultas e MCDT por parte do doente	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1. Monitorização semanal da atividade; 2. Circuito eletrónico de prescrição e de aprovação de requisições; 3. Análise das ocorrências e das reclamações e defini das ações de melhorias; 4. Contratação adequada dos meios de transporte de doentes.	Anual
Incumprimento do definido e m caderno de encargos de transporte de doentes e conflito de interesses na escolha do prestador	Utilização ineficiente das ambulâncias do contrato; Responsabilização financeira do Hospital; Impossibilidade de realização de consultas e MCDT por parte do doente	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1. Monitorização semanal da atividade; 2. Promoção da utilização do circuito eletrónico de prescrição e de aprovação de requisições; 3. Desenvolvimento de processo de compras com respeito pelo CCP, nomeadamente no que respeita ao princípio da transparência e concorrência, e, definido modo de encargos; 4. Análise das ocorrências e das reclamações e defini das ações; 5. Assinatura das declarações de incompatibilidades e identificação das especificações técnicas tendo em conta o princípio da transparência da concorrência.	Anual
Manuais de procedimentos desatualizados	Falta de standardização dos processos	1 Baixa	1 Baixa	Risco Mínimo	1. Atualização revisão sempre que se considere necessário e/ou garantia da data de revisão.	Anual
Dependência e excessiva em determinados funcionários (Falta de gestão de conhecimento)	Perda de informação na saída de colaboradores ou em ausências prolongadas	2 Médio	1 Baixa	Risco Fraco	1. Assegurar a não dependência de um elemento por função, promovendo a rotatividade dos elementos; 2. Partilha do conhecimento.	Anual
Acesso indevido a instalações e à informação	Acesso a informação sensível	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1. Acesso arquivo central com dispositivo de controlo de acessos; 2. Acesso ao arquivo periférico com chave própria, centralizado no arquivo central, acessível apenas aos colaboradores do arquivo e porta exterior protegida por CCTV; 3. Sensibilização para o cumprimento do procedimento específico para acesso a informação fora de horas.	Anual



Responsável: Catarina Paulino

Serviço: Planeamento e Controlo de Gestão

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Impacto	Probabilidade	Nível Risco	Ações para Controlo do Risco	Monitorização
Não cumprimento dos prazos de reporte de informação (entidades externas)	Penalização em contrato/programa	2 Médio	1 Baixa	Risco Fraco	1. Segregação de Funções; 2. Dois elementos da equipa garante a mesma tarefa; 3. Sistematização do processo de report e criação de uma check-list de tarefas por forma a garantir que toda a informação está disponível a tempo da execução da tarefa.	Anual
Desconformidade da informação enviada/ reportada	Dificuldade de monitorização e tomada de decisões sobre informação	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1. Segregação de Funções; 2. Dois elementos da equipa garante a mesma tarefa; 3. Criação de mecanismos de controlo que permitem cruzar diferentes fontes de informação no sentido de garantir uma maior fiabilidade da informação prestada.	Anual
Falta de análise dos desvios dos consumos/gastos	Inexistência de controlo dos desvios dos consumos	3 Alto	2 Média	Risco Elevado	1. Reuniões de análise e controlo de custos entre o Serviço de Planeamento e Controlo e o Serviço de Compras e Logística; 2. Análise dos serviços de maior consumo e identificação do material a acompanhar com maior proximidade pelo volume de utilização e pelo montante do mesmo.	Semestral
Dependência excessiva em determinados funcionários (Falta de gestão de conhecimento)	Perda de informação/Interrupção no fornecimento de dados	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1. Promover a partilha de conhecimento.	Anual
Manuais e procedimentos desatualizados	Falta de estandardização dos processos	1 Baixo	1 Baixa	Risco Mínimo	1. Foi criado um manual de procedimentos do SPCG que é atualizado sempre que necessário, ou seja, sempre que se verificarem alterações efetivas nos procedimentos implementados ou através da implementação de novos procedimentos.	Anual
Acesso indevido a instalações e à informação	Perda de informação e partilha de informação confidencial	2 Médio	1 Baixa	Risco Fraco	1. O SPCG tem toda a sua informação alojada no servidor do HFF. É procedimento implementado e obrigatório no serviço que toda a informação trabalhada deve estar acessível a todos os membros da equipa e colocada nas pastas da rede do HFF. Desta forma, minimiza-se a perda de informação, bem como a mesma é guardada em computadores que podem ser extraviados com perda grave de informação.	Anual
Existência de conflito de interesses	Favorecimento de terceiros/serviços	1 Baixo	1 Baixa	Risco Mínimo	1. Utilização de iguais procedimentos de forma transversal para todos os serviços.	Anual

Responsável: João Paulo Ferreira

Serviço: Gestão Hotelaria

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Impacto	Probabilidade	Nível Risco	Ações para Controlo do Risco	Monitorização
Diminuição de disponibilização de recursos humanos face ao exigido em caderno de encargos	Não cumprimento do Serviço contratado; Pior juízo para o Hospital	2 Médio	1 Baixa	Risco Fraco	1. Através dos registos biométricos, é feito um controlo dos funcionários da empresa prestadora de serviços de limpeza; 2. Diariamente é feito um controlo pelos Serviços dos funcionários presentes e no final do mês é feito um cruzamento entre esse controlo e o registo biométrico dos funcionários da empresa prestadora de serviços de limpeza; 3. Para os funcionários da empresa prestadora de serviços de alimentação existe uma escala diária com o número pessoas que devem estar presentes e é controlado pelas Nutricionistas presentes na cozinha; 4. Verificação diária do n.º de jardineiros.	Anual
Diminuição da qualidade dos serviços prestados	Não cumprimento do Serviço contratado; Pior juízo para o Hospital	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1. Verificação através das reclamações feitas no portal do risco; 2. Verificação através das auditorias realizadas aos serviços prestados pelos Gestores dos contratos; 3. Aplicação de penalidade se pelo incumprimento do contrato; 4. Verificação diária do cumprimento da pesagem dos resíduos.	Anual
Deficiente separação dos resíduos	Pior juízo para o Hospital	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1. Verificação diária do cumprimento da pesagem dos resíduos; 2. Formação no acolhimento dos novos colaboradores; 3. Módulo "Resíduos Hospitalares na formação brigatória "Risco 2021-2023"; 4. Formação específica nos serviços.	Anual
Faturação indevida de serviços	Pior juízo para o Hospital	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1. Existem mapas de controlo dos serviços prestados que são cruzados com as faturas e forma a serem corrigidas eventuais divergências; 2. Uma variação de valor faturado é analisada e percebida e justificável em função da atividade do Hospital.	Anual
Devolução e fardamento e roupa hospitalar	Pior juízo para o Hospital	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1. Registo de entrada e saída de fardamento associada a cada funcionário; 2. Existência de um sistema de contabilização e reposição por níveis nos Serviços; 3. Guia de entrega da roupa nos Serviços.	Anual

Responsável: João Paulo Ferreira

Serviço: Gestão Hotelaria

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Impacto	Probabilidade	Nível Risco	Ações para Controlo do Risco	Monitorização
Devolução e desperdício de refeições	Pior juízo para o Hospital	2 Médio	1 Baixa	Risco Fraco	1. Até uma hora antes é dada a baixa das refeições pelas alvar das das aos doentes; 2. São dadas opções de refeição ao doente para escolher; 3. Controlo diário das refeições fornecidas.	Anual
Manuais de procedimentos desatualizados	Falta de estandardização dos procedimentos	1 Baixo	1 Baixa	Risco Mínimo	1. Atualização dos procedimentos e laborados para todas as áreas.	Anual
Existência de conflito de interesses	Favorecimento de fornecedores	2 Médio	1 Baixa	Risco Fraco	1. Elaboração e especificação técnicas que garantam a concorrência; 2. Existência de declaração de inexistência de conflito de interesses para cada procedimento; 3. Existência de declaração de inexistência de incompatibilidades.	Anual
Dependência excessiva em determinados funcionários (Falta de gestão de conhecimento)	Excessiva dependência dos funcionários	1 Baixo	1 Baixa	Risco Mínimo	1. Há uma partilha do conhecimento por funcionários.	Anual
Acesso indevido a instalações e à informação	Pior juízo para o Hospital/fornecedores	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1. Palavra chave por computador; 2. Espaços físicos concessionados com responsabilidade atribuída ao prestador; 3. Verificação pela segurança do fecho dos espaços físicos.	Anual



Responsável: Filipe Chibante

Serviço Instalações e Equipamentos

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Consequência	Probabilidade	Nível Risco	Ações para Controlo do Risco	Monitorização
Conflito de interesse no fornecimento de bens/serviços	Falta de transparência Benefícios de terceiros	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1. Elaborar especificações técnicas que garantam a concorrência; 2. Existência de declaração de inexistência de conflitos de interesses para cada procedimento; 3. Existência de declaração de inexistência de incompatibilidades.	Anual
Falta de controlo na aquisição de equipamentos não respeitando o caderno de encargos	Benefício de terceiros Equipamentos sem qualidade Prejuízo para o Hospital Condicionamento de Serviços	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1. Verificação do cumprimento das especificações do caderno de encargos; 2. Aplicação de penalidade se em caso de incumprimentos, previstas em caderno de encargos e contrato.	Anual
Falta de controlo na execução das empreitadas não respeitando o caderno de encargos	Benefício de terceiros Obras sem qualidade Prejuízo para o Hospital Condicionamento de Serviços	2 Médio	3 Alta	Risco Elevado	1. Verificação do cumprimento das especificações do caderno de encargos; 2. Aplicação de penalidade se em caso de incumprimentos, previstas em caderno de encargos e contrato.	Semestral
Falta de controlo no cumprimento dos Planos de Manutenção	Não cumprimento do Plano Falha de equipamentos/estruturas Não realização de atos clínicos	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1. Validação dos Serviços e do SIE em caso de realizada a manutenção; 2. Controlo do Plano de Manutenção; 3. Registo oportuno das evidências na aplicação.	Anual
Não realização ou execução incompleta de Manutenção Curativa por prestadores	Falha de equipamentos/estruturas Não realização de atos clínicos Faturação indevida	1 Baixo	2 Média	Risco Fraco	1. Controlo do prestador de manutenção; 2. Controlo do SIE; 3. Aceitação pelos Serviços utilizadores.	Anual
Plantas desatualizadas	Risco de Segurança, em caso de emergência e incêndio Projetos de obra e Plano de intervenção desadequados Falhas na manutenção de equipamentos	2 Médio	1 Baixa	Risco Fraco	1. Elemento que garante a atualização das plantas dos espaços interiores e exteriores, e em tempo útil; 2. Atualização das plantas de emergência sempre que necessário.	Anual
Abates de imobilização não comunicado aos Serviços Financeiros	Informação contabilística incorreta	1 Baixo	1 Baixa	Risco Mínimo	1. Abates comunicados com regularidade aos Serviços Financeiros.	Anual
Quebra de segurança elétrica e físicas	Interrupção de Serviço/ Prestação de cuidados de saúde	2 Médio	1 Baixa	Risco Fraco	1. Existência de 2 geradores de emergência; 2. Plano de manutenções; 3. Permanência de eletricitistas 24/7; 4. Testes sem anuais à rede.	Anual

Responsável: Filipe Chibante

Serviço Instalações e Equipamentos

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Consequência	Probabilidade	Nível Risco	Ações para Controlo do Risco	Monitorização
Acesso indevido de pessoas estranhas ao Serviço/Hospital	Roubo de bens Prejuízo nas instalações Rapto de pessoas	3 Alto	2 Média	Risco Elevado	1. Existência de uma equipa de segurança 24/7; 2. Rondas com viaturas em pontos estratégicos exteriores; 3. Rondas interiores; 4. Colocação de pontos de controlo de acesso; 5. Videovigilância.	Semestral
Dependência excessiva em determinados funcionários (Falta de apólio de conhecimento)	Interrupção do Serviço Morosidade nos processos	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1. Partilha de conhecimento, de informação e processos em curso; 2. Formação dos elementos do SIE.	Anual
Manuais de procedimentos desatualizados	Não padronização dos procedimentos operacionais	1 Baixo	1 Baixa	Risco Mínimo	1. Atualização de procedimentos para as diversas ações controladas pelo SIE.	Anual
(Des)Conformidade processual	Interrupção de Serviço/ Prestação de cuidados de saúde Risco para os utilizadores e para os doentes	1 Baixo	1 Baixa	Risco Mínimo	1. Partilha de conhecimento, de informação e processos em curso; 2. Formação dos elementos do SIE; 3. O Caderno de Encargos especifica as competências técnicas e profissionais dos elementos que prestam serviço.	Anual
Fuga de doentes dos Serviços	Risco para os doentes à guarda do Hospital	2 Médio	3 Alta	Risco Elevado	1. Controlo através das rondas do serviço de segurança; 2. Controlo de entradas e saídas pela equipa de segurança; 3. Resposta imediata a alertas de fuga.	Semestral
Entrada de equipamentos não autorizada e sem conhecimento do SIE	Entrada de equipamentos sem controlo do HFF e que possam acarretar custos	3 Alto	3 Alta	Risco Máximo	1. Todos os equipamentos de empréstimo e demonstração são aprovados pelo CA; 2. Preenchimento do formulário de empréstimo/demonstração.	Semestral
Falta de controlo sobre as despesas com as viaturas	Falta de transparência Benefícios de terceiros	2 Médio	1 Baixa	Risco Fraco	1. Criação de regulamento de utilização das viaturas; 2. Controlo de Km, via verde e GPS da viatura.	Anual
Inexistência de controlo sobre a quantidade de material utilizado nas obras internas	Falta de transparência Benefícios de terceiros	2 Médio	1 Baixa	Risco Fraco	1. Todas as obras tem um pedido de material; 2. Autorização pelo CA/SIE e controlo pelo SIE.	Anual

Responsável: Ana Nunes

Serviço/Serviço de Sistemas de Informação

Identificação de Riscos				Ação e Monitorização		
Risco	Consequências	Consequência	Probabilidade	Nível Risco	Ações para controlo do Risco	Monitorização
Acesso indevido de ficheiros (empresas de manutenção, ex.colaboradores do HFF, outros, etc...) através de ligações remotas à informação da Organização e aos recursos de processamento da informação dos processos de negócio.	Acesso a informação de forma indevida. Eventual manipulação de dados.	3 Alto	1 Baixa	Risco Moderado	1. O acesso via VPN disponibilizado pela SPMS obrigatório. Os acessos remotos com fornecedores passaram a ser feitos através de protocolo de ligação assinado com SPMS. A infraestrutura de ligação e de acessos de utilizadores (durante o seu tempo de vida útil no HFF, beneficiam do portal de gestão de identidade(s)).	Anual
Ocorrência de eventos que possam causar interrupções nos servidores e rede informática em geral levando a indisponibilidade dos sistemas de forma ligeira, parcial ou total.	Impossibilidade de acesso à informação	3 Alto	2 Média	Risco Elevado	1. Criação de Plano de Contingência, com backups locais por forma a manter a continuidade do negócio.	Se mensal
Ocorrência física no centro de dados que cause destruição parcial/total de infra-estrutura	Perda de dados	3 Alto	1 Baixa	Risco Moderado	1. Será criado datacenter redundante no Hospital de Proximidade de Sintra	Anual
Ficheiros adulterados ou eliminados por malware (exemplo ransomware).	Perda de dados	3 Alto	1 Baixa	Risco Moderado	1. Realização de updates críticos aos sistemas operativos windows em utilização; 2. Realização de updates ao software de "Endpoint Protection" que inclui novas proteções dinâmicas contra ameaças desconhecidas; 3. Aplicação de restrições ao nível de file shares, para impedir gravar ficheiros que estão identificados como sendo usados por malware conhecido; 4. Adquirir serviços de segurança; 5. Aquisição de firewall next gen que permita a deteção de heurísticas de malware mais avançadas.	Anual
Utilização de dispositivos de armazenamento externo para exportação de informação	Informação confidencial ser disponibilizada a pessoas em acesso	3 Alto	1 Baixa	Risco Moderado	1. Acesso a aplicações feito através de perfis de utilizador. Informação do "exportável" para situações em que se justifique a necessidade; 2. Criação de ações de sensibilização para o risco de utilização de sistemas de armazenamento externo.	Anual
Avária de servidores fora de suporte por parte dos fabricantes	Perda de dados	3 Alto	2 Média	Risco Elevado	1. Identificação de servidores e aplicações instaladas. 2. Plano de investimento para migração de dados relevantes; 3. Criação de alarmística na folha de backup.	Se mensal

Responsável: Ana Nunes

Serviço/Serviço de Sistemas de Informação

Identificação de Riscos				Ação e Monitorização		
Risco	Consequências	Consequência	Probabilidade	Nível Risco	Ações para controlo do Risco	Monitorização
Redução da qualidade de resposta no apoio técnico	Atraso na prestação de cuidados	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1. Incidentes são priorizados e resolvidos consoante o impacto na instituição.	Anual
Ausência de normalização dos postos de trabalho	Vários cenários de teste, nas atualizações e colocação de dispositivos (impressoras, ou outros) há maior taxa de incidentes e de indisponibilidade para a prestação da atividade	2 Médio	3 Alta	Risco Elevado	1. Aquisição em maior escala, para permitir maior homogeneidade no equipamento (não obstante não ser permitido a escolha de marca/moodelo).	Se mensal
(Des)Conformidade processual	Demora na resposta aos incidentes e pedidos	1 Baixo	3 Alta	Risco Moderado	1. Formação aos utilizadores de sistemas de informação, relativamente aos procedimentos em vigor (TIC já incluído no plano de formação aos novos colaboradores).	Anual
Dependência excessiva em determinados funcionários (Falta de gestão de conhecimento)	Perda de informação na saída de colaboradores ou em ausências prolongadas	2 Médio	1 Baixa	Risco Fraco	1. Atualmente o TIC possui metodologias de gestão de conhecimento. No acolhimento de novos colaboradores ao serviço é ministrado workshop sobre as boas práticas de documentação e procedimentos internos.	Anual
Existência de conflito de interesses	Tráfico de influências	3 Alto	1 Baixa	Risco Moderado	1. Elaborar especificações técnicas que garantam a concórdia; 2. Existência de declaração de inexistência de conflito de interesses para cada procedimento; 3. Existência de declaração de inexistência de incompatibilidades.	Anual
Manuais de procedimentos desatualizados	Atraso na resolução/implementação de erros e melhorias. Implementação de sistemas em ir ao encontro das boas práticas	2 Médio	1 Baixa	Risco Fraco	1. Sessões de acolhimento dos profissionais que integram o TIC; 2. Atualização sistemática de informação interna e dos procedimentos a cumprir dentro das unidades do serviço.	Anual
Quebra de sigilo	Divulgação de informação sensível clínica ou não clínica	2 Médio	1 Baixa	Risco Fraco	1. Acesso aos SI por parte dos colaboradores do SSI é feito de forma fundamentada; 2. Ações de sensibilização interna para a importância do sigilo.	Anual
Atribuição indevida de níveis de acesso a aplicações informáticas	Acesso a informação indevida	2 Médio	1 Baixa	Risco Fraco	1. Automação de atribuição e remoção de acessos sempre que possível; 2. Atribuição de novos acessos são feitos com base em pedido de chefia; 3. Avaliação recorrente de acessos não utilizados há mais de 3 meses.	Anual
Exposição a riscos de cibersegurança	Perda ou roubo de informação	3 Alto	2 Média	Risco Elevado	1. Ações de sensibilização; 2. Prever em orçamento substituição de tecnologia obsoleta por tecnologia robusta; 3. Realização de updates aplicativos sempre que necessário.	Se mensal

Responsável: Ivone e Silva

Serviço: Auditoria Interna

Identificação de Riscos				Ação e Monitorização		
Risco	Consequências	Impacto	Probabilidade	Nível Risco	Ações para Controlo do Risco	Monitorização
Não cumprimento do Plano Anual de Auditoria Interna	Auditorias planeadas não realizadas	2 Médio	3 Alta	Risco Elevado	1. Elaboração do Plano Anual de Auditoria Interna consistente com a avaliação de risco realizada; 2. Monitorização da execução do Plano Anual de Auditoria Interna; 3. Registo das atividades extra Plano Anual de Auditoria Interna definido.	Semestral
Os resultados das ações de auditoria não apresentam de forma verídica e apropriada os resultados, existindo incorreções nas informações	Informação incorreta sobre os serviços	2 Médio	1 Baixa	Risco Fraco	1. Os resultados das ações de auditoria quando finalizados, são enviadas e analisadas pelos serviços auditados, de forma a avaliarem a conformidade da informação apresentada e apresentação de eventual contraditório; 2. Dupla verificação de todas as situações consideradas não conformes, de forma a certificar o resultado apurado.	Anual
Falta de acompanhamento das recomendações aprovadas em relatórios de ações de auditoria	Não implementação de recomendações formuladas pelo SAI	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1. Realização de ações de follow-up para avaliar o grau de implementação das recomendações prioritárias no âmbito das ações de auditoria realizadas.	Anual
Falha na avaliação e reporte do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas	Não cumprimento da legislação Aplicação de contraordenações	3 Alto	1 Baixa	Risco Moderado	1. Solicitação com antecedência, de avaliação aos Serviços, das matrizes de risco, de forma a responder dentro dos prazos legalmente exigidos; 2. Acompanhamento e apoio na realização das avaliações e na de finalização das matrizes de risco dos Serviços.	Anual
Inexistência de um sistema de comunicação de irregularidades e denúncia de infrações	Não cumprimento da legislação	3 Alto	1 Baixa	Risco Moderado	1. Revisão sempre que necessário do Regulamento de Comunicação de Infrações e Denúncia de Infrações; 2. Apresentação do Regulamento e do canal de denúncia nas Sessões de Acolhimento dos novos funcionários; 3. Comunicação, em ambiente de trabalho dos funcionários, anualmente da existência do Regulamento e do canal de denúncias.	Anual
Existência de conflito de interesses	Favorecimento de terceiros Falta de imparcialidade na gestão dos processos de auditoria e avaliação de risco	2 Médio	1 Baixa	Risco Fraco	1. Assinatura de declaração de inexistência de conflito de interesses.	Anual
Dependência excessiva em determinados funcionários (Falta de gestão de conhecimento)	Perda de informação a saída de colaboradores ou em ausências prolongadas	2 Médio	3 Alta	Risco Elevado	1. Colocação de toda a informação do Serviço em partilha de rede; 2. Necessidade de reforço da equipa do Serviço de Auditoria Interna.	Semestral

Responsável: Ivone e Silva

Serviço: Auditoria Interna

Identificação de Riscos				Ação e Monitorização		
Risco	Consequências	Impacto	Probabilidade	Nível Risco	Ações para Controlo do Risco	Monitorização
Manuais de procedimentos desatualizados	Falta de estandarização dos processos	2 Médio	1 Baixa	Risco Fraco	1. Revisão e atualização dos manuais de procedimentos de acordo com os requisitos legais e as normas internas.	Anual
Acesso indevido a instalações e à informação	Furto de equipamentos e acesso indevido a informação sigilosa	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1. Acesso a instalações controlado por segurança; 2. Acesso ao portátil através de utilização de password, sendo colocado, bloqueando o portátil sempre que se ausenta da sala; 3. Utilização de cadeado nos portáteis do serviço.	Anual
Falta de parcialidade e independência nas auditorias realizadas	Favorecimento de terceiros	3 Alto	1 Baixa	Risco Moderado	1. Atualização sempre que necessário do Regulamento do SAI, que pauta a atuação do Serviço; 2. O SAI do HFF, cumpre, no desempenho das suas atividades, o disposto no Código de Ética do HFF, no Código de Ética do IIA (The Institute of Internal Auditors), bem como as Normas Internacionais de Auditoria Interna (Standards), respetando as regras de conduta profissional, nomeadamente o sigilo e a reserva.	Anual
Quebra de sigilo	Divulgação de informação sensível a terceiros	2 Médio	1 Baixa	Risco Fraco	1. Atualização sempre que necessário do Regulamento do SAI, que pauta a atuação do Serviço; 2. O SAI do HFF, cumpre, no desempenho das suas atividades, o disposto no Código de Ética do HFF, no Código de Ética do IIA (The Institute of Internal Auditors), bem como as Normas Internacionais de Auditoria Interna (Standards), respetando as regras de conduta profissional, nomeadamente o sigilo e a reserva.	Anual

Responsável: João Vieira

Serviço: Qualidade e Segurança do Doente

Identificação de Riscos				Ação e Monitorização		
Risco	Consequências	Impacto	Probabilidade	Nível Risco	Ações para Controlo do Risco	Monitorização
Recursos humanos insuficientes e pouco enquadrados no conteúdo funcional	Incumprimento prazos para cumprimento atividades planeadas em Plano de Atividade e/ou não realização de atividades atempadamente (Auditorias, Avaliações de risco...)	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1. Definir as atribuições e responsabilidades dos profissionais do serviço; 2. Analisar periodicamente o quadro de pessoal, tendo em conta o volume de atividade efetuadas e o recurso a trabalho extraordinário; 3. Fomentar a participação em ações de formação para melhorar o desempenho profissional; 4. Melhor supervisão e controlo das atividades. Recurso a trabalho extraordinário para atividades regulares; 5. Manter pedido de aumento de dotação de mais um TSS; 6. Monitorizar cumprimento do PA 2023; 7. Atribuir responsabilidades por objetivo; 8. Realizar pontos de situação trimestrais do nível de execução dos objetivos e redefinição das atividades se necessário.	Anual
Gestão Documental manual e de difícil controlo.	Desatualização da documentação relevante; Gestão inadequada dos documentos (validade, atualização boas práticas...)	2 Médio	3 Alta	Risco Elevado	1. Divulgação da documentação produzida de novo, revista e obsoleta; 2. Promover a emissão de alertas para documentação relevante; 3. Enviar periodicamente ponto de situação às direções de serviço para documentação em fim de validade; 4. Fomentar a aquisição de sistema automatizado para a gestão documental.	Semestral
Comprometimento da Acreditação e Certificação ISO do HFF	Perda da Acreditação e Certificação Internacional;	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1. Divulgar e apresentar programa para a Recreditação do HFF; 2. Acompanhar nível de execução das atividades planeadas e comunicar ao CA; 3. Dinamizar a preparação dos profissionais e dos serviços; 4. Acompanhar as reuniões de auditoria externa; 5. Dinamizar trabalhos para o cumprimento do plano de ação subsequente à auditoria.	Anual
Incumprimento prazos de resposta às entidades tutelares (DGS/ERS/CHKS/PST...) por falta de resposta de terceiros	Atraso e envio de respostas solicitadas	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1. Solicitar respostas aos interessados e acompanhar prazos de respostas; 2. Reunir com as partes interessadas e atribuir atividades; 3. Dar conhecimento ao superior hierárquico das diligências efetuadas.	Anual



Responsável: João Vieira

Serviço: Qualidade e Segurança do Doente

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Impacto	Probabilidade	Nível Risco	Ações para Controlo do Risco	Monitorização
Dependência excessiva em determinados funcionários (Falta de gestão de conhecimento)	Perda de conhecimento adquirido com as experiências, projetos e atividades do serviço.	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1. Redistribuir anualmente os processos e atividades do serviço; 2. Partilhar nas reuniões de serviço o ponto de situação de todas as atividades e projetos do serviço.	Anual
Manuais de procedimentos desatualizados	Falta de standardização dos procedimentos	2 Médio	1 Baixa	Risco Fraco	1. Monitorizar a validade dos documentos; 2. Nomear responsáveis pela atualização.	Anual
Existência de conflito de interesses	Falta de imparcialidade na gestão dos processos de auditoria e avaliações do risco Favorecimento de terceiros	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1. Nomeação do auditor, não repete serviço mais do que três vezes; 2. Supervisão e análise dos relatórios de auditoria; 3. Analisar reportes dos serviços auditados.	Anual
Acesso indevido a instalações e à informação	Acesso a meios e informação ainda de acesso restrito	2 Médio	1 Baixa	Risco Fraco	1. Partilha de informação com pedido de reserva; 2. Monitorização e análise de conteúdos (roubos e intrusões); 3. Computadores de serviço com cadeado de segurança.	Anual
Quebra de sigilo	Perda de confiança dos utilizadores Favorecimento de terceiros	2 Médio	1 Baixa	Risco Fraco	1. Monitorização e análise de eventos relacionados com a quebra de sigilo; 2. Acesso à informação reconhecida no Serviço é controlada; 3. Acesso restrito aos sistemas de informação.	Anual

Responsável: Adélia Gomes

Serviço Social

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Consequência	Probabilidade	Nível Risco	Ações para Controlo do Risco	Monitorização
Favorecimento de lares por parte dos assistentes sociais (AS)/ Indicação pelo AS apenas de determinados serviços (lares, SAD, Creches, Empresas de Produtos de Apoio, etc)	Favorecimento indevido de colaboradores (AS)	3 Alto	1 Baixa	Risco Moderado	1. Auditoria dos Processos do Utente / Soarian cuja recolha/amostragem é aleatória; 2. Procedimento: Auditoria aos Registos da Intervenção do Serviço Social (PR.1596/E.SSOC ver isto 2).	Anual
Carência de recursos para avaliação social atempada dos doentes	Aumento da demora média de internamento do doente / Compromisso da resposta do Hospital	3 Alto	3 Alta	Risco Alto	1. Avaliação das necessidades do serviço, identificadas no Relatório de Atividades / Plano de Atividades do Serviço.	Semestral
Manuais de procedimentos desatualizados	Práticas da intervenção social desatualizadas	2 Médio	1 Baixa	Risco Fraco	1. Atualização da Documentação sempre que necessário.	Anual
(Des)Conformidade processual	Incumprimento dos objetivos instrucionais	3 Alto	1 Baixa	Risco Moderado	1. Auditoria dos Processos do Utente / Soarian cuja recolha/amostragem é aleatória; 2. Procedimento: Auditoria aos Registos da Intervenção do Serviço Social (PR.1596/E.SSOC ver isto 2).	Anual
Dependência excessiva (áreas/ serviços centralizados) e em determinados funcionários (Falta de gestão de conhecimento)	Perda de informação na saída de colaboradores e/ou mudanças prolongadas	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1. Sensibilização permanente da equipa para a consulta dos Procedimentos Específicos de Serviço disponibilizados na Gestão Documental; 2. Reuniões de Equipa; 3. Avaliações individuais do colaborador.	Anual
Acumulação de função em outra instituição / Existência de conflito de interesses	Incumprimento da missão / objetivos do serviço Favorecimento de terceiros	2 Médio	1 Baixa	Risco Fraco	1. Formalização anual do pedido de acumulação de funções aos SRH, por parte do colaborador, para autorização superior.	Anual
Acesso indevido de terceiros a instalações e à informação	Utente lesado / Prejuízo para o Hospital / Violação de Dados Pessoais	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1. Execução do Plano de Ação na sequência da Avaliação de Risco não Clínico (exemplo: armários e gabinetes sempre fechados, acesso aos gabinetes com código, pedi de efetuação e GESMANTH e colocação de campanhas com vídeo porteiro, junto a todos os gabinetes).	Anual
Quebra de sigilo	Utente lesado / Prejuízo para o Hospital / Violação de Dados Pessoais	3 Alto	1 Baixa	Risco Moderado	1. Auditoria dos Processos do Utente / Soarian cuja recolha/amostragem é aleatória; 2. Procedimento: Auditoria aos Registos da Intervenção do Serviço Social (PR.1596/E.SSOC ver isto 2).	Anual

Responsável: Jaime Jerónimo

Serviço: Gabinete Jurídico

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Impacto	Probabilidade	Nível Risco	Ações para Controlo do Risco	Monitorização
(Des)Conformidade processual	Iregularidades ou nulidades processuais	3 Alto	1 Baixa	Risco Moderado	1. Incentivar a participação e medidas de formação dos membros do gabinete; 2. Cumprir a legislação em vigor.	Anual
Existência de conflito de interesses	Incidentes de nulidade, processo disciplinar movido pela Ordem dos Advogados	3 Alto	1 Baixa	Risco Moderado	1. Manter e atualizar o cadastro dos processos pendentes, devendo ser aferido o eventual conflito de interesses previamente à distribuição ao advogado dos processos judiciais ou instrutor de processos de natureza disciplinar.	Anual
Dependência excessiva em determinados funcionários (Falta de gestão de conhecimento)	Demora na resposta e decisão e perda de conhecimento	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1. Adequar os recursos humanos (internos ou outsourcing) à quantidade e complexidade da atividade; 2. Partilhar conhecimento e distribuir tarefas.	Anual
Manuais de procedimentos desatualizados	Incumprimento do procedimento	1 Baixa	1 Baixa	Risco Mínimo	1. Citar/atualizar procedimentos para suporte das atividades, sempre que necessário.	Anual
Acesso indevido a instalações e à informação	Perda de informação crítica	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1. Fechar à chave armários, cujo arquivo contenha processos pendentes ou ativos (processos judiciais, disciplinares); 2. Utilizar passwords para acesso aos sistemas de informação; 3. Utilizar cadeado no computador portátil.	Anual
Quebra de segredo de funcionário (transversal ao HFF)	Reclamação do lesado, eventual processo crime e/ou disciplinar	2 Médio	1 Baixa	Risco Fraco	1. Sensibilização por parte do responsável do serviço sobre o dever de segredo de funcionário, cuja violação é crime, cumprimento do Código de Ética do HFF e Código deontológico, quando aplicável.	Anual
Quadro de pessoal insuficiente	Demora na resposta e decisão	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1. Analisar periodicamente o quadro de pessoal e incentivar a participação e medidas de formação; 2. Reforçar o quadro de pessoal.	Anual
Respostas a entidades reguladoras não realizadas em tempo	Processo de não ordenação	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1. Controlo de prazo com dupla verificação, distribuir tarefas e hierarquizar processo de preparação de resposta.	Anual
Acesso indevido a dados pessoais de utentes e trabalhadores (transversal ao HFF)	Reclamação do lesado, eventual processo de não ordenação e/ou disciplinar	3 Alto	1 Baixa	Risco Moderado	1. Sensibilizar e promover a aplicação de mensagens de alertas no ambiente de trabalho sobre a importância da proteção de dados e o princípio da minimização no acesso; 2. Incentivar a participação e medidas de formação.	Anual
Favorecimento de terceiros na emissão de parecer jurídico e na instrução de processos com natureza disciplinar	Reclamação do lesado com incidente de suspeição	2 Médio	1 Baixa	Risco Fraco	1. Sensibilização e acompanhamento dos processos por parte do responsável dos serviços, que deve velar e zelar sobre o devido cumprimento do dever de isenção e de imparcialidade; 2. Participação em ações de formação que também vise sobre este tema.	Anual



Responsável: Sofia Medias

Serviço: Unidade de Comunicação e Informação

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Impacto	Probabilidade	Nível Risco	Ações para Controlo do Risco	Monitorização
Existência de conflito de interesses	Prejuízo na reputação da instituição Benefício de Terceiros	2 Médio	1 Baixa	Risco Baixo	1. Conhecimento e cumprimento de regras do hospital sobre este tema, nomeadamente código de ética.	Anual
Dependência excessiva em determinados funcionários (Falta de gestão de conhecimento)	Perda de conhecimento e eficácia na implementação de projetos, podendo condicionar a concretização dos mesmos, o que pode conduzir à redução da visibilidade para o hospital.	3 Alto	3 Alta	Risco Máximo	1. Partilha de tarefas; 2. Passagem de conhecimento de tarefas, entre membros da equipa; 3. Reforço de recursos humanos.	Semestral
Manuais de procedimentos desatualizados	Diminuição de conhecimento sobre tema ou contexto real do funcionamento de determinada atividade na instituição	1 Baixo	1 Baixa	Risco Mínimo	1. Promover a revisão/atualização e partilha de documentação/informação que permita concretizar atividades, decorrentes das atribuições da unidade.	Anual
Acesso indevido à informação	Difusão de informação imprecisa ou incorreta	3 Alto	1 Baixa	Risco Moderado	1. Segmentar a informação conforme os diferentes destinatários, nas diferentes situações/temas a comunicar; 2. Utilizar cadeado em pcs, acesso apenas por password a pcs e a canais de comunicação do hospital (site, intranet)	Anual
Quebra de sigilo	A difusão de informações intempestivas, sem adequação/classeificação do seu contexto. Adicionalmente afeta o clima de confiança interna entre as equipas na instituição	3 Alto	1 Baixa	Risco Moderado	1. Criar circuitos claros de circulação e validação de informação.	Anual

Responsável: Sofia Medias

Serviço: Unidade de Comunicação e Informação

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Impacto	Probabilidade	Nível Risco	Ações para Controlo do Risco	Monitorização
Conteúdos desatualizados ou pouco precisos sobre a atividade dos serviços	Diminuição da satisfação e confiança dos/ das utentes na informação sobre os serviços prestados pela unidade e hospitalar	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1. Realizar contactos periódicos com Serviços para assegurar que os conteúdos divulgados são atualizados no site e nos materiais informativos a afetar.	Anual
Utilização incorreta da imagem do Hospital	Permissão inadequada da imagem da instituição	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1. Reforçar o conhecimento sobre os elementos da "marca HFF", nomeadamente o manual de normas gráficas do hospital e sua aplicação.	Anual
Divulgação descontextualizada de iniciativas sobre as atividades dos serviços	Redução do conhecimento sobre o hospital, por parte dos seus públicos alvo de relevo.	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1. Promover/enforçar orientações internas; 2. Definir níveis de responsabilidade na validação da informação, aperfeiçoando o fluxo de comunicação interna.	Anual
Sistema de impressão deficiente para dar apoio aos materiais informativos que os serviços necessitam	Redução da eficácia da informação prestada pelos serviços aos/ as utentes e públicos alvo externos.	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1. Rebutar o sistema e apoio à comunicação na área da impressão e produção de materiais informativos de modo a melhorar a resposta atempada aos serviços e consequentemente aos/ as utentes.	Anual

7.13. 3. p) Plano de Aquisição de Bens e Serviços e de Pagamentos para os anos de 2025 a 2027

i) Identificação, por ano e por bem/serviço, das aquisições cujo custo estimado seja igual ou superior a 750 000 € (sem IVA), em formato de folha de cálculo. Anexo I

ii) Incluir uma parte dedicada às normas internas de pagamentos de bens e serviços, à reconciliação de contas de clientes e de dívidas a receber, bem como a lógica de circularização de saldos:

Normas Internas de Pagamentos de Bens e Serviços:

A Unidade Local de Saúde de Amadora/Sintra, E.P.E. (ULSASI) utiliza o Sistema Integrado de Gestão Empresarial (ERP) SAP como Sistema de Informação Contabilística.

Todos os processos de compra efetuados pela ULSASI estão registados em SAP, desde a intenção de aquisição de bens ou serviços, até ao pagamento aos respetivos fornecedores.

O facto de todo o processo estar registado neste modelo integrado, permite efetuar um controle de todas as fases de compra garantindo que:

- Há dotação disponível a nível orçamental, com a emissão de cabimentos numerados e sequenciais;
- Nenhuma despesa pode ser paga sem a emissão de compromisso, também numerado e sequencial, que é refletido na Nota de Encomenda;
- Todas as faturas só possam ser lançadas após a confirmação em Sistema de que o bem foi entregue ou de que o serviço foi prestado;
- As faturas que são incluídas em proposta de pagamentos a fornecedores estão validadas e vencidas.

As condições de pagamento acordadas com os fornecedores são registadas em SAP.

Qualquer criação ou alteração dos dados mestre dos fornecedores fica registada no Sistema SAP e carece de validação superior.

Todos os documentos têm data de vencimento registada automaticamente, através da condição de pagamento definida, sendo incluídos em proposta de pagamentos os que têm maior antiguidade, tendo em conta a liquidez disponível.

Todos os pagamentos carecem de análise prévia da situação fiscal e contributiva dos fornecedores, em cumprimento da legislação em vigor.

É efetuada uma proposta de pagamento a fornecedores, mensalmente, na penúltima semana do mês. Todos os pagamentos urgentes devem ser garantidos pelo Serviço de Gestão Financeira.

O meio de pagamento preferencial deverá ser através das instituições bancárias, devendo sempre que possível, recorrer às transferências bancárias por via eletrónica.

Mensalmente são realizadas reconciliações bancárias, por forma a efetuar a comparação entre os movimentos registados no extrato bancário e os movimentos registados no extrato contabilístico.

Norma para reconciliação de contas de clientes e de dívidas a receber, bem como a lógica de circularização de saldos:

A circularização de saldos e a reconciliação de contas é uma prática contabilística fundamental para garantir a transparência e a fiabilidade das informações financeiras da ULSASI.

Ao realizar a reconciliação de saldos com terceiros (clientes e fornecedores), é possível identificar e corrigir possíveis erros e inconsistências, garantindo a precisão das informações financeiras.

Além disso, a circularização de saldos permite uma melhor gestão de riscos, ao verificar a veracidade das transações e saldos apresentados pelos fornecedores e clientes. Dessa forma, maximizar a eficiência financeira por meio da circularização de saldos é fundamental para garantir a integridade e fiabilidade das operações financeiras da empresa.

A ULSASI EPE é responsável, por emitir a carta de circularização, também conhecida como saldo em aberto, enviando-a para alguns dos seus clientes/fornecedores.

Após a circularização de saldos, esta entidade, efetua a reconciliação de contas de clientes e fornecedores, com o objetivo de:

- Assegurar a exatidão dos registos contabilísticos;
- Facilitar a identificação de erros contabilísticos e omissões;
- Simplificar as auditorias internas e externas, fornecendo documentação sólida e apoio às transações financeiras.

iii) Constar uma proposta de bens/serviços cuja aquisição poderá ser centralizada através dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E.:

À data os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E. (doravante, SPMS), promovem agregações centralizadas no que concerne às tipologias em matéria de bens e serviços específicos para o setor da saúde, pode abranger a negociação e adjudicação de propostas de fornecimento de bens e de prestação de serviços a pedido e em representação de entidades adjudicantes, mediante contrato de mandato administrativo a celebrar entre a SPMS e essas entidades, tal como previsto no n.º 7 do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 108/2011, de 17 de novembro

Esta opera nos termos do disposto no n.º 5 do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 19/2010, de 22 de março, na redação dada pelo Decreto-Lei n.º 108/2011, de 17 de novembro, pelo Decreto-Lei 209/2015, de 25 de setembro, pelo Decreto-Lei n.º 32/2016, de 28 de junho e pelo Decreto-Lei n.º 69/2017, de 16 de junho, a SPMS é a Central de Compras para o setor específico da saúde.

Paralelamente, nos termos do disposto no n.º 5 do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 19/2010, de 22 de março, na sua redação atual, a SPMS é a Central de Compras para o setor específico da saúde.

A atividade da Unidade Ministerial de Compras (UMC) da SPMS, em matéria de bens e serviços específicos para o setor da saúde, pode abranger a negociação e adjudicação de propostas de fornecimento de bens e de prestação de serviços a pedido e em representação de entidades adjudicantes, mediante contrato de mandato administrativo a celebrar entre a SPMS e essas entidades, tal como previsto no n.º 8 do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 108/2011, de 17 de novembro.

A nossa proposta, incide na agregação centralizada promovida pela Unidade Ministerial de Compras (UMC) da SPMS, para aquisição de prestação de serviços abaixo elencadas:

- a) Serviços de Limpeza Hospitalar
- b) Recolha e tratamento de resíduos
- c) Tratamento e limpeza de zonas verdes
- d) Serviço de Gestão de Pragas
- e) Tratamento de roupa hospitalar
- f) Fardamento e roupa hospitalar
- g) Transporte de Doentes
- h) Custódia de Arquivo
- i) Vigilância e segurança
- j) Seguro automóvel
- k) Locação de equipamentos de ventilação não invasiva e de equipamentos de tosse assistida

7.14. 3. q) Plano de Produção Adicional Interna a realizar no ano de 2025

7.16.1 Enquadramento

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) considera prioritária a resposta eficiente e atempada aos cuidados de saúde. As Listas de Inscritos para Cirurgia (LIC), Lista de Espera para Consulta (LEC) e a Lista de Espera para meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) são mecanismos essenciais para a gestão do acesso aos cuidados, permitindo uma utilização eficiente dos recursos disponíveis. Dada a dimensão das listas de espera desta ULS e a necessidade de resposta atempada, é fundamental adotar medidas que melhorem o acesso dos utentes e otimizem os recursos humanos e materiais.

A portaria 153/2017 define os Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) no Serviço Nacional de Saúde para todo o tipo de prestações de saúde sem caráter de urgência e aprova e publica a Carta de Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS.

A Produção Adicional está regulamentada na Portaria nº 207/2017, de 11 de junho, que aprova os Regulamentos e as Tabelas de Preços das Instituições e Serviços Integrados no SNS, procede à regulamentação do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), que integra o Sistema Integrado de Gestão do Acesso (SIGA SNS) e define os preços e as condições em que se pode efetuar a remuneração da produção adicional realizada pelas equipas. A produção adicional interna, refere-se à atividade de consultas, cirurgias e MCDT realizada nas instituições do SNS, por equipas de profissionais, fora do horário de trabalho, e pagas por unidade de produção, independentemente do tempo afeto à mesma.

A Lei n.º 15/2014, de 21 de março, que consolidou a legislação em matéria de direitos e deveres do utente em termos de acesso aos serviços de saúde, foi alterada pelo Decreto-Lei n.º 44/2017, de 20 de abril. Este diploma veio, entre outros aspetos, definir os termos a que deve obedecer a Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS, criar o Sistema Integrado de Gestão do Acesso (SIGA SNS) e habilitar a definição de tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) para prestações de cuidados de saúde programados que ainda não tinham tempos definidos na legislação em vigor.

O Plano de Emergência e Transformação na Saúde, aprovado em maio de 2024, estabelece diretrizes para enfrentar as listas de espera LIC e LEC, com enfoque no Eixo Estratégico 1 | Resposta a Tempo e Horas.

O presente documento tem como objetivo elencar um conjunto de medidas que garantam o recurso ao mecanismo de Produção Adicional Interna por forma a cumprir os tempos máximos de resposta garantidos e, conseqüentemente, melhorar o acesso a cuidados de saúde por parte da população da área de abrangência da ULS Amadora / Sintra, nomeadamente:

- Melhorar os tempos de resposta no acesso a Consultas, a Cirurgias e a MCDT;
- Reduzir a necessidade de recurso a entidades externas para garantir os melhores tempos de resposta para cirurgia (vales cirúrgicos);
- Otimização da capacidade instalada reduzindo o desperdício;
- Aumentar a produtividade e eficiência da ULSASI;

- Assegurar o cumprimento dos compromissos assumidos pela ULSASI em sede de contratualização.

7.16.2 Metas e Objetivos

7.16.2.1 Consulta

Observa-se um crescimento significativo na referenciação para primeira consulta pelos Cuidados de Saúde Primários. Em 2024, verifica-se uma média de 4.859 pedidos mensais de primeira consulta proveniente da CTH, correspondendo a um aumento médio de 156 pedidos mensais face ao ano anterior (+3,3%).

Por outro lado, não se observou um aumento da capacidade de resposta por parte de algumas especialidades a este aumento de procura, tendo-se verificado, como consequência, um aumento das listas de espera face ao período homólogo. Assim, no final de setembro de 2024, a lista de espera para consultas da CTH ascendeu a 24.682 pedidos, o que representou um aumento de 23,4% em relação ao ano anterior (+4.791 pedidos).

Com o aumento das listas de espera verifica-se um impacto negativo no cumprimento dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos. Desta forma, em setembro 2024, regista-se que 52,0% dos pedidos estavam dentro do Tempo Máximo de Resposta Garantido (TMRG), abaixo da meta contratual de 67,6% e dos 55,3% obtidos no período homólogo.

Quadro 1: Número de pedidos em espera para consulta da CTH e % de pedidos dentro do TMRG. (Dados acumulados a setembro)

LEC CTH	Total de pedidos em espera			LEC dentro TMRG		
	2024	2023	Δ24/23	2024	2023	Δ24/23
Cardiologia	1.682	1.387	21,3%	25%	34%	-9,1 p.p.
Cirurgia Geral	1.426	971	46,9%	73%	67%	5,4 p.p.
Cirurgia Geral - Obesidade	376	226	66,4%	32%	30%	2,2 p.p.
Cirurgia maxilo-facial	69	67	3,0%	86%	84%	1,6 p.p.
Cirurgia pediátrica	404	726	-44,4%	89%	45%	44,1 p.p.
Cirurgia Plástica Reconstructiva	357	224	59,4%	87%	87%	0,3 p.p.
CR Colon-Recto				100%	94%	6,3 p.p.
CR Hepatobilio/Pancreático	9	8	12,5%	100%	100%	0 p.p.
Dermato-Venerologia	67			93%		92,8 p.p.
Deterioração Cognitiva	78	26	200,0%	69%	72%	-2,8 p.p.
Diabetologia	77	50	54,0%	60%	58%	2 p.p.
Doenças Infecciosas	232	223	4,0%	71%	55%	16,1 p.p.
Dor	86	73	17,8%	93%	78%	14,6 p.p.
Endocrinologia - Nutrição	371	274	35,4%	35%	45%	-10,3 p.p.
Gastrenterologia	350	316	10,8%	85%	69%	16 p.p.
Ginecologia	1.882	1.994	-5,6%	35%	28%	6,7 p.p.
Imuno-hemoterapia	80	71	12,7%	84%	51%	32,7 p.p.
Imunoalergologia	514	435	18,2%	42%	25%	17 p.p.
Medicina Desportiva	12	8	50,0%	100%	14%	85,7 p.p.
Medicina Física e de Reabilitação - Fisiatria	184	91	102,2%	92%	76%	15,6 p.p.
Medicina interna	274	263	4,2%	70%	58%	11,8 p.p.
Nefrologia	67	174	-61,5%	75%	58%	16,7 p.p.
Neurologia	973	780	24,7%	46%	50%	-3,9 p.p.
Obstetrícia	668	732	-8,7%	87%	70%	17,6 p.p.
Oftalmologia	6.506	4.639	40,2%	45%	64%	-18,8 p.p.
Oftalmologia - Retinopatia Diabética Seguimento	4	16	-75,0%	67%	100%	-33,3 p.p.
Oncologia Médica	15	16	-6,3%	78%	25%	52,8 p.p.
Ortopedia	2.626	1.934	35,8%	57%	65%	-8,1 p.p.
Otorrinolaringologia	2.054	1.209	69,9%	53%	73%	-20,2 p.p.
Pediatria	1.094	1.171	-6,6%	45%	39%	5,9 p.p.
Pneumologia	1.115	740	50,7%	48%	40%	7,9 p.p.
Psiquiatria - Consulta Geral	177	215	-17,7%	89%	78%	11,5 p.p.
Psiquiatria da infância e da adolescência	360	302	19,2%	89%	75%	13,7 p.p.
Teleconsulta de Cirurgia Geral Feridas Complexas	3	1	200,0%	33%	0%	33,3 p.p.
Urologia	490	525	-6,7%	96%	93%	2,4 p.p.
Total Geral	24.682	19.891	24,1%	52%	55%	-3,3 p.p.

Fonte: Hosix e ADW-CTH

7.16.2.2 Cirurgia

Em relação à Lista de Inscritos para Cirurgia, verificou-se uma diminuição de 6,5% no número de pedidos a aguardar cirurgia em comparação com o período homólogo. Atualmente, 72,9% das inscrições estão dentro do TMRG, registando-se um aumento de 9,5 pontos percentuais em relação ao final de 2023. A meta contratual para este indicador é de 69,0%, e a ULSASI está 3,9 pontos percentuais acima desse valor.

Quadro 2: Número de Doentes Inscritos para Cirurgia e % de pedidos dentro do TMRG (Dados acumulados a setembro)

LIC	Total de pedidos em espera			LIC dentro TMRG		
	2024	2023	Δ24/23	2024	2023	Δ24/23
Cirurgia Geral	1.626	1.860	-12,6%	60,8%	56,8%	3,9 p.p.
Cirurgia maxilo-facial	89	49	81,6%	89,9%	93,9%	-4 p.p.
Cirurgia pediátrica	389	271	43,5%	96,9%	92,3%	4,7 p.p.
Cirurgia Plástica Reconstructiva	635	830	-23,5%	56,7%	64,8%	-8,1 p.p.
Dermato-Venerologia	39			82,1%		
Ginecologia	389	355	9,6%	74,3%	58,3%	16 p.p.
Oftalmologia	1.439	1.750	-17,8%	88,3%	81,7%	6,6 p.p.
Ortopedia	887	1.062	-16,5%	68,0%	48,2%	19,8 p.p.
Otorrinolaringologia	789	660	19,5%	70,2%	75,0%	-4,8 p.p.
Urologia	779	714	9,1%	75,7%	68,8%	7 p.p.
Total Geral	7.061	7.551	-6,5%	72,9%	66,6%	6,3 p.p.

Fonte: Hosix e ADW-CTH

7.16.2.3 Meios Complementares de Diagnóstico

A ULS Amadora / Sintra regista atualmente uma lista de pedidos em espera a aguardar a realização de MCDT.

A disponibilidade dos profissionais para realização da atividade em horas extraordinárias é insuficiente para responder à elevada lista de espera. A lista de espera para exames é atenuada com recurso à atividade adicional e/ou com externalização da atividade, uma vez que, internamente e em contexto de atividade base, não se consegue dar resposta ao elevado número de exames prescritos.

Em resumo, a escassez de recursos humanos, a insuficiente capacidade instalada em horário e o elevado número de exames em espera são os principais fatores que determinam o recurso a produção adicional.

Quadro 3: Número de pedidos a aguardar a realização de MCDT (Dados acumulados a setembro)

MCDT Serviço	Total de Pedidos		
	Com Marcação	Sem Marcação	Total
Cardiologia	3.457	11.684	15.141
Gastroenterologia	368	1.932	2.300
Ginecologia	38	375	413
Neurologia	1.032	1.029	2.061
Oftalmologia	2.530	1.940	4.470
Otorrinolaringologia	3.598	2.979	6.577
Pediatria	112	127	239
Pneumologia	1.410	5.624	7.034
Urologia	1.095	941	2.036
Total	13.640	26.631	40.271

Fonte: QlikView

A gestão das listas de espera e a resposta eficiente aos pedidos de referenciação permanecem desafios para a ULS Amadora/Sintra, exigindo estratégias focadas para melhorar o acesso e os indicadores de desempenho.

7.16.3 Metas e Objetivos

Anualmente, é estabelecido no âmbito do processo de contratualização interna, o volume de produção total nas diferentes linhas de atividade, definindo a atividade a realizar dentro do horário normal (produção base) e a atividade a realizar com recurso a pagamento ao ato (produção adicional interna).

A proposta para realização de produção adicional interna a realizar deverá ter em consideração a seguinte informação:

- Fundamentação da necessidade para realizar produção adicional que deve ser baseada na existência de lista de espera a aguardar a prestação de cuidados fora do TMRG ou em risco de exceder o TMRG e/ou na ausência de capacidade de infraestrutura ou de recursos humanos para fazer face à procura existente dentro do horário de trabalho;
- Quantificação do número total de doentes a tratar em produção adicional interna;
- Período durante o qual será realizada a produção adicional;
- Valor do compromisso financeiro considerando o número de doentes/procedimentos e a tipologia dos atos;
- Determinação da atividade base e da atividade adicional assumindo os mesmos pressupostos. No caso das cirurgias, acresce o requisito de cumprimento da taxa de ocupação dos tempos de bloco operatório acima dos 85% em horário-base e adicional.

A. Linha de Produção de Consulta

Em média, por mês, são referenciados pelos Centros de Saúde, 5.100 pedidos para consulta, dos quais 2.700 pedidos respeitam a 7 especialidades.

1. Considerando a realidade da lista de espera para consulta foram definidas duas linhas de orientação face à produção adicional desta atividade:
 - a. Estabelecimento de um preço unitário base de 34,10€ para a generalidade da produção adicional de consulta.
 - b. Estabelecimento de um preço unitário majorado para as especialidades que apresentam uma dimensão de lista de espera muito elevada e com risco de exceder o TMRG, nomeadamente, as especialidades apresentadas abaixo.

Considerando os dados a setembro, as especialidades abaixo indicadas correspondem a 75%, da lista de espera de consulta da CTH:

- Oftalmologia – 26,3%
- Ortopedia – 10,3%
- ORL – 8,2%
- Ginecologia – 7,9%
- Cirurgia Geral – 7,1%
- Cardiologia – 6,9%
- Pneumologia – 6,6 %

O preço a pagar pela produção adicional de consulta seguirá as orientações constantes da Portaria 207/2017 de 11 de julho na sua redação atual.

2. Deverá ser autorizada a realização de produção adicional interna de consultas subsequentes como medida de controlo ao crescimento desta lista espera.
3. Monitorização trimestral da execução da produção base e adicional e dos indicadores de acesso que permita atuar sobre os planos de produção adicional a implementar.
4. Garantir que o agendamento das consultas segue o critério de antiguidade e prioridade clínica.

B. Linha de Produção Cirúrgica

A linha de produção cirúrgica procura a regularização do acesso aos cuidados de saúde, proporcionando melhores condições para o acompanhamento e tratamento do doente, no tempo clinicamente recomendado, com a garantia de que os tempos máximos de resposta são garantidos, para cirurgias, através de:

- Cumprimento da produção base, contratualizada, anualmente por cada Serviço Clínico;
- Cumprimento das regras definidas no âmbito da garantia do acesso no que respeita à prioridade clínica, a data de inscrição/pedido, equidade e Livre Acesso e Circulação dos utentes no SNS;
- Cumprimento da efetiva redução do nº de utentes em Lista de Inscritos em Cirurgia.

Medidas propostas:

1. Alargar a atividade adicional a procedimentos que habitualmente são realizados em horário, nomeadamente, procedimentos oncológicos.

2. Realizar atividade adicional de forma mais frequente aos fins de semana e alargada a mais especialidades.
3. O preço a pagar pela produção adicional de cirurgia seguirá as orientações constantes da Portaria nº 207/2017 de 11 de julho.
4. Monitorizar periódica e atempadamente a execução da produção cirúrgica (base e adicional), permitindo atuar de forma eficiente sobre os planos de produção adicional a implementar.
5. Garantir que o agendamento das cirurgias segue o critério de antiguidade e prioridade clínica.

C. Linha de Produção de MCDT

Para fazer face à extensa lista de espera para realização de MCDT foram estabelecidas as seguintes medidas:

1. A valorização da produção adicional de MCDT seguirá as orientações constantes da Portaria 207/2017 de 11 de julho na sua redação atual.
2. Cada exame tem um preço base indicado no Anexo IV da Portaria n.º 254/2018 de 7 de setembro, que será a base para cálculo do valor a pagar à equipa em produção adicional.
3. Na ausência de preço no Anexo IV da Portaria n.º 254/2018, o preço a pagar em produção adicional será calculado de acordo com o valor do GDH resultante da codificação do episódio.
4. Estabelecimento de um preço unitário majorado para os MCDT que apresentam uma dimensão de lista de espera muito elevada e que coloca em risco o TMRG definido na Portaria 153/2017, de 4 de maio, ou a realização do plano de cuidados programados em que se insere a necessidade de realização do MCDT.
5. Deve ser garantida uma monitorização trimestral da execução da produção base e adicional e dos indicadores de acesso que permita atuar sobre os planos de produção adicional a implementar.
6. Deve ser assegurado que o agendamento dos exames em produção adicional segue o critério de antiguidade e prioridade clínica.

7.16.4 Metas e Objetivos

Para implementação das medidas expostas no ponto 3, é estabelecido um orçamento de produção adicional interna para 2025. A distribuição do orçamento total pelas três áreas resulta da análise do histórico no período homólogo.

Metas para rentabilizar de forma eficiente a produção adicional interna:

1. **Garantir o cumprimento da atividade base** de acordo com as propostas apresentadas nos planos em sede de contratualização de produção adicional;
2. **Garantir o cumprimento dos TMRG e respetivas prioridades clínicas;**
3. **Melhorar a rentabilização e otimização** da capacidade instalada, dos equipamentos e recursos humanos afetos à produção adicional;
4. **Difundir o recurso a telemedicina e a teleconsultas**, por forma a facilitar a realização da atividade em consulta externa, minimizando o recurso a atividade adicional;

5. **Monitorização e avaliação contínua**, procurando melhorar os sistemas de monitorização para acompanhar as listas de espera em tempo útil, possibilitando ajustes rápidos nas estratégias de gestão.

A concretização destas metas contribuirá para uma gestão mais eficiente das listas de espera e permitirá garantir que a ULSASI continue a prestar cuidados de saúde de qualidade e acessíveis à população das nossas áreas de abrangência. A Produção Adicional Interna, é um elemento-chave no combate à redução das listas de espera, na melhoria do acesso aos cuidados e na otimização dos recursos humanos e dos equipamentos.

