REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ALTO MINHO

Relatório de Governo Societário 2024

ULS do Alto Minho, E.P.E.

Versão aprovada em reunião de Conselho de Administração de 22 de abril de 2025

Índice

I. Síntese (Sumário Executivo) 5
II. Missão, Objetivos e Políticas 7
III. Estrutura de capital 16
IV. Participações Sociais e Obrigações detidas 17
V. Órgãos Sociais e Comissões 18
A. Modelo de Governo 18
B. Assembleia Geral 21
C. Administração e Supervisão 21
D. Fiscalização 39
E. Revisor Oficial de Contas (ROC) 44
F. Conselho Consultivo 47
G. Auditor Externo 47
VI. Organização Interna 47
A. Estatutos e Comunicações 47
B. Controlo Interno e Prevenção de Riscos 50
C. Regulamentos e Códigos 74
D. Deveres especiais de informação 78
E. Sítio na *Internet* 79
F. Prestação do Serviço Público ou de Interesse Geral 80
VII. Remunerações 82
A. Competência para a Determinação 82
B. Comissão de Fixação de Remunerações 83
C. Estrutura das Remunerações 83
D. Divulgação das Remunerações 84
VIII. Transações com Partes Relacionadas e Outras 86
IX. Análise de Sustentabilidade da Empresa nos Domínios Económico, Social e Ambiental 88
X. Avaliação do Governo Societário 113
XI. Anexos do RGS 116

Abreviaturas

DCSP – Departamento dos Cuidados de Saúde Primários
ACSS – Administração Central dos Sistemas de Saúde
ARSN – Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.
CAD – Centro de Aconselhamento e Deteção Precoce HIV
CH – Cuidados Hospitalares
CHKS - Caspe Healthcare Knowledge Systems
CI - Controlo Interno
CMVM - Comissão de Mercado de Valores Mobiliários
CP – Contrato Programa
CSP – Cuidados de Saúde Primários
CTH – Consulta a Tempo e Horas
DCFC – Doença Crónica do Fígado e Cirrose
DGO – Direção Geral do Orçamento
DGS – Direção Geral de Saúde
DGTF – Direção Geral do Tesouro e Finanças
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
EBITDA – Earnings Before Interests, Taxes, Depreciation and Amortization
ERPIS – Caracterização das Estruturas de Apoio das Comunidades
ICC –Insuficiência Cardíaca Crónica
IDG – Índice de Desempenho Global
IGF – Inspeção Geral das Finanças
INE – Instituto Nacional de Estatística
IPVC - Instituto Politécnico de Viana do Castelo
ISO - International Organization for Standardization
MGF – Medicina Geral e Familiar
PASSE – Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar
PIOPAL – Prevenção ambiental de Legionela em Unidade Prestadoras de Cuidados Saúde
PNPSO - Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral na Região Norte
PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar na Região Norte
PODE – Programa Otimização Dietas Escolares
PPTT – Programa de Prevenção e Tratamento do Tabagismo
PRESSE – Programa Regional de Educação Sexual Escolar
REVIVE – Rede Nacional de Vigilância de Vetores
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
ROC – Revisor Oficial de Contas
SCI – Sistema de Controlo Interno
SGQ – Sistema de Gestão de Qualidade
SICA – Sistema de Informação para a Contratualização e Acompanhamento
SIGIC – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia
SINAS – Sistema Nacional de Avaliação em Saúde

SINAVE – Sistema Nacional de Vigilância de Vetores
SIRIEF – Sistema de Recolha de Informação Económica e Financeira
SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
SROC – Sociedade de Revisores Oficiais de Contas
UCC – Unidade de Cuidados Continuados
UCSP - Unidade de Cuidados Saúde Personalizados
ULS – Unidade Local de Saúde
ULSAM – Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E.
USF – Unidade de Saúde Familiar

I.Síntese (Sumário Executivo)

A síntese ou sumário executivo deve permitir a fácil perceção do conteúdo do relatório e, em particular, mencionar as alterações mais significativas em matéria de Boas Práticas de Governo Societário adotadas em 2024.
Da tabela a incluir constará a informação seguinte:

CAPÍTULO II do RJSPE - Práticas de bom governo		Sim	Não	Data
Artigo 43º	Apresentou Plano de Desenvolvimento Organizacional para 2025 adequado aos recursos e fontes de financiamento disponíveis	X		2025-01-10
	Obteve aprovação pelas tutelas setorial e financeira do Plano de Atividades e Orçamento para 2024	X		2023-08-04
Artigo 44º	Divulgou informação sobre estrutura acionista, participações sociais, operações com participações sociais, garantias financeiras e assunção de dívidas ou passivos, execução dos objetivos, documentos de prestação de contas, relatórios trimestrais de execução orçamental com relatório do órgão de fiscalização, identidade e curriculum dos membros dos órgãos sociais, remunerações e outros benefícios	X		-
Artigo 45º	Submeteu a informação anual ao Revisor Oficial de Contas, que é responsável pela Certificação Legal das Contas da empresa	X		
Artigo 46º	Elaborou o relatório identificativo de ocorrências, ou risco de ocorrências, associado à prevenção da corrupção	X		
Artigo 47º	Adotou um código de ética e divulgou o documento	X		2010-04-04
Artigo 48º	Tem contratualizada a prestação de serviço público ou de interesse geral, caso lhe esteja confiada	X		2025-01-29
Artigo 49º	Prosseguiu objetivos de responsabilidade social e ambiental	X		
Artigo 50º	Implementou políticas de recursos humanos e planos de igualdade	X		
Artigo 51º	Declarou a independência de todos os membros do órgão de administração e que os mesmos se abstêm de participar nas decisões que envolvam os seus próprios interesses	X		
Artigo 52º	Declarou que todos os membros do órgão de administração cumpriram a obrigação de comunicar as participações patrimoniais que detenham na empresa e relações suscetíveis de gerar conflitos de interesse ao órgão de administração, ao órgão de fiscalização e à Inspeção-Geral de Finanças	X		
Artigo 53º	Providenciou no sentido de que a UTAM tenha condições para que toda a informação a divulgar possa constar do sítio na *internet* da Unidade Técnica	X		
Artigo 54º	Apresentou o relatório do órgão de fiscalização em que é aferido constar do relatório anual de práticas de governo societário informação atual e completa sobre todas as matérias tratadas no Capítulo II do RJSPE (boas práticas de governação)	X		

A ULSAM constituiu-se pelo Decreto-Lei 183/2008, de 04 de setembro, retificado pelo Decreto-Lei n.º 12/2009, de 12 de janeiro. A ULSAM é uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, à qual é aplicado o regime jurídico do setor empresarial do Estado e das empresas públicas previsto no Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de dezembro, com as especificidades previstas no Decreto-Lei n.º 183/2008, de 4 de setembro, no seu regulamento interno e nas normas em vigor para o Serviço Nacional de Saúde. A sua sede social localiza-se na Estrada de Santa Luzia, no concelho de Viana do Castelo.

De acordo com os dados mais recentes do Instituto Nacional de Estatística (INE), o território abrangido tem uma superfície de 2.219 Km^2. A população aí residente representa 2,20% da população de Portugal e, aproximadamente, 6,4% da população da Região Norte, estimando-se em 234.215 indivíduos. Quanto à distribuição etária, 11,0% da população possui menos de 15 anos, 60,0% encontra-se em idade ativa (15 - 64 anos) e 28,9% tem 65 anos ou mais.

As atribuições da ULSAM constam dos seus regulamentos internos, sendo fixadas de acordo com a política de saúde a nível nacional e regional e com os planos estratégicos superiormente aprovados e são desenvolvidas através de contratos programa, em articulação com as atribuições das demais instituições do sistema de saúde.

Em resultado da publicação dos estatutos por via do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro (revogado pelo Decreto Lei n.º 52/2022 de 4 de agosto), a ULSAM criou um novo Regulamento Interno, o qual foi homologado pela Tutela em 22.07.2022.

O Contrato-Programa de 2024-26 data de 28 de fevereiro de 2024, com efeitos a 1 de janeiro de 2024.

O Despacho n.º 2726/2024 da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I. P., nos termos do disposto nos artigos 69.º e 77.º dos Estatutos dos hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e unidades locais de saúde, constantes do capitulo IV do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprovou o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, no artigo 21.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, na sua redação atual, e no artigo 26.º da Lei n.º 82/2023, de 29 de dezembro, que aprova o Orçamento de Estado para 2024, designa os membros do conselho de administração da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E. P. E. para um mandato de três anos, 2024-2026, com efeitos a 29 de janeiro de 2024:

- Presidente do Conselho de Administração – João Porfírio Carvalho de Oliveira;
- Vogal executiva com funções de Diretora Clínica para a área dos Cuidados Hospitalares – Paula Cristina Amorim Felgueiras;
- Vogal executivo com funções de Diretor Clínico para a área dos Cuidados de Saúde Primários – José Manuel Silva da Cunha;
- Enfermeira Diretora – Rosinda Marinho Pereira Costa;
- Vogal executiva – Susana Maria Lopes Cardoso.

De referir que, conforme estabelece o Anexo I ao Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, são 6 os elementos que compõem o CA da ULSAM, EPE, pelo que aguardamos a todo o momento a nomeação do/a Vogal Executivo/a por indicação da Comunidade Intermunicipal do Alto Minho.

A sociedade BDO & Associados, Lda., foi designada como Revisor Oficial de Contas (ROC) da ULSAM, através do Despacho n.º 1393/2022 dos Senhores Secretários de Estado do Tesouro e da Saúde, de 2 de fevereiro, para o triénio 2022-2024.

A política remuneratória dos órgãos socias da ULSAM encontra-se em conformidade com as orientações legais em vigor.

O capital social da ULSAM é de 85.785.848€.

II. Missão, Objetivos e Políticas

1. Indicação da missão e da forma como é prosseguida, assim como da visão e dos valores que orientam a empresa (vide artigo 43.º do RJSPE).

A ULSAM, E.P.E. é uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do regime jurídico do setor público empresarial.

A ULSAM tem por **missão** a identificação das necessidades de saúde da população prestando cuidados de saúde, integrados, sustentáveis e de proximidade, ao longo do ciclo vital, no respeito pela integridade e dignidade dos utentes, otimizando os recursos, garantindo a qualidade e efetividade da prestação de cuidados, tendo em vista a excelência técnica, científica e relacional, criando condições para a captação, estímulo e desenvolvimento dos seus profissionais e um forte sentido de vinculação e confiança nos utentes e nos colaboradores.

A ULSAM ambiciona ser uma instituição de excelência na prestação de cuidados de saúde em Portugal, reconhecida pela promoção, diferenciação e criação de valor na gestão integrada de cuidados de saúde à sua população, com eficiência, responsabilidade, sustentabilidade e inovação, conjugando com as atividades de ensino, investigação e formação.

No desenvolvimento da sua atividade, a ULSAM e os seus colaboradores regem-se pelos seguintes valores:

a) Atitude centrada no cidadão e respeito pela dignidade humana
b) Ética, Profissionalismo e Responsabilidade
c) Integridade e Humanização
d) Equidade e Transparência
e) Qualidade e Segurança
f) Orgulho e Sentimento de Pertença
g) Sustentabilidade Financeira e Ambiental

Através da uma gestão integrada de cuidados a ULSAM fomenta uma prestação de cuidados de saúde eficiente, de qualidade e com elevado grau de satisfação dos seus utentes, no sentido de acrescentar valor ao processo de produção e gerar ganhos em saúde para a população do Alto Minho.
A ULSAM é constituída pelas seguintes unidades de prestação de cuidados:

1. Agrupamento de Centros de Saúde do Alto Minho (ACES Alto Minho), constituído por 12 centros de saúde, num total de 36 unidades funcionais.
2. Hospital de Santa Luzia de Viana do Castelo (HSLVC).
3. Hospital Conde de Bertiandos, Ponte de Lima (HCB).

A ULSAM é responsável pelos cuidados de saúde da população do Alto Minho, num total de 234.215 habitantes (INE, 2024). No entanto, presta cuidados a uma população ainda maior, uma vez que a população inscrita no ACES do Ato Minho totaliza 250.186 utentes (SIARS, 26/12/2024).

2. *Indicação de políticas e linhas de ação desencadeadas no âmbito da estratégia definida (vide artigo 38.º do RJSPE).*

Neste âmbito, em 2024, foram analisados fatores internos e externos, possibilitando a identificação de pontos fortes e pontos fracos da organização, bem como as oportunidades de melhoria e ameaças a que a mesma está sujeita, recorrendo à análise SWOT. No seguimento dessa análise, identificam-se os grandes eixos, que determinam a orientação estratégica para a ULSAM:

Análise do Ambiente Interno e Externo (SWOT) 2024

Pontos Fortes - Strengths	**Pontos Fracos - Weaknesses**
- Modelo organizacional da ULSAM - Governação Clinica e de Saúde - Monitorização, acompanhamento e contratualização interna com os departamentos da ULSAM - Acesso aos cuidados de saúde - Informatização Clínica	- Baixa interoperabilidade e integração dos sistemas de informação - Excesso de plataformas informáticas - Rede informática e Hardware - Comunicação deficiente - Absentismo - Resposta à doença aguda
Oportunidades - Opportunities	**Ameaças - Threats**
- Relançamento da reforma dos CSP - Processos assistenciais integrados da DGS - Normas de orientação clinica da DGS - Acreditação/Certificação das Unidades - Internato Médico - Formação Geral e Especializada - Estágios académicos - Plano Nacional para a segurança dos doentes 2015-2020	- Modelo de financiamento desajustado - Centralização das decisões e processos - Dispersão geográfica das unidades funcionais do DCSP do Alto Minho - Envelhecimento da população do Alto Minho - Literacia em Saúde - Crise económico-financeira

EIXOS ESTRATÉGICOS 2024

Eixo 1 – Reforma Hospitalar

- ✓ Ação I - Ajustamento de camas de agudos
  - Melhorar a utilização da capacidade instalada
- ✓ Ação II – Ajustamento de recursos humanos
  - Ajustar o número de profissionais à atividade desenvolvida
- ✓ Ação III – Sistemas de informação
  - Agilização de processos e integração de sistemas
- ✓ Ação IV – Qualidade
- ✓ Ação V – Modelo de governação

Eixo 2 – Prevenção da doença (Envolver a Sociedade)

- ✓ Ação I - Potenciar promoção da saúde (PdaS)
  - Dinamizar ações de PdaS junto da comunidade (álcool, tabaco e obesidade)
- ✓ Ação II - Programas Rastreio
  - Prosseguir com a dinamização das ações junto da comunidade (rastreio do cancro do colon e reto, do colo do útero, retinopatia diabética, saúde visual infantil)
- ✓ Ação III - Sinergias Institucionais
  - Dinamizar ações em Associações (Reformados, dadores de sangue, diabéticos, APPACDM, Amigos do Mar, Associação empresarial, restauração);
  - Promover o voluntariado, nomeadamente para visitas/apoio domiciliário - Guias, escuteiros, associação juvenil.
- ✓ Ação IV - Participação Comunitária
  - Constituição de uma "Comissão Promotora" que deve incluir elementos do tecido associativo, dos serviços e cidadãos interessados em participar a título individual;
  - Desenvolver programas de intervenção precoce, com integração da comunidade (Saúde Oral).

Eixo 3 – Gerar Conhecimento

- ✓ Ação I - Melhoria dos Fluxos de Informação
  - Reconfigurar o Portal da Instituição para melhorar a navegabilidade do trabalhador com acesso a informação continua e atualizada;
  - Desmaterialização de processos.
- ✓ Ação II - Valorização da Formação
  - Incrementar a implementação da Teleformação;
  - Promover a capacidade docente dos colaboradores através da criação de pool de formadores internos e externos.

- ✓ Ação III - Promover a Investigação
    - Estabelecer parcerias com escolas/IPVC de forma a potenciar projetos de investigação

Eixo 4 – Gestão da doença crónica (Gerir a complexidade)

- ✓ Ação I - Integração Cuidados
    - Dinamizar a Telemedicina/Telessaúde;
    - Gestão integrada do doente crónico;
    - Envolver o doente, cuidadores/associações doentes e comunidade da gestão da doença.
- ✓ Ação II - Aumentar Capacidade Resolutiva dos CSP
    - Programas de análise conjunta (CSP/CSH), sobre os problemas de saúde mais frequentes, baseadas nas *Guidelines*.

Eixo 5 - Gestão da doença aguda

- ✓ Ação I - Garantir a Acessibilidade
    - Ajustar a resposta dos cuidados de saúde primários à doença aguda.
    - Criação da Via Verde da doença aguda.

Eixo 6 - Sustentabilidade económico-financeira

- ✓ Ação I - Ganhos de eficiência na aquisição de bens e serviços
    - Introdução no consumo hospitalar de genéricos e biossimilares em substituição dos medicamentos de referência de maior custo;
    - Adesão à agregação de compras centralizadas pelos SPMS, com ganhos de economia por força do abaixamento dos preços;
    - Implementar uma política de utilização racional e eficaz de medicamentos;
    - Implementar uma política de utilização racional e eficaz de MCDT.
- ✓ Ação II – Internalização
    - Internalização de MCDT nos Cuidados de Saúde Primários;
- ✓ Ação III- Hospitalização Domiciliária
    - Hospitalização Domiciliária, diminuindo os internamentos hospitalares.
- ✓ Ação IV- Desmaterialização
    - Implementação de programas de desmaterialização para redução do consumo de papel e consumíveis.

a) Objetivos e resultados definidos pelos acionistas relativos ao desenvolvimento da atividade empresarial a alcançar em cada ano e triénio, em especial os económicos e financeiros.

A Tutela financeira da ULSAM é o Ministério das Finanças e a Tutela sectorial corresponde ao Ministério da Saúde. O Contrato-Programa de 2024 da ULSAM, assinada em 28 de fevereiro de 2024, prevê um valor de capitação de 255 910 099,11 €, correspondente ao valor per capita da população residente, no qual está incluído o valor específico relativo à formação de internos.

Através da uma gestão integrada de cuidados a ULSAM fomenta uma prestação de cuidados de saúde eficiente, de qualidade e com elevado grau de satisfação dos seus utentes, no sentido de acrescentar valor ao processo de produção e gerar ganhos em saúde para a população do Alto Minho.

O acompanhamento do Plano de Desempenho do DCSP do Alto Minho, de uma forma global e por unidade funcional foi permanente. O acompanhamento dos compromissos assumidos por cada unidade funcional nas suas Cartas de Compromisso foi periódico, de modo a analisar os desvios e propor a implementação de medidas corretivas sempre que se afigurou necessário.

b) Grau de cumprimento dos mesmos, assim como a justificação dos desvios verificados e das medidas de correção aplicadas ou a aplicar.

O Conselho de Administração da ULSAM empreendeu todos os esforços possíveis e que dependem da sua gestão diária, para atingir as metas previstas nesta área da sustentabilidade económico-financeira.

As orientações específicas de gestão são as previstas no Contrato Programa 2024, celebrado entre a ULSAM, a Direção Executiva do SNS e a ACSS. Os objetivos de gestão e as respetivas metas constam do mesmo Contrato Programa, nomeadamente no que diz respeito à prestação de serviços e cuidados de saúde, em termos de produção contratada e respetiva remuneração, incentivos institucionais atribuídos em função do cumprimento dos objetivos de qualidade e eficiência e orçamento económico-financeiro.

Quadro de Objetivos de Produção Cuidados de Saúde Hospitalares (Apêndice I do CP)

Linhas	CP 2024	dez/23	dez/24	Var. 23/24	execução CP
PRODUÇÃO TOTAL					
Cuidados Primários					
Consultas					
Nº Consultas Médicas Presenciais (CSP)	511988	536 818	559 639	4%	109%
Nº Consultas Médicas Não Presenciais (CSP)	444 091	486 385	455 060	-6%	102%
Serviços Domiciliários					
Nº Visitas Domiciliárias Médicas (CSP)	8 199	7 142	7 983	12%	97%
Nº Visitas Domiciliárias Enfermagem (CSP)	64 190	71786	74 419	4%	116%
Outras Consultas por Pessoal Não Médico					
Nº Consultas de Enfermagem (CSP)	784 000	773 973	870 832	13%	111%
Nº Consultas de Outros Profissionais (CSP)	15 517	18 540	20 109	8%	130%
Cuidados Hospitalares					
Consultas Externas					
Nº Total Consultas Médicas	**264 413**	**285 484**	**300 279**	5%	**114%**
Primeiras Consultas	**77 572**	**80 812**	**81447**	1%	**105%**
Primeiras Consultas com origem nos CSP referenciadas via CTH	39 448	40 150	38 750	-3%	98%
Primeiras Consultas Descentralizadas	1800	1562	1450	-7%	81%
Primeiras Consultas	36 324	39 100	41247	5%	114%
Consultas Subsequentes	**186 841**	**204 672**	**218 832**	7%	**117%**
Consultas Subsequentes Descentralizadas	2 600	2 457	2 423	-1%	93%
Consultas Subsequentes	184 241	202 215	216 409	7%	117%
Internamento					
Doentes Saídos - Agudos					
D. Saídos - GDH Médicos (Total)	10 465	10 950	11240	3%	107%
GDH Cirúrgicos	**6 840**	**5 856**	**6 353**	8%	**93%**
D. Saídos - GDH Cirúrgicos Programados (Total)	4 308	3 271	3 871	18%	90%
D. Saídos - GDH Cirúrgicos Urg (Total)	2 532	2 585	2 514	-3%	99%
Urgência					
Urgência - Total Atendimentos					
Total Atendimentos SU Médico-Cirúrgica	102 263	105 502	108 412	3%	94%
Total de Atendimentos SU Básica	61482	65 565	62 902	-4%	98%
N.º de Atendimentos (sem Internamento)					
Total Atendimentos SU Médico-Cirúrgica	92 135	95 698	97 864	2%	94%
Total de Atendimentos SU Básica	58 370	64 491	62 191	-4%	93%

Linhas	CP 2024	dez/23	dez/24	Var. 23/24	execução CP
PRODUÇÃO TOTAL					
Hospital de Dia					
Hematologia / Imuno-hemoterapia	1348	1572	1600	2%	119%
Psiquiatria e Unidades Sócio-Ocupacionais	1810	1464	1336	-9%	74%
Base (Pediatria+Pneumologia+Oncologia s/ Quimio+Outros)	13 576	15 237	17 533	15%	129%
Serviços Domiciliários					
Total de Domicílios	3 374	2 633	2 520	-4%	75%
Hospitalização Domiciliária	130	0	0	0%	0%
GDH Ambulatório					
GDH Médicos de Ambulatório (Total)	702	645	1387	115%	198%
GDH Cirúrgicos de Ambulatório (Total)	7 500	9 891	9 772	-1%	130%
Sessões de Quimioterapia					
Quimioterapia	5 909	6 559	7 027	7%	119%
Rastreios - N.º de Rastreios					
Rastreio do Cancro da Mama	72	n.d	n.d	n.d.	n.d.
Rastreio do Cancro do Colo do Útero	435	453	577	27%	133%
Rastreio do Cancro do Cólon e Reto	150	n.d.	40	n.d.	n.d.
Rastreio da Retinopatia Visual (**)	330	231	11	-95%	3%
Rastreio Visual Infantil	300	494	215	-56%	72%

Fonte: Acompanhamento do Plano de Desempenho, Dezembro 2024

Quadro 1 – **CP Apêndice II – Cuidados hospitalares**

Índice de Desempenho Global | Indicadores Nacionais			
Áreas/ indicadores	**2024***	**Final CP 2024**	**Taxa cumprimento**
A. Acesso			
A.1 Índice de Desempenho da Sub-área Acesso *	84,0	84,8	99,1%
A.2 Percentagem de pedidos em Lista de Espera para Consulta (LEC) dentro do TMRG	41,0%	75%	54,7%
A.3 Percentagem de utentes em Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) dentro do TMRG	76,0%	85%	89,4%
B. Qualidade Assistencial			
B.1 Índice de Desempenho da Sub-área Gestão da Saúde *	81,50	75,75	107,6%
B.2 Índice de Desempenho da Sub-área Gestão da Doença *	73,70	75,67	97,4%
B.3 Índice de Desempenho* da Sub-área Qualificação da Prescrição *	50,10	63,13	79,4%
B.4 Percentagem de reinternamentos em 30 dias, na mesma grande categoria de diagnóstico	3%	3,37%	108,0%
B.5 Percentagem de cirurgias em ambulatório, para procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis	2%	1%	220,0%
B.6 Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas	39%	55%	71,2%
B.7 Demora média ajustada	0,93	1	107,0%
B.8 Demora média antes da cirurgia	0,66	0,7	105,7%
B.10 Número de ensaios clínicos iniciados no ano	8	12	66,7%
B.11 Percentagem de doentes saídos em hospitalização domiciliária (GDH) no total de doentes saídos (GDH)		0,9	
B.12 Percentagem de consultas hospitalares descentralizadas, domiciliárias e de saúde mental na comunidade no total de consultas hospitalares realizadas	1,3%	2,85%	45,6%
3. Integração de Cuidados			
D.4 Percentagem de utilizadores frequentes do SU (> 4 episódios no ano)	4,3%	3%	57,7%
D.5 Percentagem de episódios triados com cor verde, azul ou branca no SU	42%	40%	93,8%

*2024: Informação prevista.

Em 2024, o Índice de Desempenho Global (IDG) disponível na plataforma SICA é de 56.8 % (resultado provisório retirado da plataforma SICA a 27/03/2025). Contudo este resultado é provisório uma vez que se encontram por apurar no aplicativo vários indicadores que compõem o IDG, nomeadamente o IDG da matriz multidimensional do DCSP que ainda não se encontra fechado. A análise interna aponta para um resultado de 87.1%.

A monitorização dos objetivos do contrato programa é constante na ULSAM, que, no sentido de ver reforçado o seu bom desempenho, em 2024 deu continuidade à sua estratégia de partilha e envolvimento dos profissionais. Procurou encontrar e implementar medidas que aprimorassem os seus resultados, nomeadamente na melhoria do acesso, no controlo da Demora Média do Internamento e dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos Cirúrgicos e internamentos evitáveis.

A prestação de Cuidados Continuados Integrados à população da área de influência da ULSAM é garantida por 2 Unidades de Internamento (Unidades de Convalescença) e 10 Equipas Domiciliárias (Equipas de Cuidados Continuados Integrados). A coordenação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados é assegurada a nível local por 2 Equipas Coordenadoras Locais. Sediada no Hospital de Santa Luzia, a Equipa de Gestão de Altas (EGA) é responsável pela preparação e gestão de altas hospitalares em coordenação com os Serviços de Internamento, para os doentes que requerem seguimento dos seus problemas de saúde e sociais, quer no domicílio quer em articulação com as unidades de convalescença e as unidades de média duração e reabilitação existentes na área de influência.

A ULSAM dispõe de uma Equipa de Cuidados Paliativos (ECP), composta por uma Equipa Intra Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) e por uma Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP). A EIHSCP presta apoio e consultoria a todos os serviços de internamento hospitalares da área de influência, realiza consulta externa e acompanhamento em Hospital de Dia. A EIHSCP é uma entidade prestadora de cuidados da RNCCI, pelo que a sua atividade de consultoria se estende a todas as Unidades da RNCCI, na área de abrangência da ULSAM.

3. Indicação dos fatores críticos de sucesso de que dependem os resultados da empresa.

As Entidades Públicas Empresariais (EPE) integradas no Serviço Nacional de Saúde (SNS), enquanto prestadoras de cuidados de saúde aos cidadãos, têm uma natureza específica que as diferencia das restantes empresas públicas. O setor da saúde enfrenta enormes desafios como a transição demográfica, a transição epidemiológica ou os elevados custos com os cuidados de saúde, que se pretendem de qualidade e em tempo útil.

O Alto Minho é uma região muito afetada pelo fenómeno demográfico negativo, decorrente do saldo natural[1] e saldo migratório[2] negativos. O índice de envelhecimento[3] apresenta uma tendência crescente, tendo passado de 184.3 idosos por cada 100 jovens em 2013, para 263.0 em 2023, valor mais elevado que Portugal (188.1) e a RN (197.4).

São fatores críticos de sucesso com implicações nos resultados da ULSAM, que contribuem para uma elevada incidência de doenças crónicas e uma pressão económica mais acentuada.

Este retrato apresenta um enorme desafio para a ULSAM, que pretende assegurar cuidados de saúde com níveis de excelência, no exercício de uma gestão responsável, procurando a eficiência e a sustentabilidade, alinhada com uma estratégia centrada no doente, na eficiência e no envolvimento das pessoas.

4. *Evidenciação da atuação em conformidade com as orientações definidas pelos ministérios setoriais, designadamente as relativas à política sectorial a prosseguir, às orientações específicas a cada empresa, aos objetivos a alcançar no exercício da atividade operacional e ao nível de serviço público a prestar pela empresa (vide n.º 4 do artigo 39.º do RJSPE).*

No âmbito do cumprimento destas obrigações legais e estatutárias, a ULSAM divulgou o ponto de situação das mesmas no Relatório & Contas de 2024.

III. Estrutura de capital

1. *Divulgação da estrutura de capital (consoante aplicável: capital estatutário ou capital social, numero de ações, distribuição do capital pelos acionistas, etc.), incluindo indicação das diferentes categorias de ações, direitos e deveres inerentes às mesmas e percentagem de capital que cada categoria representa (vide alínea a) do n.º 1 do artigo 44.º do RJSPE).*

O capital social da ULSAM é de 85.785.848€.

Estrutura Acionista	2022	2023	2024
Total do Capital Social (Milhares de €)	69 860	85 786	85 786
Capital social detido pelo Estado %	100%	100%	100%

[1] Diferença entre o número de nados vivos e o número de óbitos.
[2] Diferença entre o número de entradas e saídas por migração, internacional ou interna, para um determinado país ou região.
[3] Relação entre a população idosa (65 ou mais anos) e a população jovem (0 e os 14 anos).

2. *Identificação de eventuais limitações à titularidade e/ou transmissibilidade das ações.*

O capital estatuário da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE, é detido pelo Estado em 100% e não se encontra representado por ações.

3. *Informação sobre a existência de acordos parassociais que sejam do conhecimento da empresa e possam conduzir a eventuais restrições.*

O Estado é o único acionista da ULSAM e esta não celebrou qualquer espécie de acordo parassocial.

IV. Participações Sociais e Obrigações detidas

1. *Identificação das participações sociais que a empresa pública detém (vd. alínea b) do n.º 1 do artigo 44.º do RJSPE).*

A ULSAM e os seus órgãos sociais, não são titulares de participações noutras entidades.

2. *Explicitação da aquisição e alienação de participações sociais, bem como da participação em quaisquer empresas de natureza associativa ou fundacional (vide alínea c) do n.º 1 do artigo 44.º do RJSPE).*

A ULSAM não adquiriu nem alienou participações sociais durante o exercício de 2024.
A ULSAM é associada do Serviço de Utilização Comum dos Hospitais (SUCH), com uma quotização mensal de € 250.
A ULSAM, sendo uma Instituição Hospitalar com mais de 500 camas, assegura uma quotização anual no valor de 3 000€ à Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar.

3. *Indicação do número de ações e obrigações detidas por membros dos órgãos de administração e de fiscalização, bem como das pessoas indicadas no n.º 2 do artigo 447.º do CSC, nos termos do n.º 5 do artigo 447.º do CSC.*

De acordo com o estipulado no artigo 63.º do Decreto de Lei n.º 52/2022, de 04 de agosto, o capital estatuário é detido pelo Estado.
Os membros dos órgãos de administração desta Instituição e de fiscalização (Conselho Fiscal, ROC), não detêm ações em entidades em relação de domínio ou grupo.

4. *Informação sobre a existência de relações de natureza comercial entre os titulares de participações e a empresa.*

Como referido no ponto anterior o capital estatuário é detido pelo Estado.
A ULSAM estabelece com a tutela um Contrato-Programa, onde são fixados, objetivos de produção no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários e Cuidados de Saúde Secundários, bem como objetivos de qualidade, nacionais, regionais e locais, que são objeto de uma monitorização sistemática e aferidos anualmente através do Índice de Desempenho Global (IDG) da Instituição.

V. Órgãos Sociais e Comissões

A. Modelo de Governo

A empresa deve apresentar um modelo de governo societário que assegure a efetiva separação entre as funções de administração executiva e as funções de fiscalização (vide n.º 1 do artigo 30.º do RJSPE).

1. Identificação do modelo de governo adotado.

A ULSAM assume um modelo de governo societário que assegure a efetiva separação entre as funções de administração executiva e as funções de fiscalização de acordo com o n.º 1 do artigo 30.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 de 3 de outubro.
Atualmente rege-se pelos estatutos publicados no Decreto-Lei n.º 52/2022 de 4 de agosto, diploma esse que aprova:

a) O Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, adiante designado por Estatutos;
b) O regime de criação, organização e funcionamento dos Departamento dos Cuidados de saúde Primários (DCSP);
c) Os Estatutos dos hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e unidades locais de saúde (ULS), integrados no setor empresarial do Estado ou no setor público administrativo.

A ULSAM é constituída pelas seguintes unidades de prestação de cuidados:

- Departamento dos Cuidados de saúde Primários (DCSP), constituído por 12 centros de saúde, num total de 37 unidades funcionais (onde se inclui a Unidade de Saúde Pública)
- Hospital de Santa Luzia de Viana do Castelo (HSLVC).
- Hospital Conde de Bertiandos, Ponte de Lima (HCB).

A Área de Cuidados Continuados Integrados da ULSAM à população é garantida por 2 Unidades de Internamento (Unidades de Convalescença) e 10 Equipas Domiciliárias (ECCI).

A coordenação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados é assegurada a nível local por 2 Equipas Coordenadoras Locais.

Sediada no Hospital de Santa Luzia, a **Equipa de Gestão de Altas** é responsável pela preparação e gestão de altas hospitalares em coordenação com os Serviços de Internamento para os doentes que requerem seguimento dos seus problemas de saúde e sociais, quer no domicílio quer em articulação com as unidades de convalescença e as unidades de média duração e reabilitação existentes na área de influência.

A ULSAM dispõe de uma **Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos** (EIHSCP), que presta apoio e consultoria a todos os serviços de internamento hospitalares da área de influência e uma **Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos** (ECSCP), que concede apoio e suporte, de modo direto, aos Serviços Hospitalares, às ECCI, às Equipas de Saúde Familiar e às Unidades de Internamento da RNCCI na área de abrangência da ULSAM.

Através do Despacho n.º 2726/2024, de 14 de março da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I. P, os membros do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E. foram designados para um mandato de três anos, 2024-2026, com efeitos a 29 de janeiro de 2024:

2024/2026 - Conselho de Administração

Cargo	Órgãos Sociais	Eleição	Mandato
Presidente Vogal executiva Diretor Clínico* Diretor Clínico** Enf. Diretora	Dr. João Porfírio Carvalho de Oliveira Dr.ª Susana Maria Lopes Cardoso Dr. José Manuel Silva da Cunha Dr.ª Paula Cristina Amorim Felgueiras Enf.ª Rosinda Marinho Pereira Costa	Despacho n.º 2726/2024 da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde - Diário da República, 2ª Série – Nº 53 – 14 de março de 2024	2024-2026
	Conselho Fiscal		
Presidente Vogal Vogal Suplente	Dr. André Miguel Andrade e Silva Junqueira Mendonça Dr.ª Ana Filipa dos Santos Gonçalves Dr.ª Ana Luísa Louro da Graça Peixito Soares	Despacho Conjunto do Secretário de Estado do Tesouro e Secretário de Estado da Saúde	2018-20
	Revisor Oficial de Contas		
Efetivo	BDO & Associados, SROC, Lda. (SROC n.º 29) Representada por Dr. Paulo Jorge de sousa da Fonseca Ferreira (ROC n.º 781)	Despacho n.º 1393/2022 Despacho conjunto do Secretário de Estado do Tesouro e Secretário de Estado da Saúde	2022-24
	Conselho Consultivo		
Presidente	Término do mandato a novembro de 2017. Aguarda-se nomeação do novo Conselho Consultivo		

* Diretor Clínico para a área dos cuidados de saúde primários

** Diretora Clínica para a área dos cuidados hospitalares

Em 4 de Setembro de 2008 e ao abrigo do Decreto-Lei n.º 183/2008 foi criada a ULS do Alto Minho, EPE com a natureza de entidade pública empresarial.

Rege-se pelos estatutos publicados no Decreto-Lei n.º 52/2022 de 4 de agosto e pela legislação que lhe venha a ser aplicada.

O Conselho de Administração da ULSAM, E.P.E. é composto por um Presidente e cinco Vogais.

Os Órgãos Sociais da ULSAM integram os seguintes elementos:

- Conselho de Administração;
- Conselho Consultivo;
- Fiscal Único.

Cada um dos membros do Conselho de Administração procedeu, em cumprimento do disposto no n.º 8 do artigo 22.º do Decreto-Lei nº 71/2007, de 27 de março, e do artigo 11.º da Lei n.º 64/93, de 28 de agosto, nos 60 dias posteriores à data da tomada de posse, ao depósito na Procuradoria-Geral da República, de declaração de inexistência de incompatibilidades ou impedimento, com indicação de

todos os elementos necessários à verificação do cumprimento no disposto na lei n.º 64/93, de 28 de agosto.

Os membros do Conselho de Administração agem de forma isenta e não intervêm nas decisões que impliquem interesses próprios designadamente na aprovação de despesas por si realizadas – artigo 51.º do Decreto-Lei n.º 133/2013.

São Órgãos de Suporte ao Conselho de Administração:

- Auditor Interno;
- Gabinete de Gestão de Risco Clínico;
- Gabinete Jurídico;
- Gabinete de Planeamento e Informação para a Gestão;
- Gabinete de Planeamento para a Saúde;
- Gabinete de Qualidade e do Utente;
- Gabinete de Comunicação.
- Gabinete de Relações com o Poder Local

São Órgãos de Apoio Técnico ao Conselho de Administração:

- Comissões de Apoio Técnico: Comissão de Humanização e Segurança para o Doente; Comissão de Coordenação Clínica; Comissão de Controlo de Infeção / GCL PPCIRA; Comissão de Normalização de Consumos; Comissão de Coordenação Oncologia; Comissão Ética; Comissão de Coordenação da Interrupção da Gravidez; Comissão de Feridas; Comissão de Farmácia e Terapêutica; Comissão de Nutrição Artificial.
- Comissão Paritária;
- Conselho Coordenador de Avaliação;
- Direção do Internato Médico;
- Equipa de Gestão de Altas.

São Órgãos de Prestação de Cuidados:

- Agrupamento de Centros de Saúde do Alto Minho: CS Arcos de Valdevez; CS Barroselas; CS Caminha; CS Darque; CS Melgaço; CS Monção; CS Paredes de Coura; CS Ponte da Barca; CS Ponte de Lima/Freixo; CS Valença; CS Viana do Castelo; CS Vila Nova de Cerveira
- Departamentos Autónomos de Gestão: DAG Medicina; DAG Cirurgia; DAG Medicina Crítica; DAG Saúde da Mulher e da Criança; DAG Psiquiatria e Saúde Mental; DAG Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica; Departamento Consulta Externa;
- Serviços de Cuidados Continuados: Unidade de Convalescença de Ponte de Lima e de Valença; Equipa de Cuidados Paliativos (Equipa Intra Hospitalar de Suporte aos Cuidados Paliativos e Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos).

São Órgãos de Suporte à Prestação de Cuidados:

- Serviços de Esterilização;
- Serviço Farmacêutico;
- Serviço de Nutrição e Alimentação;
- Serviço Social;
- Serviço de Codificação Clínica Hospitalar;
- Serviço de Apoio Espiritual e Religiosa.

São Órgãos de Suporte à Gestão e Logística:

- Serviço de Aprovisionamento;
- Serviço de Instalações e Equipamentos;
- Serviço Hoteleiro e de Apoio Geral;
- Serviço de Gestão de Recursos Humanos;
- Serviço de Gestão Financeira;
- Serviço de Sistemas de Informação e Comunicação;
- Serviço Saúde Ocupacional e Saúde do Trabalho;
- Serviço de Gestão das Relações com Utentes e Entidades Externas Prestadoras de Serviços.

B. Assembleia Geral

A ULSAM, como E.P.E., não tem Assembleia Geral, pelo que todo este ponto não lhe é aplicável.

1. Composição da mesa da assembleia geral, ao longo do ano em referência, com identificação dos cargos e membros da mesa da assembleia geral e respetivo mandato (data de inicio e fim). Caso tenha ocorrido alteração de mandato durante o ano em reporte, a empresa deverá indicar os mandatos respetivos (o que saiu e o que entrou).

2. Identificação das deliberações acionistas que, por imposição estatutária, só podem ser tomadas com maioria qualificada, para além das legalmente previstas, e indicação dessas maiorias.

C. Administração e Supervisão

1. Indicação das regras estatutárias sobre procedimentos aplicáveis à nomeação e substituição dos membros, consoante aplicável, do Conselho de Administração, do Conselho de Administração Executivo e do Conselho Geral e de Supervisão.

A composição, mandato, competências, funcionamento, vinculação, estatutos dos membros e dissolução do Conselho de Administração são reguladas pelos artigos 11.º a 19.º do regulamento

interno da ULSAM, conformes com o disposto no Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, na sua redação atual.

Para além das competências específicas do **Presidente do Conselho de Administração**, constantes no artigo 13.º do regulamento interno da ULSAM, a cada um dos membros do Conselho de Administração, poderá ser atribuída a responsabilidade de pelouros próprios, com ou sem delegação de competências, definindo em ata os limites e condições do seu exercício.

As competências específicas da **Direção Clínica** constam do artigo 14.º do regulamento interno da ULSAM. No exercício das suas funções, o membro da direção clínica poderá ser coadjuvado por um número máximo de três adjuntos, sendo a sua área específica de atividade definida no respetivo despacho da nomeação.

As competências específicas da **Direção de Enfermagem** constam do regulamento interno da ULSAM. No exercício das suas funções, o enfermeiro que integra o Conselho de Administração, poderá ser coadjuvado por um máximo de três adjuntos, sendo a sua área específica de atividade definida no respetivo despacho de nomeação.

2. Indicação do número estatutário mínimo e máximo de membros e duração estatutária do mandato dos membros, consoante aplicável, do Conselho de Administração, do Conselho de Administração Executivo e do Conselho Geral e de Supervisão

De acordo com o n.º 2 do artigo 69.º da Subsecção I do Capítulo IV do Decreto-Lei n.º 52/2022 de 4 de agosto (com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 102/2023 - Diário da República n.º 215/2023, Série I de 2023-11-07 – "*O conselho de administração é composto por um presidente e um máximo de cinco vogais executivos, incluindo até dois diretores-clínicos, um enfermeiro-diretor, um vogal proposto pelo membro do Governo responsável pela área das finanças e um vogal proposto pela Comunidade Intermunicipal, ou pela Área Metropolitana, consoante a localização do estabelecimento de saúde E. P. E., em causa.*"

3. Caraterização da composição, consoante aplicável, do Conselho de Administração, do Conselho de Administração Executivo e do Conselho Geral e de Supervisão, com indicação do número estatutário mínimo e máximo de membros, duração estatutária do mandato, número de membros efetivos, data da primeira designação e data do termo de mandato de cada membro. Caso tenho ocorrido alteração de mandato durante o ano em reporte, a empresa deverá indicar os mandatos respetivos (o que saiu e o que entrou).

Através do Despacho n.º 11556/2020, de 23 de novembro, da Ministra da Saúde, os membros do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E. nomeados para o triénio 2017-2019, mantiveram-se em exercício de funções até 28 de janeiro de 2024:

Cargo	Órgãos Sociais	Eleição	Mandato
Presidente	Dr. António Franklim Ribeiro Ramos		
Vogal executiva	Dr.ª Maria Manuela Mota Duarte		
Vogal executivo	Dr. Rui Pedro Teixeira Ferreira da Silva b)	Resolução Nº 77/2017, do Conselho de Ministros - Diário da República, 1ª Série – Nº 109 – 6 de junho de 2017; Despacho n.º 11555/2020, de 11 de novembro	2017-2021
Diretor Clínico*	Dr. António Manuel Monteiro Fradão a)		
Diretor Clínico**	Professora Doutora Maria Cristina Pinto Brás Roque		
Enf. Diretora	Enf.ª Maria do Rosário dos Reis Vieira Rodrigues		
Diretor Clínico*	Dr.ª Fátima Cristina Mira da Fonseca c)	Resolução Nº 68/2018, do Conselho de Ministros -Diário da República, 1ª Série – Nº 100 – 24 de maio de 2018	
	Conselho Fiscal		
Presidente	Dr. André Miguel Andrade e Silva Junqueira Mendonça	Despacho Conjunto do Secretário de Estado do Tesouro e Secretário de Estado da Saúde	2018-20
Vogal	Dr.ª Ana Filipa dos Santos Gonçalves		
Vogal Suplente	Dr.ª Ana Luísa Louro da Graça Peixito Soares		
	Revisor Oficial de Contas		
Efetivo	BDO & Associados, SROC, Lda. (SROC n.º 29) Representada por Dr. Paulo Jorge de sousa da Fonseca Ferreira (ROC n.º 781)	Despacho n.º 1393/2022 Despacho conjunto do Secretário de Estado do Tesouro e Secretário de Estado da Saúde	2022-24
	Conselho Consultivo		
Presidente	Término do mandato a novembro de 2017. Aguarda-se nomeação do novo Conselho Consultivo		

*** Diretora Clínica para a área dos cuidados de saúde primários**

**** Diretora Clínica para a área dos cuidados hospitalares**

a) Renúncia ao cargo
b) Comissão de serviço com referência a 16 de outubro de 2021
c) Cessou o seu mandato como Diretora Clínica para a área dos Cuidados de Saúde Primários da ULSAM a 01/12/2022, na sequência da sua designação para o Conselho de Gestão da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I.P. (RCM n.º 120/2022 de 5 de dezembro).

2017/2019 - Conselho de Administração

Cargo	Órgãos Sociais	Eleição	Mandato
Presidente	Dr. António Franklim Ribeiro Ramos		
Vogal executiva	Dr.ª Maria Manuela Mota Duarte		
Vogal executivo	Dr. Rui Pedro Teixeira Ferreira da Silva b)	Resolução Nº 77/2017, do Conselho de Ministros - Diário da República, 1ª Série – Nº 109 – 6 de junho de 2017	2017-2019
Diretor Clínico*	Dr. António Manuel Monteiro Fradão a)		
Diretor Clínico**	Professora Doutora Maria Cristina Pinto Brás Roque		
Enf. Diretora	Enf.ª Maria do Rosário dos Reis Vieira Rodrigues		
Diretor Clínico*	Dr.ª Fátima Cristina Mira da Fonseca	Resolução Nº 68/2018, do Conselho de Ministros -Diário da República, 1ª Série – Nº 100 – 24 de maio de 2018	
	Conselho Fiscal		
Presidente	Dr. Carlos Alberto da Silva e Cunha		
Vogal	Dr. André Miguel Andrade e Silva Junqueira Mendonça	Despacho conjunto de Suas Excelências os Secretários de Estado da Saúde e do Tesouro (20/03/2018)	2018-2020
Vogal	Dr.ª Ana Filipa dos Santos Gonçalves		
Vogal Suplente	Dr.ª Ana Luísa Louro da Graça Peixito Soares		
	Revisor Oficial de Contas		
Efetivo	Grant Thornton & Associados, SROC, Lda. (ROC n.º 67) Representada por Dr. Joaquim Filipe Martins de Moura Areosa (ROC n.º 1027) c)	Despacho conjunto de Suas Excelências os Secretários de Estado da Saúde e do Tesouro (21/08/2018)	2018-2020
	Conselho Consultivo		
Presidente	Término do mandato a novembro de 2017. Aguarda-se nomeação do novo Conselho Consultivo		

*** Diretora Clínica para a área dos cuidados de saúde primários**

**** Diretora Clínica para a área dos cuidados hospitalares**

a) renuncia ao cargo
b) Comissão de serviço com referência a 16 de outubro de 2021
c) Cessaram funções em novembro 2021, tendo sido nomeada a sociedade BDO & Associados, Sociedade de Revisores Oficiais de Contas, L.da, como revisor oficial de contas da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E. P. E., a 2/2/2022 conforme Despacho n.º 1393/2022

Mandato 2024/2026

Através do Despacho n.º 2726/2024, de 14 de março da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I. P, os membros do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E. foram designados para um mandato de três anos, 2024-2026, com efeitos a 29 de janeiro de 2024:

2024/2026 - Conselho de Administração

Cargo	Órgãos Sociais	Eleição	Mandato
Presidente Vogal executiva Diretor Clínico* Diretor Clínico** Enf. Diretora	Dr. João Porfírio Carvalho de Oliveira Dr.ª Susana Maria Lopes Cardoso Dr. José Manuel Silva da Cunha Dr.ª Paula Cristina Amorim Felgueiras Enf.ª Rosinda Marinho Pereira Costa	Despacho n.º 2726/2024 da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde - Diário da República, 2ª Série – Nº 53 – 14 de março de 2024	2024-2026
	Conselho Fiscal		
Presidente Vogal Vogal Suplente	Dr. André Miguel Andrade e Silva Junqueira Mendonça Dr.ª Ana Filipa dos Santos Gonçalves Dr.ª Ana Luísa Louro da Graça Peixito Soares	Despacho Conjunto do Secretário de Estado do Tesouro e Secretário de Estado da Saúde	2018-20
	Revisor Oficial de Contas		
Efetivo	BDO & Associados, SROC, Lda. (SROC n.º 29) Representada por Dr. Paulo Jorge de sousa da Fonseca Ferreira (ROC n.º 781)	Despacho n.º 1393/2022 Despacho conjunto do Secretário de Estado do Tesouro e Secretário de Estado da Saúde	2022-24
	Conselho Consultivo		
Presidente	Término do mandato a novembro de 2017. Aguarda-se nomeação do novo Conselho Consultivo		

* Diretor Clínico para a área dos cuidados de saúde primários

** Diretora Clínica para a área dos cuidados hospitalares

4. Distinção dos membros executivos e não executivos do Conselho de Administração e, relativamente aos membros não executivos, identificação dos membros que podem ser considerados independentes, ou, se aplicável, identificação dos membros independentes do Conselho Geral e de Supervisão (vide artigo32.º do RJSPE).

Todos os membros do Conselho de Administração exercem funções executivas.

5. Apresentação de elementos curriculares relevantes de cada um dos membros, consoante aplicável, do Conselho de Administração, do Conselho Geral e de Supervisão e do Conselho de Administração Executivo.

SÍNTESE CURRICULAR DOS MEMBROS DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO (triénio 2024-2026)

Presidente do Conselho de Administração – *Dr. João Porfírio Carvalho de Oliveira*

Pós-Graduação em Administração e Gestão da Saúde, concluída em 2013, na Universidade Lusíada — Porto;

Licenciatura em Matemáticas Aplicadas, concluída em 1993, na Universidade Lusíada — Porto.

A título de formação complementar na área da gestão de unidades de saúde, concluiu as seguintes ações:

Leadership Strategies for Evolving Health Care Executives na Harvard School of Public Health em 2014;
Leadership in Healthcare Delivery na UNL — Nova School of Business & Economics em 2013;
PADIS — Programa de Alta Direção de Instituições de Saúde na AESE em 2007.
Em termos de experiência profissional desempenhou funções de:
Presidente do Conselho de Administração do Hospital de Braga entre 2019 e 2023;
Vice-Presidente do Centro Clínico Académico de Braga — 2CA-Braga entre 2019 e 2023;
Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro entre 2016 e 2019;
Vogal Executivo do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de São João e Hospital de São João entre 2009 e 2016;
Diretor do Serviço de Aprovisionamento no Hospital de São João entre 2006 e 2009.
Foi docente convidado a colaborar na NOVA SBE e CESPU;
Foi nomeado para diversos Grupos de Trabalho do Ministério da Saúde;
Exerceu ainda, várias funções de direção em empresas privadas de outros setores de atividade.

Diretora clínica para a área dos cuidados de saúde hospitalares - *Dr.ª Paula Cristina Amorim Felgueiras*

Licenciatura em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, 1998-2004.
Pós-Graduação em Cuidados Paliativos pela Universidade Católica Portuguesa, 2008.
Pós-Graduação em Geriatria pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2014 Competência em Geriatria pela Ordem dos Médicos, 2015.
Assistente Graduada com grau de consultor da especialidade médica de Medicina Interna desde 2021.
Coordenação da Equipa de Cuidados Paliativos da ULSAM de 2013 a 2015.
Vogal efetiva indicada pela Ordem dos Médicos do Júri de avaliação final do internato médico de formação específica em Medicina Interna, 2.ª época em 2015, 1.ª época em 2017 e 1.ª época em 2020.
Regente e Docente da Unidade Curricular de Anatomia e Fisiologia, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde.
Vogal da Direção da Sociedade Portuguesa de Hipertensão, de 2017-2020.
Vogal do Conselho Sub-Regional de Viana do Castelo da Ordem dos Médicos, biénio 2017-2019.
Secretária do Conselho Sub-Regional de Viana do castelo da Ordem dos Médicos, biénio 2020-2022.
Membro da Assembleia de Representantes da Ordem dos Médicos, Conselho Sub-Regional de Viana do Castelo.
Além do citado, desempenha atividade clínica regular na área de Cuidados Intensivos Polivalente, Sala de Emergência, Urgência, Consulta e Orientação de Internos de Formação Específica.

Diretor clínico para a área dos cuidados de saúde primários - *Dr. José Manuel Silva da Cunha*

Licenciado em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra em 1 de outubro de 1984.

Iniciou a vida Profissional com o Internato Geral em 1985/86 no Hospital Distrital de Aveiro, tendo posteriormente trabalhado como Clínico Geral em Arraiolos (Évora) em 1987, Ponta Delgada de 1988 a 1990, Monção de 1990 a 1992, Darque de 1992 a 1994 e Viana do Castelo de 1994 até à atualidade.

É Consultor de Clínica Geral desde 23-04-2001 (Assistente Graduado) e Chefe de Serviço de Clínica Geral, atualmente Assistente Graduado Sénior de Medicina Geral e Familiar desde 15-06-2009. Ao longo da sua carreira colaborou nos SAP de Monção, Valença e Caminha até à sua extinção em 2009 e também na SUB de Monção.

Frequentou múltiplas Ações de Formação e Cursos de atualização ao longo do seu percurso profissional e foi membro de Júris de Concurso como Vogal e Presidente, além de ter orientado Internos de Formação Geral e Alunos de Medicina.

Exerceu as funções de Diretor do Centro de Saúde de Darque de 10-10 de 1992 a 27-06 1994; Diretor do Centro de Saúde de Viana do Castelo de 27-07-2000 até 11-06-2003; Coordenador das UCSP 1 e 2 do Centro de Saúde de Viana do Castelo de Agosto de 2010 a 30 de abril de 2011; Coordenador da USF Gil Eanes de 1 de maio de 2011 até 31-10-2021; Coordenador do ADR de Viana (consulta de atendimento a doentes respiratórios, no âmbito do combate à pandemia) desde o seu início em março de 2020 até ao seu encerramento em novembro de 2021; Médico da UCC de Viana do Castelo; Coordenador dos Cuidados de Saúde Primários da ULS do Alto Minho desde 1-12-2022.

Foi membro de comissões de curso na Faculdade de Medicina, da Comissão Nacional de Internos Gerais 1985/86, do Conselho Distrital de Aveiro da Ordem dos Médicos 1986/87, Delegado Sindical; membro da Assembleia de Representantes da Ordem dos Médicos desde janeiro de 2017 a dezembro de 2022.

Fora da atividade profissional foi membro da Direção da Escola Desportiva de Viana de 2000 até 2008; membro do Conselho Fiscal da Associação Musical de Vila Nova de Anha e é atualmente Presidente da Assembleia de Freguesia da União das Freguesias de Viana do Castelo.

Enfermeira Diretora - *Enf.ª Rosinda Marinho Pereira Costa*

Enfermeira habilitada com o Curso Superior de Enfermagem em 1991, com o título de Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública desde 2013 e Mestre em Enfermagem Comunitária desde 2013.

Pós-graduada em Gestão de Recursos Humanos e Pós-graduada em Gestão de Unidades de Saúde, pela Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Vila Nova de Gaia, desde 2020.

Com a Competência Acrescida Avançada em Gestão e a Certificação Individual de Competências para Título de Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar pela Ordem dos Enfermeiros.

Experiência profissional: Desde setembro de 2023 nomeada adjunta da Enfermeira Diretora da ULSAM, EPE.; desde dezembro de 2023 a colaborar com a DE-SNS para a área dos Cuidados de Saúde Primários; desde 2017 Vogal do Conselho Clínico e de Saúde do ACeS do Alto Minho, na ULSAM, e desde 2018 Coordenadora da Equipa de Enfermeiros gestores locais do RSVI; Integrou a Equipa de Contratualização para os Cuidados de Saúde Primários da ULSAM de 2009 a 2012; colaborou com a Equipa Regional de Apoio e Acompanhamento do Norte, nas auditorias a Unidades de Saúde Familiar que se candidatavam ao processo de transição de modelo A para modelo B; Enfermeira de Família desde 2008 a 2018; desempenhou o cargo de enfermeira do Conselho Técnico da Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados e de Saúde Familiar onde esteve integrada; Enfermeira da prática clínica geral no Centro de Saúde de Viana do Castelo (Ex Sub-região de Viana do Castelo) de 1995 a 2008 e Enfermeira de cuidados gerais no Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães de 1991 a 1995.
Integrou vários Grupos de trabalho locais, regionais e nacionais, de entre os quais destaca:

Grupo Nacional nomeado pela DGS, SPMS e DE-SNS que visa a revisão dos Algoritmos do SNS24;

Grupo Nacional JADECARE (cujo foco é a integração de cuidados centrada na pessoa);

Comissão para a Revisão do Regulamento de assiduidade e Pontualidade da ULSAM; Projeto de boas práticas: Análise das Taxas de Ocupação das ECCI. Conhecer a realidade, melhorar a gestão;

Grupo Coordenador da Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos (EPVA) da ULSAM;

Projeto em integração de cuidados: Gestão dos Percursos Integrados — Gestão Integrada da Doença Aguda: melhoria do acesso;

Unidade Coordenadora Funcional de Saúde Materna e Neonatal e de Saúde da Criança e do Adolescente da ULSAM;

Grupo Coordenador do Programa de Controle da Diabetes Mellitus para a Região Norte em representação da ex-Sub-Região de Saúde de Viana do Castelo;

Grupo Responsável pela implementação e acompanhamento do Programa de Saúde "Diabcare" no Centro de Saúde de Viana do Castelo

Foi júri de concursos de Enfermagem;

Membro do grupo de estudos de Enfermagem em Diabetes, na Sociedade Portuguesa de Diabetologia.

Foi moderadora e palestrante, em jornadas, congressos e outros eventos no âmbito da saúde; Participação em Órgãos Sociais de Associações: Presidente da Mesa da Assembleia Geral da Associação "Respirar Bem, Viver Melhor", constituída a 08 de novembro de 2019.
Atividade Cívica relevante: Vice-Presidente da Mesa da Assembleia Geral da Associação de Natação do Minho desde 2012 e Vice-Presidente da Direção da Associação de Natação do Minho de 2008 a 2012.

Vogal Executiva — *Dr.ª Susana Maria Lopes Cardoso*

Mestrado em Contabilidade e Controlo de Gestão pela Faculdade de Economia da Universidade do Porto, com a média final de 17 valores, precedido pela licenciatura em Gestão de Empresas.
Pós-graduação em Direito Fiscal pela Faculdade de Direito da Universidade do Porto e MBA em Gestão pela Universidade Lusíada, Porto.

Programa de Alta Direção de Instituições de Saúde (PADIS) da AESE Business School (24.ª edição). Curso de *Balanced Scorecard*, Porto Business School.

Desde setembro de 2022, Vogal do Conselho de Gestão do Departamento de Saúde Mental e Gestora dos Serviços da Área de Recursos Partilhados, (Serviços Farmacêuticos, Serviço de Nutrição e Serviço Social), da ULS de Matosinhos, EPE;

De outubro de 2020 a junho de 2022, *Business Development Manager* na Boehringer Ingelheim Healthcare Management Portugal (BIHMP), com a responsabilidade pela operacionalização do Centro de Reabilitação para sobreviventes de AVC, CONSANAS Hospital da Prelada (Consórcio entre a BIHMP e a Santa Casa da Misericórdia do Porto);

Entre setembro de 2010 e outubro de 2020, Diretora do Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão da ULS de Matosinhos, assessorando cumulativamente o Conselho de Administração, em diversos projetos transversais à organização;

De abril de 2008 a agosto de 2010, Diretora do Serviço de Planeamento de Controlo de Gestão da ULS do Alto Minho, EPE. Acompanhamento do processo de fusão da entidade Centro Hospitalar do Alto Minho, EPE (CHAM), com a Sub-região de Saúde de Viana do Castelo, o qual deu origem à "ULSAM", integrando o *Steering Comitee* para a implementação do novo modelo organizacional da ULS do Alto Minho.

No período de abril de 2006 e o ano de 2007, Diretora Administrativa e Financeira da TRW Automotive, multinacional americana do sector automóvel, com responsabilidade por toda área financeira, contabilística e fiscal, das 3 unidades industriais em Portugal.

Entre janeiro de 2005 a abril de 2006, *Controller* no Sheraton Porto Hotel & Spa (grupo hoteleiro Starwood Hotels & Resorts);

Em 2004, Diretora Financeira Corporativa do Grupo Freitasmar (indústria conserveira);

De 2002 a 2003, Consultora de Gestão, em colaboração com Gestor e Liquidatário Judicial, em diversos processos de reestruturação e viabilização de empresas (PME);

Entre 2001 e 2002, Auditora Sénior na empresa internacional de auditoria Mazars (Portugal); De 1998 a 2001, Auditora, colaborando diretamente com Revisor Oficial de Contas. Outras atividades: Autora e coautora de artigos nas áreas do planeamento e utilização de serviços de Saúde e *Corporate Governance*; oradora convidada em congressos e simpósios na área da Gestão, Financiamento, Contratualização e Informação em Saúde, Integração de Cuidados, Segurança do Medicamento; certificação em *Power Leader* — Liderança e Humanização; formação de *Media Training*.

6. Dar conhecimento de que foi apresentada declaração por cada um dos membros do órgão de administração ao órgão de administração e ao órgão de fiscalização, bem como à Inspeção-Geral de Finanças (IGF), de quaisquer participações patrimoniais que detenham na empresa, assim como quaisquer relações que mantenham com os seus fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, suscetíveis de gerar conflitos de interesse (vide artigo 52.º do RJSPE).

Foram emitidas, pelos membros do Conselho de Administração, declarações de não existência de quaisquer participações patrimoniais que detenham na entidade, assim como quaisquer relações que mantenham com os seus fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outros parceiros de negócio, suscetíveis de gerar conflitos de interesse, nos termos do artigo 52.º do Decreto-Lei n.º 133/2013.
Os referidos documentos foram submetidos online, pelos próprios, à Inspeção Geral de Finanças e à Procuradoria Geral da República.

7. Identificação de relações familiares, profissionais ou comerciais, habituais e significativas, dos membros, consoante aplicável, do Conselho de Administração, do Conselho Geral e de Supervisão e do Conselho de Administração Executivo com acionistas.

Não existem quaisquer relações neste âmbito, porquanto o capital da ULSAM é detido exclusivamente pelo Estado.

8. Apresentação de organogramas ou mapas funcionais relativos à repartição de competências entre os vários órgãos sociais, comissões e/ou departamentos da empresa, incluindo informação sobre delegações de competências, em particular no que se refere à delegação da administração quotidiana da empresa.

O Conselho de Administração deliberou, em 16 de fevereiro de 2024, proceder à seguinte distribuição de áreas de responsabilidade:
Presidente do Conselho de Administração - João Porfírio Oliveira (JO)

- Serviço de Auditoria Interna;
- Gabinete de Comunicação;
- Gabinete Jurídico;
- Serviço de gestão de sistemas de informação e comunicações;
- Serviço de aprovisionamento;
- Serviço de instalações e equipamentos;
- Encarregado de proteção de dados;
- Responsável pelo acesso à informação;
- Serviço de gestão de documentação.
- Serviço de Auditoria Interna;
- Gabinete de Planeamento e Informação para a Gestão;
- Gabinete de Comunicação;
- Serviço de Gestão de Recursos Humanos;

Vogal Executiva do Conselho de Administração - Susana Cardoso (SC):

- Serviço de gestão de recursos humanos;

- Serviço de gestão financeira;
- Gabinete de planeamento e controlo de gestão;
- Serviço Social;
- Serviço Farmacêutico;
- Serviço de Codificação.

Vogal Executiva com funções de Enfermeira Diretora – Rosinda Costa (RC):

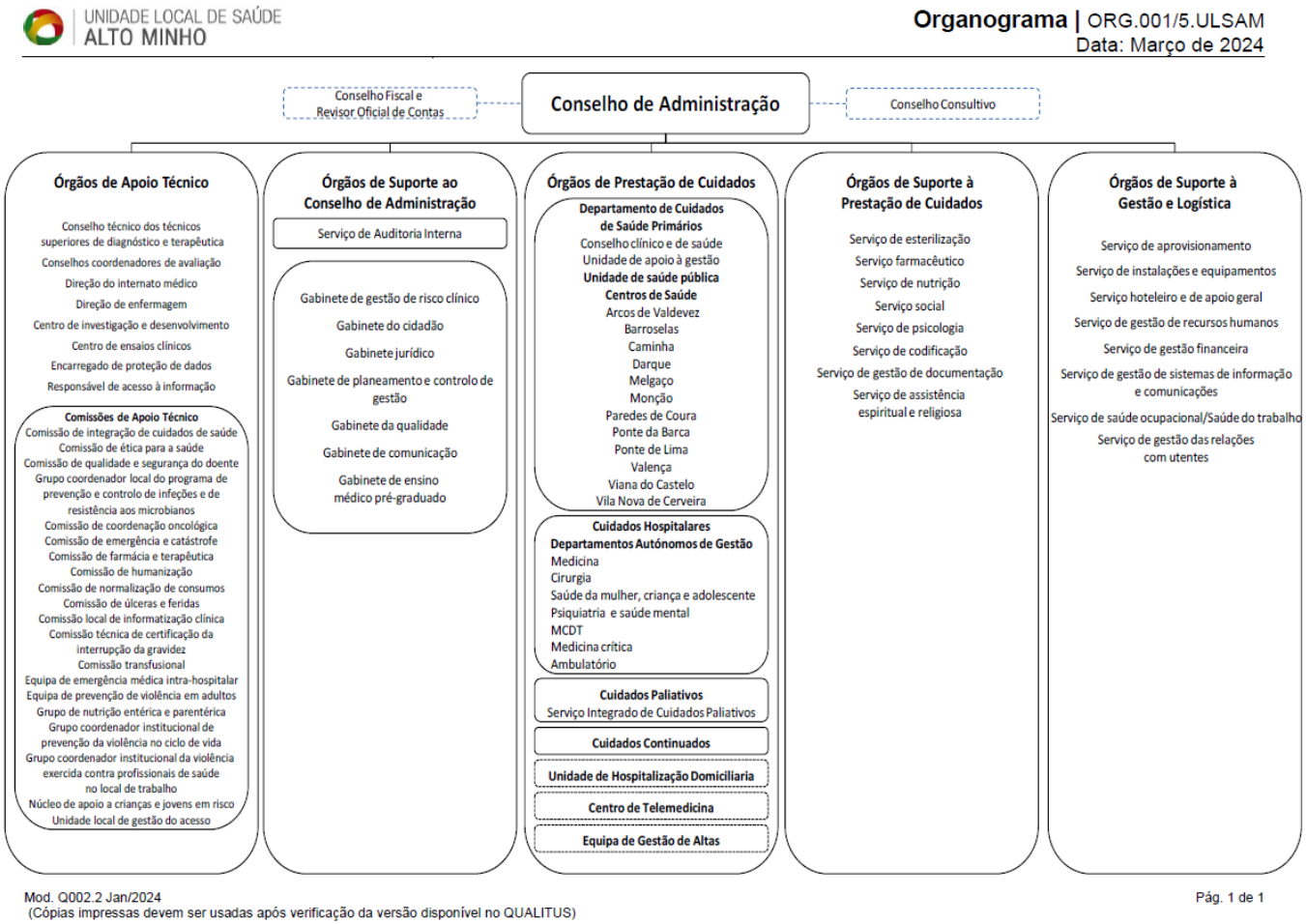
- Departamento dos cuidados de saúde primários (partilhado com JMC);
- Gabinete da qualidade;
- Serviço de assistência espiritual e religiosa;
- Serviço hoteleiro e de apoio geral (partilhado com JMC);
- Serviço de esterilização;
- Serviço de gestão das relações com utentes (partilhado com JMC e PF);
- Equipa de gestão de Altas;
- Direção de Enfermagem.

Vogal Executiva com funções de Diretora Clínica CSH – Paula Felgueiras (PF)

- Departamentos autónomos de gestão CSH (partilhado com RC);
- Cuidados Paliativos (partilhado com JMC);
- Cuidados continuados (partilhado com JMC);
- Serviço de Psicologia (partilhado com JMC);
- Gabinete do cidadão (rotação trimestral entre os membros do CA);
- Gabinete de ensino médico pré-graduado;
- Serviço de saúde ocupacional/saúde do trabalho;
- Direção do Internato Médico (partilhado com JMC);
- Centro de Investigação e desenvolvimento;
- Centro de ensaios Clínicos;
- Serviço de gestão das relações com utentes (partilhado com JMC e RC).

Vogal Executivo com funções de Diretor Clínico CSP – José Manuel Cunha (JMC)

- Departamento dos cuidados de saúde primários (partilhado com RC);
- Cuidados continuados (partilhado com PF);
- Cuidados Paliativos (partilhado com PF);
- Serviço hoteleiro e de apoio geral (partilhado com RC);
- Serviço de Nutrição e Alimentação;
- Serviço de Psicologia (partilhado com PF);
- Direção do Internato Médico (partilhado com PF);
- Serviço de gestão das relações com utentes (partilhado com PF e RC).



Fonte: Gabinete de Qualidade e do utente da ULSAM. Em consequência da nomeação do novo Conselho de Administração por via do Despacho n.º 2726/2024 da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde (Diário da República, 2ª Série – Nº 53 – 14 de março de 2024), com efeitos a 29 de janeiro de 2024, o presente Organigrama, à semelhança do Regulamento Interno (homologado em 22/7/2022, pela Ministra da Saúde), encontra-se atualmente em revisão.

9. Caraterização do funcionamento do Conselho de Administração, do Conselho Geral e de Supervisão e do Conselho de Administração Executivo, indicando designadamente:

a) Número de reuniões realizadas e grau de assiduidade de cada membro às reuniões realizadas.

O Conselho de Administração reúne semanalmente e, extraordinariamente, sempre que convocado pelo Presidente ou por solicitação de dois dos seus membros ou do fiscal único.
Em 2024, foram realizadas 48 reuniões do Conselho de Administração, tendo a assiduidade sido de 100% (excluindo os períodos de férias de cada um dos membros).

b) Cargos exercidos em simultâneo em outras empresas, dentro e fora do grupo, e outras atividades relevantes exercidas pelos membros daqueles órgãos no decurso do exercício.

Nenhum elemento do Conselho de Administração tem acumulação de funções autorizadas.

Membro do CA	Acumulação de Funções			
	Entidade	Função	Regime	Identificação da data da autorização e forma
Dr. João Porfírio Carvalho de Oliveira				
Dr.ª Paula Cristina Amorim Felgueiras				
Dr. José Manuel Silva da Cunha				
Dr.ª Susana Maria Lopes Cardoso				
Enf.ª Rosinda Marinho Pereira Costa				

c) Órgãos da empresa competentes para realizar a avaliação de desempenho dos administradores executivos e critérios pré-determinados para a avaliação de desempenho dos mesmos.

Na Unidade Local de Saúde do Alto Minho o desempenho dos Administradores, enquanto Empresa Pública, e de acordo com o instituído no n.º 2 do artigo 6.º do Estatuto do Gestor Público, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 71/2007, com as alterações em vigor que lhe foram sendo feitas, é da responsabilidade dos membros do Governo responsáveis pela área das finanças e pelo respetivo setor de atividade.
Nos termos do n.º 1 do artigo 20.º do regulamento interno da ULSAM (artigo n.º 79 do Decreto-Lei n.º 52/2022 de 4 de agosto), a fiscalização e controlo da legalidade da gestão financeira e patrimonial é exercida por um conselho fiscal e por um revisor oficial de contas ou por uma sociedade de revisores oficiais de contas que não seja membro daquele órgão, obrigatoriamente de entre os auditores registados na Comissão do Mercado de Valores Mobiliários.

d) Comissões existentes no órgão de administração ou supervisão, se aplicável. Identificação das comissões, composição de cada uma delas assim como as suas competências e síntese das atividades desenvolvidas no exercício dessas competências.

As comissões de apoio técnico são órgãos de carácter consultivo que têm por função colaborar com o Conselho de Administração, por sua iniciativa ou a pedido daquele, nas matérias da sua competência.

São Comissões de Apoio Técnico da ULSAM as seguintes:

- Comissão de Ética;
- Comissão de Humanização e Segurança do Utente;
- Comissão de Controlo de Infeção / GCL PPCIRA;
- Comissão de Farmácia e Terapêutica;
- Comissão de Coordenação Oncológica;
- Comissão de Normalização dos Consumos;
- Comissão de Certificação da Interrupção da Gravidez;
- Comissão de Coordenação Clínica;
- Comissão de Feridas;
- Comissão de Nutrição Artificial;
- Comissão de Emergência e Catástrofe.

Por iniciativa própria ou sob proposta, pode o Conselho de Administração constituir outras comissões competindo-lhe, igualmente, a sua dissolução.

Comissão de Ética

A comissão de ética é um órgão multidisciplinar que se rege pelas disposições do Decreto-Lei n.º 97/95, de 10 de maio, que regula as comissões de ética para a saúde.

A comissão de ética de saúde da ULSAM é um órgão de apoio técnico-consultivo do Conselho de Administração. Tem como competências pronunciar-se sobre as questões que envolvem valores éticos dentro da Instituição, nomeadamente o respeito pelos direitos e dignidade dos utentes dos serviços de saúde, no âmbito da prestação de cuidados de saúde e no que diz respeito ao comportamento dos prestadores. Pronuncia-se ainda sobre práticas de investigação e temas da prática clinica que envolvam pessoas ou tenham incidência nos princípios éticos por que se regem a sociedade e as organizações profissionais do sector.

A comissão de Ética de Saúde dispõe de regulamento próprio pelo qual se rege.

Composição da Comissão

Presidente

Dr. Carlos Sousa Ribeiro

Enf.ª Rosa Olívia Mimoso

Dr.ª Ângela Sampaio Dias
Dr.ª Leonor Noronha Rego
Dr. João Carlos Vaz
Dr. Fábio Jorge Araújo Carvalho
Dr.ª António Nelson Rodrigues

Comissão de Humanização, Qualidade e Segurança do Utente

A comissão de Humanização, Qualidade e Segurança do Utente é presidida pelo Presidente do Conselho de Administração da ULSAM, ou em quem ele delegar, dela também fazendo parte a Direção Clinica, a Direção de Enfermagem, o Diretor do Serviço de Instalações e Equipamentos, o responsável do Gabinete de Qualidade e do Utente, o responsável do Gabinete de Gestão do Risco Clinico, o Diretor do Serviço de Saúde Ocupacional e Saúde do Trabalho, o Diretor do Serviço Social e o Presidente da Comissão de Controlo da Infeção Nosocomial.

Compete à Comissão de Humanização, Qualidade e Segurança do Utente:

- ✓ Formular políticas de humanização, qualidade e segurança orientadas para a satisfação do utente e eficiência na utilização dos recursos;
- ✓ Avaliar as diferentes dimensões da qualidade, incluindo a dos custos da não qualidade;
- ✓ Apresentar proposta do plano de ação anual, com previsão dos recursos necessários à sua execução;
- ✓ Promover programas específicos para a humanização, qualidade e segurança.

Composição da Comissão

Presidente do Conselho de Administração

Direção Clínica para a área dos Cuidados de Saúde Hospitalares
Direção Clínica para a área dos Cuidados de Saúde Primários
Direção de Enfermagem
Diretor do Serviço de Instalações e Equipamentos
Responsável do Gabinete da Qualidade e do Utente
Responsável do Gabinete de Gestão de Risco Clínico
Diretor do Serviço de Saúde Ocupacional e Saúde do Trabalho
Diretor do Serviço Social
Coordenadora do Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA)

Comissão de Controlo de Infeção Nosocomial (GCL_PPCIRA)

A comissão de controlo de infeção nosocomial é um órgão de apoio técnico ao qual compete o estudo e análise dos dados relativos à incidência e prevalência da infeção nosocomial na ULSAM e

apresentação de propostas de intervenção nesta matéria, devendo igualmente dar resposta aos assuntos e matérias que lhe sejam submetidos.

A comissão rege-se pelas disposições estabelecidas no despacho do Diretor-geral de Saúde de 23/08/96, publicado no diário da República, nº 246, 2.ª série, de 23/10/96 que define nomeadamente a sua composição e atribuições, dispondo de um corpo consultivo composto pelo diretor do serviço de compras e logística, pelo Diretor do Serviço de Instalações e Equipamentos, pelo Diretor do Serviço de Esterilização, pelo Diretor do Serviço de Saúde Ocupacional e Saúde do Trabalho, pelo Diretor do Serviço Farmacêutico e pelo Diretor do Serviço Hoteleiro e Apoio Geral.

Composição da Comissão (GCL_PPCIRA)

Coordenadora: Dra. Alexandra Escórcio Torres Castro Caeiro

Enf.º Gestor: Enf.º António Maria Carneiro Amorim

Dr.ª Alda Valença Vasconcelos

Dr. Ana Maria Lopez

Enf.º Carlos Rui Vale

Dr.ª Isabel Justina Vintém

Enf.ª Nicole Conde Viana

Enf.º Rui Adriano Páris

Dr.ª Sandra Reis Vieira

Dr.ª Sandra Brito Novo

Enf.ª Susana Amélia Martins

Comissão de Farmácia e Terapêutica

A Comissão de Farmácia e Terapêutica é constituída em paridade por médicos e farmacêuticos e presidida pela direção clínica que tem a faculdade de delegar num dos seus adjuntos. O diretor do serviço de aprovisionamento participa, sem direito a voto, restringindo a sua intervenção a matérias económicas e de gestão de aquisições e existências.

Compete à comissão de farmácia e terapêutica: atuar como órgão consultivo e em articulação com o Agrupamento de Centros de Saúde do Alto Minho, os Departamentos, Serviços, Unidades Funcionais e o Serviço Farmacêutico; velar pelo cumprimento do formulário e suas adendas; pronunciar-se, dentro do respeito das regras deontológicas, sobre a correção da terapêutica prescrita a doentes, por solicitação da direção clinica; informar os planos de aquisição de medicamentos e orientar o seu consumo; avaliar mensalmente os dados de consumo e as existências em medicamentos por centro de custo, incluindo os prescritos em ambulatório; dar parecer sobre novos medicamentos a adquirir assim como elaborar protocolos de prescrição; elaborar as adendas de aditamento ou exclusão, privativas do formulário de medicamentos; definir e pôr em prática uma política de informação sobre medicamentos.

Composição da Comissão

Presidente: Diretora Clínica dos Cuidados de Saúde Hospitalares

---

Dr. Alfredo Pinto

Dra. Ana Sima Rodrigues

Dra. Dina Zita Pereira

Dr. Rui Pires

Dra. Sandra Brito Novo

Consultores

Dr. Sérgio Alcino Oliveira Azevedo

Dr. Arnaldo Justino Botão Pereira do Rego

Dra. Bárbara Germana de Freitas Ramos

Comissão de Coordenação Oncológica

A comissão de coordenação oncológica é presidida pela direção clínica ou por um elemento por esta designada, tenho a composição e as competências previstas na Portaria n.º 420/90, de 8 de junho.

Composição da Comissão

Presidente: Representante da Direção Clínica

Dra. Ana Sima Rodrigues

Dr. Manuel Veiga

Dra. Maria da Conceição Monteiro

Comissão de Normalização de Consumos

A comissão de normalização de consumos é um órgão consultivo responsável pela emissão de pareceres relativos à política de consumos da ULSAM e respetiva normalização do catálogo de produtos. A comissão reunirá, pelo menos mensalmente, a pedido de qualquer elemento, sempre que tal seja julgado conveniente e poderá, sempre que necessário, agregar os elementos considerados indispensáveis à sua intervenção.

Compete à comissão de normalização de consumos: propor, ao Conselho de Administração, uma política de consumos; emitir parecer acerca da introdução, na ULSAM, de todo o material de consumo clinico e hoteleiro; definir e propor uma política de normalização dos produtos consumidos; apoiar o serviço de aprovisionamento na elaboração de processos de aquisição, em particular no que concerne à identificação, tipologia de produtos e escolha das comissões de análise; pronunciar-se sobre os processos de aquisição de equipamentos que impliquem a utilização de consumíveis.

Composição da Comissão

Presidente: Dra. Joana do Paço Ramalhosa

Dr. Rogério Silva

Dr. Aires Martins

Enf.ª Elvira Cadete

Enf.º Abel Campos

Enf.ª Maria Olívia Gomes

Dr. Bruno Fernandes

Téc. Maria Cristina Santos

Comissão Técnica de Certificação da Interrupção Médica da Gravidez

A comissão de certificação da interrupção voluntária de gravidez é um órgão de apoio técnico que se rege pela Portaria n.º 741-A/2007, de 21 de junho.

Composição da Comissão:

Presidente: Dra. Paula Pinheiro

Vice-Presidente: Dr. Domingos Ribeiro

Vogal – Dr. Joaquim Saraiva

Vogal – Dra. Beatriz Sousa

Vogal – Dra. Sandra Ferreira

Consultor – Professor Sérgio Castedo

Comissão de Coordenação Clínica

A comissão de coordenação clinica é um órgão consultivo composto pelos médicos da direção clinica da ULSAM, dos quais um é presidente, pelos diretores dos departamentos de prestação de cuidados e pelo presidente do conselho clínico do agrupamento de centros de saúde do Alto Minho.

A comissão reunirá bimensalmente ou a pedido de qualquer elemento, sempre que tal seja julgado conveniente.

A comissão poderá, sempre que necessário, agregar os elementos considerados indispensáveis à sua intervenção.

Compete à comissão de coordenação clinica: Atuar como órgão consultivo em articulação com os departamentos, serviços e unidades funcionais de prestação de cuidados; propor procedimentos que garantam a melhoria contínua e complementaridade dos cuidados de saúde prestados na ULSAM; propor orientações clinicas relativas à prescrição de medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, bem como os protocolos clínicos adequados às patologias mais frequentes, sem prejuízo das orientações emanadas das comissões específicas.

Comissão de Feridas

A comissão de feridas é um órgão multidisciplinar, constituído por médicos, enfermeiros e farmacêuticos, presidida por um médico, nomeados pelo Conselho de Administração, e tem por missão definir políticas de prevenção e tratamento de feridas na ULSAM.

Compete à comissão de feridas: propor protocolos de atuação para todo o tipo de feridas, proceder á sua divulgação e monitorização; estabelecer protocolos de articulação com os restantes serviços e comissões; dar parecer sobre qualquer alteração aos protocolos instituídos; avaliar e analisar os custos de material de penso; definir indicadores de qualidade para as úlceras de pressão e instituir medidas de prevenção para as mesmas; definir formação na área do tratamento de feridas; apresentar uma proposta de plano de ação anual.

A comissão reunirá a pedido de qualquer elemento, sempre que tal seja julgado conveniente e pelo menos uma vez por mês.

Composição da Comissão:

Coordenadora: Dra. Marília Cardoso

Dra. Ana Gonçalves

Dra. Fabíola Ferreira

Dr. Rui Escaleira

Dra. Ana Paula Macedo

Enf.ª Josefa Ferreira

Enf.ª Janete Lopes

Enf.ª Joaquina Rego

Enf.ª Sara Rufo

Comissão de Nutrição Artificial

A comissão de nutrição artificial, presidida por um médico, é composta por oito elementos, sendo dois deles médicos, dois farmacêuticos, dois enfermeiros e dois nutricionistas. Estes elementos são designados pelo Conselho de Administração.

Esta comissão tem por principal objetivo promover a utilização racional da nutrição artificial quer nos doentes internados quer nos doentes em regime domiciliário, com vista à melhoria da qualidade assistencial aos doentes com riscos nutricionais perspetivando a melhor recuperação possível no menor período de tempo.

Compete à comissão de nutrição artificial: Atuar como órgão consultivo e de ligação entre os serviços de ação médica e os serviços farmacêuticos nos assuntos referentes aos produtos de nutrição artificial; Participar nas comissões de escolha dos produtos de nutrição artificial e de matérias subsidiários; Elaborar critérios de seleção de produtos de nutrição artificial e estruturar os respetivos protocolos de prescrição e administração; Promover e divulgar reuniões de carácter científico, formação profissional e todo o tipo de conhecimento no âmbito da nutrição artificial.

Composição da Comissão:

Presidente: Dr. José Pedro Moura

Dr. Rui Pedro Escaleira

Dr. João Ricardo Balinha

Dra. Elisa Ruivo

Dr. Rui Pires

Dra. Sandra Novo

Enf.ª Ascensão Calheiros Lima

Enf. Artur Marinho

Comissão de Emergência e Catástrofe

A comissão de emergência e catástrofe presta apoio ao Conselho de Administração no planeamento e atuação em situações de catástrofe, assegurando o relacionamento externo e interno com as várias entidades, no sentido de assegurar uma coordenação eficaz das operações a desenvolver e dos recursos a mobilizar, bem como, das orientações a transmitir. É constituída por uma comissão permanente e por uma comissão alargada (com diretores dos serviços transversais dos órgãos de suporte à prestação de cuidados e de suporte à gestão e logística).

Composição da Comissão permanente:

Coordenador: Presidente do Conselho de Administração

Diretora dos Cuidados de Saúde Hospitalares

Enfermeira Diretora

Diretor do Departamento de Medicina Crítica

Diretora Serviço de Urgência

Enfermeiro gestor do Departamento de Medicina Crítica

Delegado de Saúde Pública

D. Fiscalização

1. Identificação do órgão de fiscalização correspondente ao modelo adotado: Fiscal Único, Conselho Fiscal, Comissão de Auditoria, Conselho Geral e de Supervisão ou Comissão para as Matérias Financeiras.

De acordo com o Decreto-Lei n.º 52/2022 de 4 de agosto, a ULSAM enquanto entidade de interesse público, nos termos do Regime da Lei nº 148/2015, deverá ter um Conselho Fiscal e um Revisor Oficial de Contas ou Sociedade de Revisores.

O Conselho Fiscal deverá ser constituído por três membros efetivos e um suplente, sendo um deles o Presidente (n.º 2 do artigo 79º do Estatuto do SNS).

Os membros do conselho fiscal são nomeados por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, por um período de três anos, renovável por uma única vez (n.º 3 do artigo 79º do Estatuto do SNS).
O revisor oficial de contas é nomeado por despacho conjunto dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, sob proposta fundamentada do Conselho Fiscal, tendo o mandato a duração de três anos, renovável por uma única vez (n.º 4 do artigo 79º do Estatuto do SNS).

Mandato (Início - Fim)	Cargo	Nome	Designação	
			Forma	Data
2018-2020	Presidente	Dr. Carlos Alberto da Silva e Cunha	Despacho conjunto de Suas Excelências os Secretários de Estado da Saúde e do Tesouro	20-03-2018
	Vogal	Dr. André Miguel Andrade e Silva Junqueira Mendonça		
	Vogal	Dr.ª Ana Filipa dos Santos Gonçalves		
	Vogal Suplente	Dr.ª Ana Luísa Louro da Graça Peixito Soares		

Em virtude da aposentação do Presidente, Dr. Carlos Alberto da Silva e Cunha, o Conselho Fiscal passou a ter a seguinte composição, a partir de fevereiro de 2021:

Mandato (Início - Fim)	Cargo	Nome	Designação	
			Forma	Data
2018-2020	Presidente	Dr. André Miguel Andrade e Silva Junqueira Mendonça	Despacho conjunto de Suas Excelências os Secretários de Estado da Saúde e do Tesouro	20/03/2018
	Vogal	Dr.ª Ana Filipa dos Santos Gonçalves		
	Vogal	Dr.ª Ana Luísa Louro da Graça Peixito Soares		

O Revisor Oficial de Contas foi designado através do Despacho conjunto nº. 1393/2022, de 25/01/2022, dos Secretários de Estado do Tesouro e da Saúde, para o triénio 2022-2024, a sociedade BDO Associados, Sociedade de Revisores Oficiais de Contas, Lda., registada como SROC n.º 29 junto da OROC e na CMVM com o n.º 20161384, com sede na Av. da República 50 – 10.º, 1069-211 Lisboa, representada por Paulo Jorge de Sousa da Fonseca Ferreira, ROC n.º 781.

Pelo n.º 6 do artigo 20º dos Estatutos das ULS, E.P.E., cessando o mandato do Conselho Fiscal mantêm-se os titulares em exercício de funções até à designação de novos ou à declaração ministerial de cessação de funções.

2. Apresentação de elementos curriculares relevantes de cada um dos membros do órgão de fiscalização.

Presidente: Dr. André Miguel Andrade e Silva Junqueira Mendonça, 47 anos, é licenciado em Economia, está inscrito na Ordem dos Revisores Oficiais de Contas, na Ordem dos Economistas e na Ordem dos Contabilistas Certificados. Assume o cargo de Administrador Único da Santos Carvalho & Associados, SROC, S.A., Sociedade que representa em Portugal a rede internacional NEXIA. Assume o papel de Sócio responsável pela prestação de serviços de revisão legal das contas/auditoria junto de um número significativo de entidades dos setores industrial, serviços, público e financeiro.

Vogal: *Dr.ª Ana Filipa dos Santos Gonçalves*

- Habilitações Literárias

Licenciatura em Organização e Gestão de Empresas pelo Instituto Superior de Economia e Gestão (ISEG) da Universidade de Lisboa, concluída em 1991.

- Atividade profissional

Inspetora na Inspeção-Geral de Finanças (IGF), desde 1992.

- Experiência profissional:

Entre 1992 e 1999, integrou várias equipas na Inspeção-Geral de Finanças, na área da inspeção de empresas, tendo realizado diversos exames e auditorias de natureza jurídica e financeira em entidades públicas e privadas, nomeadamente quando sujeitas a relações financeiras com o Estado por atribuição de fundos comunitários.

Desde 2000, realizou diversas auditorias e controlos também de natureza jurídica e financeira, nos domínios orçamental, económico e financeiro, designadamente em entidades que integram o Setor Empresarial do Estado, de acordo com os princípios da legalidade, regularidade e da boa gestão financeira, bem como ações de avaliação da fiabilidade dos sistemas de controlo interno de diversas entidades públicas empresariais e de apoio técnico especializado ao Ministério das Finanças.

Vogal Suplente: *Dr.ª Ana Luísa Louro da Graça Peixito Soares*

Licenciada em Gestão na área Económica - Financeira pelo Instituto Superior de Gestão em Lisboa, em 1991;

Pós-graduada em Estudos Europeus pelo Instituto Superior de Economia e Gestão, em 1996.

- Atividade profissional:

- Chefe de Divisão na Direção de Serviços de Gestão Financeira e Orçamental da Direção-Geral do Tesouro e Finanças (desde 1 de outubro de 2013);

- Adjunta do Secretário de Estado do Orçamento do XIX Governo Constitucional (de fevereiro 2012 a julho 2013);

- Chefe de Divisão na Direção de Serviços de Administração Financeira no Departamento Geral de Administração da Secretaria - Geral do Ministério dos Negócios Estrangeiros (de setembro de 2009 a fevereiro de 2012);

- Técnica Superior na Direção de Serviços do Orçamento da Direção-Geral do Orçamento e no secretariado técnico do Conselho de Acompanhamento das Políticas Financeiras (de setembro de 2007 a setembro de 2009);
- Técnica Superior na Direção-Geral do Tesouro, onde exerceu funções essencialmente na Direção de Serviços de Tesouraria (de 1993 a setembro de 2007).

Outras funções desempenhadas:

- Secretária da Mesa da Assembleia Geral da EDIA-Empresa de Desenvolvimento e Infraestruturas do Alqueva, SA (triénio 2018-2021);
- Presidente do Conselho Fiscal da Administração do Porto de Aveiro, SA (triénio 2014-2017);
- Presidente do Conselho Fiscal da SOFID-Sociedade para o Financiamento do Desenvolvimento, SA (triénio 2013-2016).

3. Procedimentos e critérios aplicáveis à intervenção do órgão de fiscalização para efeitos de contratação de serviços adicionais ao auditor externo;

Não se aplica por não existirem serviços adicionais ao auditor externo.

4. Outras funções dos órgãos de fiscalização e, se aplicável, da Comissão para as Matérias Financeiras.

Os órgãos de fiscalização não exercem outras funções na ULSAM. Não existe Comissão para as Matérias Financeiras.

5. Indicação do número estatutário mínimo e máximo de membros e duração estatutária do mandato dos membros, consoante aplicável, do Conselho Fiscal, da Comissão de Auditoria, do Conselho Geral e de Supervisão ou da Comissão para as Matérias Financeiras.

O Presidente do Conselho Fiscal, Dr. André Miguel Andrade e Silva Junqueira Mendonça, considera-se independente nos termos do n.º 5 do artigo 414.º, do CSC.

6. Composição, consoante aplicável, do Conselho Fiscal, da Comissão de Auditoria, do Conselho Geral e de Supervisão ou da Comissão para as Matérias Financeiras, ao longo do ano em referência, com indicação do número estatutário mínimo e máximo de membros, duração estatutária do mandato, número de membros efetivos e suplentes, data da primeira designação e data do termo de mandato de cada membro. Caso tenha ocorrido alteração de mandato durante o ano em reporte, a entidade deverá indicar os mandatos respetivos (o que saiu e o que entrou). Informação a apresentar segundo o formato seguinte.

7. Identificação, consoante aplicável, dos membros do Conselho Fiscal, da Comissão de Auditoria, do Conselho Geral e de Supervisão ou da Comissão para as Matérias Financeiras que se considerem independentes, nos termos do n.º 5 do artigo 414.º do CSC

8. Caracterização do funcionamento do Conselho Fiscal, da Comissão de Auditoria, do Conselho Geral e de Supervisão ou da Comissão para as Matérias Financeiras, indicando designadamente, consoante aplicável:

a) Número de reuniões realizadas e respetivo grau de assiduidade por parte de cada membro, segundo o formato seguinte:

N.º de reuniões	Local de realização	Intervenientes na reunião	Ausências dos membros do Órgão de Fiscalização
2	Sede da ULSAM ou no escritório dos membros do Conselho Fiscal	Membros do Conselho de Administração e membros do Conselho Fiscal	Nenhuma
18	Sede da ULSAM ou no escritório dos membros do Conselho Fiscal	Membros do Conselho Fiscal	Nenhuma

b) Cargos exercidos em simultâneo em outras empresas, dentro e fora do grupo, e outras atividades relevantes exercidas pelos membros daqueles órgãos no decurso do exercício;

Presidente - Assume na data atual cargo de Presidente do Conselho Fiscal na Sociedade Central de Cervejas, S.A. (Grupo Heineken) e no Centro Colombo – Centro Comercial, S.A. (Grupo Sonae). Adicionalmente, é também Presidente do Conselho Fiscal na Unidade Local de Saúde do Alto Ave, EPE.

É também, em representação da sua Sociedade de Revisores Oficiais de Contas, Revisor Oficial de Contas/Fiscal Único nas seguintes entidades:

- Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.
- Comissão Nacional de Proteção de Dados
- Entidade Reguladora para a Comunicação Social, I.P.
- Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I.P.
- Unidade Local de Saúde de Entre o Douro e Vouga, E.P.E.
- Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E.
- Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.
- Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.
- Unidade Local de Saúde de São João, E.P.E.

- Unidade Local de Saúde de Santo António, E.P.E.
- Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa, E.P.E.
- Unidade Local de Saúde de Trás-Os-Montes e Alto Douro E.P.E.

E. Revisor Oficial de Contas (ROC)

1. Identificação, membros efetivo e suplente, da Sociedade de Revisores Oficiais de Contas (SROC), do ROC e respetivos números de inscrição na Ordem dos Revisores Oficiais de Contas (OROC) e na Comissão do Mercado de Valores Mobiliários (CMVM), caso aplicável, e dos sócios ROC que a representam e indicação do número de anos em que o ROC exerce funções consecutivamente junto da empresa e/ou grupo. Caso tenha ocorrido alteração de mandato durante o ano em reporte, a empresa deverá indicar os mandatos respetivos (o que saiu e o que entrou). Informação a apresentar segundo o formato seguinte:

Mandato (Início - Fim)	Cargo	Identificação SROC/ROC			Designação			Nº de anos de funções exercidas no grupo	Nº de anos de funções exercidas na sociedade
		Nome	Nº de inscrição na OROC	Nº Registo na CMVM	Forma (1)	Data	Data do Contrato		
2022-2024	ROC	Sociedade BDO & Associados, Sociedade de Revisores Oficiais de Contas, Lda.	29	20161384	Despacho Conjunto n.º 1393/2022 dos Secretários de Estado do Tesouro e da Saúde	02/02/2022	14/06/2022	0	0

Nota: Deve ser identificada o efetivo (SROC e ROC) e suplente (SROC e ROC)
(1) Indicar AG/DUE/Despacho (D).

A revisão legal de contas tem como principal objetivo o controlo de qualidade e garantia de fiabilidade da informação prestada pela ULSAM.

A revisão legal de contas visa examinar as demonstrações financeiras de forma a expressar uma opinião profissional e independente (certificação legal de contas) sobre os resultados alcançados em determinado período.

Mandato 2022/2024

De acordo com o Despacho n.º 1393/2022 de 2 de fevereiro de 2022, da Secretária de Estado da Saúde e do Secretário de Estado do Tesouro, foi designado o revisor oficial de contas da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E. P. E., para o triénio de 2022-2024, a sociedade BDO & Associados, Sociedade de Revisores Oficiais de Contas, Lda., registada como SROC n.º 29 junto da OROC e na CMVM com o n.º 20161384, com sede na Avenida da República, 50, 10.º, 1069 -211 Lisboa, representada por Paulo Jorge de Sousa da Fonseca Ferreira, ROC n.º 781.

Mandato 2018/2020

Por despacho conjunto da Secretária de Estado da Saúde e do Secretário de Estado do Tesouro, de 21 de agosto de 2018, foi designado o Revisor Oficial de Contas para o mandato de 2018/2020, a sociedade Grant Thornton & Associados, SROC, Lda., inscrita na Ordem dos Revisores Oficiais de

Contas n.º 67, e registado na Comissão de Mercado de Valores Mobiliários n.º 20161403, representada por Joaquim Filipe Martins de Moura Areosa (ROC n.º 1027), com domicílio profissional na Av. da Boavista 1180, 4.º, 4100-113 Porto.

Os honorários anuais ilíquidos do ROC constam no contrato de prestação de serviços celebrado entre o Conselho de Administração e os ROC. Ao valor dos honorários acresce o IVA, à taxa legal em vigor.

A Sociedade Grant Thornton & Associados, SROC, Lda. deixou de desempenhar funções para a ULSAM no final do mês de novembro de 2021.

Mandato 2014/2016

A fiscalização da ULSAM é exercida por um Fiscal único nomeado pelo Ministro das Finanças.

Pelo despacho de 18 de novembro de 2014 da Secretária de Estado do Tesouro são designados para a ULSAM, para o triénio 2014-2016, o Fiscal Único Efetivo Ribeiro, Pires, Sousa & Associados, SROC, Lda., inscrita na Ordem dos Revisores Oficiais de Contas sob o n.º 90, e na CMVM sob o n.º 20161417, representada pelo Dr. Rui Alberto Machado de Sousa (n.º 668) e na CMVM sob o n.º 20160310 e o Fiscal Único Suplente, Dr. Manuel Calvão Pires, inscrito na Ordem dos Revisores Oficiais de Contas sob o n.º 672 e na CMVM sob o n.º 20160313.

A remuneração anual ilíquida do Fiscal Único efetivo da ULSAM consta do contrato de prestação de serviços a celebrar entre o Conselho de Administração desta Instituição e o respetivo Fiscal Único, em harmonia com o estabelecido nos artigos 59º e 60º dos Estatutos da Ordem dos Revisores Oficiais de Contas, com o limite máximo equivalente a 22,5% da quantidade correspondente a 12 meses da remuneração global mensal ilíquida atribuída, nos termos legais, ao Presidente do Conselho de Administração da ULSAM. Ao valor mensal determinado são aplicadas as reduções remuneratórias vigentes, bem como outras que vierem a ser legalmente determinadas.

Ao valor da prestação de serviços, pagos doze vezes ao ano, acresce o IVA, à taxa legal em vigor.

Mandato 2011/2013

Pelo Despacho de 22 de março de 2012 do Ministério das Finanças é renovado o mandato do órgão de fiscalização da ULSAM, para o triénio 2011-2013.

A remuneração anual ilíquida do fiscal único efetivo da ULSAM, consta do contrato de prestação de serviços a celebrar entre o Conselho de Administração desta Instituição e o respetivo Fiscal Único, em harmonia com o estabelecido nos artigos 59º e 60º dos Estatutos da Ordem dos Revisores Oficiais de Contas, com o limite máximo equivalente a 22,5% da quantidade correspondente a 12 meses do vencimento de base ilíquido atribuído, nos termos legais, ao Presidente do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E. P. E., sem prejuízo do previsto no n.º 1 do artigo 12.º da lei n.º 12-A/2010, de 30 de Junho, no artigo 19.º da lei n.º 55-A/2010, de 31 de Dezembro, e das reduções futuras que vierem a ser legalmente definidas.

Fiscal Único

O fiscal único é o órgão responsável pelo controlo da legalidade, da regularidade e da boa gestão financeira e patrimonial da ULSAM.

O fiscal único é nomeado por despacho do Ministro das Finanças obrigatoriamente de entre revisores oficiais de contas ou sociedades de revisores oficiais de contas, por um período de três anos, apenas renovável uma vez. O fiscal único tem sempre um suplente, que é igualmente revisor oficial de contas ou sociedade de revisores oficiais de contas.

2. Indicação das limitações, legais e outras, relativamente ao número de anos em que o ROC presta serviços à empresa.

A natureza, regime de exercício de funções, tempo de mandato, bem como as competências do ROC são as constantes do artigo 21.º no Regulamento Interno da ULSAM (Artigo 80 do Decreto-Lei n.º 52/2022 de 4 de agosto - Estatutos). De acordo com os estatutos o ROC é nomeado por despacho conjunto dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, sob proposta fundamentada do Conselho Fiscal, tendo o mandato a duração de três anos, renovável por uma única vez.

3. Indicação do número de anos em que a SROC e/ou o ROC exerce funções consecutivamente junto da empresa/grupo, bem como indicação do número de anos em que o ROC presta serviços nesta empresa, incluindo o ano a que se refere o presente relatório, bem assim como a remuneração relativa ao ano em referência, apresentados segundo o formato seguinte:

Para o triénio 2022-2024 foi designado o Revisor Oficial de Contas através do Despacho conjunto n.º 1393/2022, de 25/01/2022, dos Secretários de Estado do Tesouro e da Saúde, a sociedade BDO & Associados, Sociedade de Revisores Oficiais de Contas, Lda., registada como SROC n.º 29 junto da OROC e na CMVM com o n.º 20161384, com sede na Av. da República, 50 – 10.º, 1069-211 Lisboa, representada por Paulo Jorge de Sousa da Fonseca Ferreira, ROC n.º 781.

Membro do Órgão de Fiscalização	Remuneração anual - 2024 (€)
	Bruta
BDO & Associados, SROC, Lda. (SROC n.º 29) Representada por Dr. Paulo Jorge de Sousa da Fonseca Ferreira (ROC n.º 781)	34.132,50
Total	**28.793**

4. Descrição de outros serviços prestados pela SROC à empresa e/ou prestados pelo ROC que representa a SROC, caso aplicável.

Não são prestados outros serviços pela SROC à ULSAM.

F. Conselho Consultivo

1. Composição, ao longo do ano em referência, com indicação do número estatutário mínimo e máximo de membros, duração estatutária do mandato, número de membros efetivos e suplentes, data da primeira designação e data do termo de mandato de cada membro. Caso tenha ocorrido alteração de mandato durante o ano em reporte, a empresa deverá indicar os mandatos respetivos (o que saiu e o que entrou).

Término do mandato a novembro de 2017. Aguarda-se nomeação do novo Conselho Consultivo.

G. Auditor Externo

No ano de 2024 não se realizaram auditorias externas.

1. Identificação do auditor externo designado e do sócio ROC que o representa no cumprimento dessas funções, bem como o respetivo número de registo na CMVM, assim como a indicação do número de anos em que o auditor externo e o respetivo sócio ROC que o representa no cumprimento dessas funções exercem funções consecutivamente junto da empresa e/ou do grupo, bem assim como a remuneração relativa ao ano em referência.

2. Explicitação da política e periodicidade da rotação do auditor externo e do respetivo sócio ROC que o representa no cumprimento dessas funções, bem como indicação do órgão responsável pela avaliação do auditor externo e periodicidade com que essa avaliação é feita.

3. Identificação de trabalhos, distintos dos de auditoria, realizados pelo auditor externo para a empresa e/ou para empresas que com ela se encontrem em relação de domínio, bem como indicação dos procedimentos internos para efeitos de aprovação da contratação de tais serviços e indicação das razões para a sua contratação.

4. Indicação do montante da remuneração anual paga pela empresa e/ou por pessoas coletivas em relação de domínio ou de grupo ao auditor e a outras pessoas singulares ou coletivas pertencentes à mesma rede e discriminação da percentagem respeitante aos seguintes serviços.

VI. Organização Interna

A. Estatutos e Comunicações

1. Indicação das regras aplicáveis à alteração dos estatutos da empresa.

Os estatutos da ULSAM regem-se pelo regulamentado no Decreto-Lei n.º 52/2022 de 4 de agosto.

A ULSAM é uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial nos termos do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro.
As atribuições da ULSAM constam do respetivo regulamento interno, homologado em 22 de julho de 2022 por sua excelência Ministra da Saúde, disponível no sítio da internet:
Regulamento interno
Regulamento Interno - errata

As mesmas são fixadas de acordo com a política de saúde a nível nacional e regional e com o plano estratégico superiormente aprovado. São ainda desenvolvidas através de contrato-programa, em articulação com as atribuições das demais instituições do sistema de saúde.
Aos membros do Conselho de Administração aplica-se o Estatuto do Gestor Público, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 71/2007, com as alterações introduzidas pelos Decreto-Lei n.º 64-A/2008, Decreto-Lei n.º 8/2012, Declaração de Retificação n.º 2/2012, Decreto-Lei n.º 39/2016, Lei n.º 114/2017, Decreto-Lei n.º 22-C/2021 e Decreto-Lei n.º 50/2022, sem prejuízo do disposto no artigo 69.º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

2. Caraterização dos meios e política de comunicação de irregularidades ocorridas na empresa.

Conforme previsto no artigo 81.º do Decreto-Lei 52/2022, de 4 de agosto, que aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, as Unidades Locais de Saúde (ULS) devem dispor de um órgão responsável pelo controlo da legalidade, da regularidade e da boa gestão financeira e patrimonial da ULS.
Este órgão é designado por despacho do membro do Governo responsável pela área das finanças, obrigatoriamente de entre os Revisores Oficiais de Contas ou sociedades de revisores oficiais de contas, registados na Comissão do Mercado de Valores Mobiliários, por um período de três anos apenas renovável uma vez.

Refere, ainda, o mesmo diploma, no seu artigo 86.º, a necessidade de existir um serviço de auditoria interna, a quem compete proceder ao controlo interno nos domínios clínico, contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos.
No âmbito das suas funções, o serviço de auditoria interna, fornece ao Conselho de Administração análises e recomendações, sobre as atividades previstas, para a melhoria do funcionamento dos serviços.
Compete, também, ao serviço de auditoria interna, propor ao Conselho de Administração um regulamento que defina as regras e procedimentos de comunicação interna de irregularidades, através do qual possam ser descritos factos que indiciem:

a) Violação de princípios e disposições legais, regulamentares e deontológicas por parte dos membros dos órgãos estatutários, trabalhadores, fornecedores de bens e prestadores de serviços no exercício dos seus cargos profissionais;
b) Dano, abuso ou desvio relativo ao património do estabelecimento de saúde, E. P. E., ou do estabelecimento de saúde, S. P. A., ou dos utentes;
c) Prejuízo à imagem ou reputação do estabelecimento de saúde, E. P. E., ou do estabelecimento de saúde, S. P. A.

De salientar que a ULSAM assume como imprescindível para o desenvolvimento da sua atividade assistencial, a assunção de uma cultura de respeito pelos princípios éticos e deontológicos e pela observância das disposições legais e regulamentares que disciplinam a sua atividade, incluindo os normativos internos.
Desta forma, seguindo as determinações legais em vigor, foi efetuada a revisão do regulamento interno de comunicação de irregularidades, com o objetivo de estabelecer o sistema, as regras e os procedimentos internos para a comunicação, a receção, o registo e o tratamento das comunicações de irregularidades recebidas, nomeadamente quanto à forma e canais de comunicação, bem como do processo a adotar no tratamento da informação.
O regulamento foi aprovado pelo Conselho de Administração e encontra-se disponível no sítio da internet da ULSAM.
Regulamento de Comunicação interna de irregularidades

3. Indicação das políticas antifraude adotadas e identificação de ferramentas existentes com vista à mitigação e prevenção da fraude organizacional.

Em setembro de 2023, foi aprovada, pelo Conselho de Administração, a segunda revisão do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os Riscos de Corrupção e de Infrações Conexas, da Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM), EPE.
Plano de gestão de riscos e corrupção e infrações conexas 2021 (2.ª revisão)

Este documento visa fortalecer uma cultura de responsabilização das direções das diferentes unidades orgânicas, no desenvolvimento de mecanismos de controlo que diminuam a probabilidade de ocorrência de situações que potenciem os riscos, bem como dotar a ULSAM 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.
O mesmo documento dá ainda cumprimento ao determinado pelo Mecanismo Nacional Anticorrupção, abreviadamente designada por MENAC, no seu GUIA N.º 1/2023 – setembro, especificamente no ponto 3.2 - *Acompanhamento da execução do Plano de Prevenção de Riscos de*

Corrupção e Infrações Conexas – considerações metodológicas e de cuidado na elaboração dos relatórios de avaliação.

Este guia determina que os "Planos de Prevenção de Riscos (PPR) têm de ser objeto de avaliações periódicas sobre a sua execução e eficácia, designadamente nos meses de abril, relativamente a todos os riscos, e de outubro, relativamente aos riscos de nível elevado ou máximo, ou seja, daqueles que na matriz de avaliação de risco correspondem às duas nuances da cor vermelha".

Para o efeito, e para responder à referida determinação do MENAC, em outubro de 2024, foi elaborado o relatório de monitorização intercalar do Plano, com o objetivo de analisar e avaliar em que medida o previsto está a ser implementado e aferir da necessidade de revisão dos riscos e controlos anteriormente identificados.

Nessa medida, os responsáveis setoriais procederam à monitorização das medidas de prevenção de risco aplicadas e enviaram os resultados para o Serviço de Auditoria, evidenciando de forma positiva o comprometimento existente no que respeita a prevenção dos riscos e ao seu controlo sobre a implementação das medidas identificadas.

Este processo de comunicação e revisão assegura que os riscos são identificados e avaliados de forma eficaz e que os controlos são adequadamente implementados, fortalecendo a eficácia da gestão de riscos.

Logo, sempre que surjam novos riscos que, pela sua importância ou impacto na organização, impliquem uma revisão e/ou atualização do Plano, os responsáveis pela elaboração do documento efetuam uma proposta de revisão do mesmo, com o necessário ajustamento das medidas de prevenção.

B. Controlo Interno e Prevenção de Riscos

1. Informação sobre a existência de um Sistema de Controlo Interno (SCI) compatível com a dimensão e complexidade da empresa, de modo a proteger os investimentos e os seus ativos (este deve abarcar todos os riscos relevantes para a empresa).

O Sistema de Controlo Interno da ULSAM está suportado num conjunto de estratégias, políticas, processos, regras e procedimentos que visam assegurar uma boa utilização dos recursos públicos, em respeito pelos princípios de economia, eficiência e eficácia e de bom governo, assim:

- Toda a sua atividade, funcionamento e organização é balizada pelo cumprimento de toda a legislação e regulamentação em vigor;
- A missão, objetivos e valores da ULSAM, logo que patentes no seu Regulamento Interno, são amplamente divulgados quer no sítio da internet quer na intranet da Instituição;

- Os Relatórios & Contas e outros documentos/informações de interesse relevante são igualmente disponibilizados na internet / intranet;
- Possui uma Estratégia de Desenvolvimento da Qualidade que é do conhecimento de todos os colaboradores;
- Enquadrada na Estratégia de Desenvolvimento e Melhoria da Qualidade, dispõe de uma Estratégia de Gestão de Risco, com objetivos estratégicos bem definidos:
    a) Implementar uma estrutura que permita o envolvimento de todo o pessoal, com uma maior consciência para os perigos e responsabilidades de cada um, de forma articulada para que se desenvolva uma cultura de segurança;
    b) Promover a avaliação sistemática e documentada de todos os riscos, em todas as áreas dos estabelecimentos de saúde da ULSAM;
    c) Adotar medidas preventivas e corretivas, de modo sistemático e documentado, com a finalidade de eliminar ou minimizar riscos;
    d) Definir e promover a implementação de políticas, procedimentos, métodos de trabalho, técnicas e instalações mais seguras, nomeadamente com recurso a sistemas mais aperfeiçoados de informação e formação.
- Dispõe de um Regulamento da Gestão do Risco que disciplina a resposta às questões de gestão do risco, quer para os trabalhadores da ULSAM, quer para os utentes e visitas;
- Desenvolveu a Gestão do Risco, para facilitar a implementação das estratégias no domínio da gestão do risco, bem como da articulação entre os diferentes níveis de intervenção;
- Criou o Comité de Risco e Segurança da Informação, com o objetivo de definir as estratégias, metodologias, medidas e procedimentos de cibersegurança em consonância com a segurança dos ecossistemas de informação;
- Todas as transações são efetuadas no âmbito do regulamento interno para aquisição de bens e serviços, e orientadas pelos princípios de equidade, igualdade de oportunidades, eficiência e economia;
- Todas as políticas de recursos humanos são definidas com base em critérios de respeito, integridade, equidade e igualdade, produtividade e eficiência.
- Dispõe de um plano de formação com vista à valorização profissional e pessoal de todos os colaboradores;
- O Plano de Atividades e o Orçamento Económico são elaborados com a participação dos diversos níveis de gestão intermédia e, para além de serem enviados para as diversas Entidades Tutelares, são igualmente divulgados pelos colaboradores da ULSAM;
- Trimestralmente é elaborado o Relatório de Execução Orçamental que é enviado, juntamente com o Relatório do Fiscal Único, para a DGTF;
- No final do exercício económico, é elaborado o Relatório & Contas, que depois de aprovado pelo Conselho de Administração, é enviado para as entidades tutelares e de fiscalização. O

Fiscal Único procede igualmente à fiscalização do exercício emitindo o seu relatório e respetivo parecer.

- De três em três anos é elaborado o Plano Estratégico para o triénio em análise.
- Sempre que solicitado, a ULSAM presta as informações necessárias às Entidades Tutelares, de Supervisão e Fiscalização.
- Relativamente ao Programa de Cumprimento Normativo (PCN), previsto no Regime Geral de Prevenção da Corrupção, foram executados os seguintes instrumentos/medidas:
    e) Designada a responsável pelo cumprimento normativo (Diretora do Serviço de Auditoria);
    f) Implementado o Plano de Prevenção de Riscos (PPR), que abrange toda a organização;
    g) Implementado o Código de Ética, que estabelece o conjunto de princípios, valores e regras de atuação de todos os dirigentes e trabalhadores;
    h) É assegurada a realização de programa de formação interna, para todos os dirigentes e trabalhadores, com vista a que conheçam e compreendam as políticas e procedimentos de prevenção da corrupção e infrações conexas implementados; e
    i) Dispõe de Canal de Denúncias a operar internamente e externamente, e dão seguimento a denúncias de atos de corrupção e infrações conexas.

No âmbito da sua atividade de gestão, a ULSAM contratualiza objetivos e resultados a alcançar, contribuindo para a consolidação de uma cultura de gestão rigorosa, responsável e transparente. Este processo de contratualização reforça a necessidades de se proceder à disseminação das boas práticas assistenciais e organizacionais que contribuam para assegurar o acesso, a qualidade e a eficiência, num clima de transparência e objetividade.

Tendo em consideração os objetivos da ULSAM, a eficácia e a eficiência das operações, a fiabilidade da informação em conformidade com a legislação aplicável e as recomendações da ACSS, do Tribunal de Contas e do MENAC, as principais áreas de risco identificadas pelos profissionais são: Controlo Geral – Estrutura Organizacional; Controlo Geral – Gestão da Informação/Comunicação; Gestão e Liderança; Gestão de Sistemas de Informação; Gestão Financeira; Gestão do Imobilizado; Gestão de Stocks; Gestão dos Recursos Humanos; Contratação Pública; Contratualização; Prestação de Cuidados de Saúde; Relação com os utentes e Proteção de Dados.

A ULSAM assume como imprescindível para o desenvolvimento da sua atividade assistencial, a assunção de uma cultura de respeito pelos princípios éticos e deontológicos e pela observância das disposições legais e regulamentares que disciplinam a sua atividade, incluindo os normativos internos.

Nesse contexto, seguindo as determinações legais em vigor, dispõe de um sistema interno de comunicação de irregularidades e de um canal de denúncias, descritos em regulamentos próprios que estabelecem os sistemas, as regras e os procedimentos internos para a comunicação, a receção,

o registo e o tratamento das comunicações de irregularidades e das denúncias recebidas, designadamente quanto à forma e canais de comunicação.
A fiscalização e controlo da legalidade da gestão financeira e patrimonial é exercida por um conselho fiscal e por um revisor oficial de contas.

Ao conselho fiscal compete, especialmente, sem prejuízo das demais competências que lhe sejam atribuídas por lei:

a) Dar parecer sobre o relatório de gestão;
b) Acompanhar com regularidade a gestão através de balancetes e mapas demonstrativos da execução orçamental;
c) Manter o conselho de administração informado sobre os resultados das verificações e dos exames a que proceda;
d) Propor a realização de auditorias externas, quando tal se mostre necessário ou conveniente;
e) Pronunciar-se sobre qualquer outro assunto em matéria de gestão económica e financeira que seja submetido à sua consideração pelo conselho de administração;
f) Dar parecer sobre a aquisição, arrendamento, alienação e oneração de bens imóveis;
g) Dar parecer sobre a realização de investimentos e a contração de empréstimos;
h) Elaborar relatórios da sua ação fiscalizadora, incluindo um relatório anual global;
i) Pronunciar-se sobre assuntos que lhe sejam submetidos pelo conselho de administração, pelo Tribunal de Contas e pelas entidades que integram o controlo estratégico do sistema de controlo interno da administração financeira do Estado.

Compete ao revisor oficial de contas o dever de proceder a todos os exames e verificações necessários à revisão e certificação legais das contas, bem como exercer as seguintes funções:

a) Verificar da regularidade dos livros, registos contabilísticos e documentos que lhe servem de suporte;
b) Verificar, quando o julgue conveniente e pela forma que entenda adequada, a extensão da caixa e as existências de qualquer espécie de bens ou valores pertencentes à empresa ou por ela recebidos em garantia, depósito ou outro título;
c) Verificar a exatidão dos documentos de prestação de contas;
d) Verificar se os critérios valorimétricos adotados pela ULSAM, conduzem a uma correta avaliação do património e dos resultados.

O modelo de gestão implementado na ULSAM está desenhado de forma a garantir a utilização racional dos recursos disponíveis e a utilizá-los eficientemente, extraindo o máximo resultado

pretendido e cumprindo os objetivos fixados. Para o efeito conta ainda com o Serviço de Auditoria Interna para, no desenvolvimento das suas ações, melhorar as operações da organização e avaliar a eficácia dos processos de gestão de risco, controlo e governação.

2. Identificação de pessoas, órgãos ou comissões responsáveis pela auditoria interna e/ou pela implementação de sistema de gestão e controlo de risco que permita antecipar e minimizar os riscos inerentes à atividade desenvolvida.

Ao Serviço de Auditoria Interna (SA) compete a realização de auditorias internas, 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.
Ao serviço de auditoria interna compete em especial:

a) Fornecer ao conselho de administração análises e recomendações sobre as atividades revistas para melhoria do funcionamento dos serviços;
b) Receber as comunicações de irregularidades sobre a organização e funcionamento da ULSAM, apresentadas pelos demais órgãos estatutários, trabalhadores, colaboradores, utentes e cidadãos em geral;
c) Elaborar o plano anual de auditoria interna;
d) Elaborar anualmente um relatório sobre a atividade desenvolvida, em que se refiram os controlos efetuados, as anomalias detetadas e as medidas corretivas a adotar;
e) Elaborar o plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas e os respetivos relatórios de monitorização periódica e anuais de execução.

O SA elabora, trimestralmente, o relatório de Execução Financeira, com a análise dos resultados económico-financeiros, em respeito pelo Despacho n.º 7709-B/2016, de 9 de junho, do Senhor Secretário de Estado da Saúde e da Circular Normativa n.º 20/2016/ACSS, de 12 de outubro.
A direção do SA compete a um auditor interno que exerce as respetivas funções a tempo inteiro, de acordo com as normas internacionais para a prática profissional de auditoria interna e gestão de riscos.
No âmbito da sua atividade, o SA colabora com a ACSS, I.P., e a IGAS.
O plano anual de auditoria e o relatório anual de auditoria são aprovados e submetidos pelo Conselho de Administração à ACSS, I.P., à Direção-Geral do Tesouro e Finanças, à Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS) e à Inspeção-Geral de Finanças (IGF), respetivamente, até 15 de dezembro e 15 de março de cada ano.
O plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas e os respetivos relatórios anuais de execução são aprovados e submetidos pelo Conselho de Administração ao Mecanismo Nacional Anticorrupção e aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.
O SA depende, em termos orgânicos, do presidente do conselho de administração.

No sentido de obter informação adequada para o desenvolvimento das suas competências, o SA tem acesso livre a registos, documentação, computadores, instalações e pessoal da ULSAM, com exceção dos registos clínicos individuais dos utentes.

3. Em caso de existência de plano estratégico e de política de risco da empresa, transcrição da definição de níveis de risco considerados aceitáveis e identificar as principais medidas adotadas.

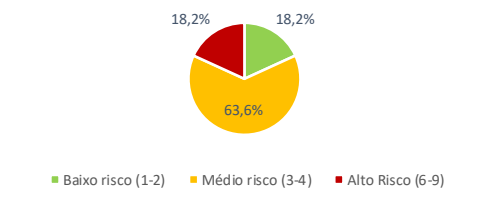
O Conselho de Administração da ULSAM, E.P.E., nomeou a Diretora do Serviço de Auditoria, em sessão de 18 de abril de 2019.
No âmbito das recomendações do Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC), a Auditora nomeada elaborou o Plano de Prevenção do Risco de Gestão, incluindo riscos de Corrupção e Infrações Conexas – 2020, posteriormente revisto em 2021 e 2023.
O Plano foi sendo aperfeiçoado com o propósito de se tornar um verdadeiro instrumento de gestão, que potencie a eficácia, eficiência e a qualidade dos serviços prestados, previna comportamentos inadequados, contribua para a transparência e para a tomada de decisão segura, estimulando a participação individual e coletiva.
Tendo em conta que as estratégias de prevenção e gestão do risco requerem o envolvimento e o compromisso de todos os dirigentes e profissionais da ULSAM, foram realizadas várias reuniões multidisciplinares de análise e discussão das situações de risco identificadas e das medidas a implementar e foram desenvolvidas ações de formação interna no âmbito do plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas, bem como de todas as áreas de gestão de risco: geral; clínico; cibersegurança e proteção de dados.
Para além das ações de formação em sala foi disponibilizada uma ação de formação em formato *e-learning* para facilitar o acesso a todos os profissionais.

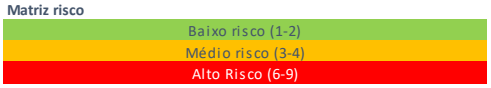
Tendo em consideração os objetivos da ULSAM, a eficácia e a eficiência das operações, a fiabilidade da informação em conformidade com a legislação aplicável e as recomendações da ACSS, do Tribunal de Contas e do CPC, as principais áreas de risco identificadas pelos profissionais são as infra referidas:

- Controlo Geral – Estrutura Organizacional;
- Controlo Geral – Gestão da Informação/Comunicação;
- Gestão e Liderança;
- Gestão de Sistemas de Informação;
- Gestão Financeira;
- Gestão do Imobilizado;
- Gestão de Stocks;
- Gestão dos Recursos Humanos;
- Contratação Pública;

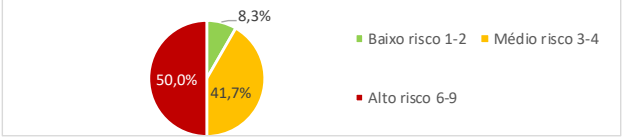
- Contratualização;
- Prestação de Cuidados de Saúde;
- Relação com os utentes;
- Proteção de Dados.

PPRG - Controlo Geral						
Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação do risco			Resposta ao Risco	Responsáveis
		P	I	C	Medidas Preventivas	
Gestão da informação	Desconformidades e/ou erro na tomada de decisão com base em informação de gestão errada ou intempestiva	2	3	6	Definição e monitorização de prazos para a produção e validação da informação	Transversal a toda a organização
					Definição de objetivos individuais a incluir na avaliação de desempenho	
RGPD	Uso não autorizado de imagem/vídeo captadas na instituição	2	2	4	Informar sobre as restrições na captação de imagens dentro da instituição, através da colocação de sinalética	
Conflito de interesses	Favorecimento de concorrentes/candidatods/familires/amigos	1	3	3	Emissão de declaração de incompatibilidade	
					Segregação de funções	
					Formação para prevenção de situações de conflito de interesses	
					Rotatividade de elementos de juris de concursos	
					Código de ética	
Gestão de conflitos	Conflitos	2	2	4	Formação em gestão de conflitos	
					Código de Boa Conduta de prevenção e combate ao assedio no trabalho	
					Plano de Prevenção de Riscos	
					Código de ética	
Gestão situações emergência	Funcionamento do hospital prejudicado por falha no abastecimento de água, eletricidade ou gás	1	3	3	Efetuar anel interno, de circuito de água, para mais facilmente detetar fugas e permitir intervenção rápida	SIE
					Testar Planos de contingência já instituidos	SIE/SO-ST
	Adequado gestão de incêndios	1	3	3	Substituição da central de deteção de incêndios	SIE
					Formação em incêndio e emergência (medidas de auto proteção, condições de segurança)	Formação
	Inexistência de vias de acesso em edifícios com altura superior a 9 metros no HSL	2	3	6	Criação de vias de acesso segundo o artigo 5.º da Portaria n.º 1532/2008.	SIE/SHAG
	Inexistência de fachadas cortina/ envidraçadas com sinalização em edifícios>9 M no HSL e HCB	1	2	2	Criação de fachadas segundo o artigo 6.º da Portaria n.º 1532/2008	SIE/SO-ST
	Controlo adequado das situações de emergência	1	3	3	Formar e certificar colaboradores para a primeira linha de intervenção em emergência e dos serviços com atendimento de pessoas em situação critica	Formação
					Curso de Emergência Médica Intra-Hospitalar com recurso à Simulação	Formação
					Formação em "Gestão de fármacos e fluídos em emergência"	Formação
	Impossibilidade de acesso à rede de incêndio no exterior no HSL	1	3	3	Marcação e sinalização das zonas de combate a incêndios (sinalização vertical e horizontal), segundo Nota Técnica n.º 7 da Segurança contra Incêndios	SIE/ SO-ST

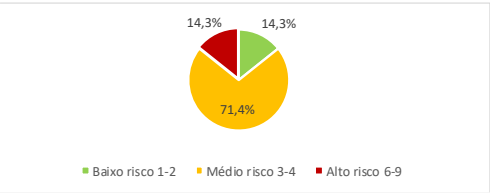




PPRG - Departamento Consulta Externa							
Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação Risco			Resposta ao Risco	RESP
		P	I	C	Medidas Preventivas	
Atendimento telefonico	A capacidade instalada no atendimento telefónico (apenas 2 elemento neste momento), não corresponde à procura deste serviço, criando o risco de uma incorreta gestão da lista de espera bem como um aumento de reclamações por falta de resposta deste serviço.	1	3	3	Aumento da capacidade instalada - criação de call center de atendimento telefonico com possivel alargamento à resposta de e-mail para todos os serviços da ULS (centralizar)	DCE
					Restribuição de tarefas	
Marcação das consultas	Risco de alteração destes critérios de agendamento por variáveis que ultrapassam a atividade e responsabilidade das administrativas	2	3	6	A marcação da lista de espera deve cumprir os seguintes critérios: prioridade do P1; data de entrada; no caso de triagem normal o CTH/VAI sobrepõe-se ao SAM para cumprimento da LEC.	DCE
					Cumprimento do regulamento interno da Consulta Externa por parte dos Clinicos (não podem dar autorizações para marcação de 1.º consultas sobrepondo-se aos criterios de marcação).	DCE
	Risco de Favorecimento de familiares ou amigos	1	3	3	Auditorias aleatórias e regulares aos registos	DCE
					Frequentar formação no âmbito da prevenção da corrupção e de conflito de interesse	DCE
Marcação de primeiras consultas com proveniencia "VAI"	O serviço administrativo da CE não tem forma de aceder aos vários tipos de prioridades no aplicativo SONHO versão v1 no campo referências, de forma a cumprir os TMRG	1	1	1	O serviço administrativo está a trabalhar com base em mapas estatísticos "trabalhados em Excel" fornecidos diariamente pelos superiores hierárquicos. Para melhor resolução deverá a instituição adquirir a versão v2 do SONHO ou a SPMS acrescenta o campo de pesquisa pela prioridade (7, 15, 30, 60, 120 dias)	DCE
Informação de identificação do utente	Atribuição indevida de isenções para favorecimento do utente ou outros	1	3	3	Auditorias aleatórias e regulares aos registos	DCE
Cobrança da Taxa Moderadoras	Possibilidade de Roubos/Assalto uma vez que é utilizada uma caixa plástica para guardar os valores monetários das cobranças diárias das taxas moderadoras, uma vez que há ainda muitas taxas moderadoras em divida anteriores ao dia 1 de junho de 2022.	2	3	6	Deveria ser criado o posto de "Tesouraria" deste modo, todos os recebimentos seriam efetuados num único local e por elementos Administrativos com a função de Tesoureiro ou	DCE
					Efetuar o pagamento nos quiosques (terá que ser ativada a funcionalidade)	DCE
Indicadores (Avaliação desempenho)	Alteração de dados de produção no sonho em beneficio dos resultados dos indicadores	2	3	6	Auditorias aleatórias e regulares aos registos	DCE
Circulação de documentos	Circulação pelos serviços de documentos com informação clinica (pedidos de colaboração do internamento para exames; pedidos de exames ao exterior)	2	3	6	Documentos que deveriam apenas circular via informática (desmaterialização dos processos). Criação de balcão único de marcação	DCE
Circulação indevida do utente pelos vários balcões administrativos para marcação de exames (MCDT)	Dispersão dos balcões administrativos para os diversos tipos de marcações (analises; cardiologia; radiologia; exames de neurologia; etc) cria ineficiência do serviço e origina transtorno ao utente.	2	3	6	Criação de um posto único de marcação de exames, englobando todas as áreas envolvidas.	DCE
Procedimento SONHO/SClínico para conclusão da referenciação CSP>CSH 1a consulta no âmbito do SIGA	As falhas nestes registos (início e fim da consulta) prejudicam os indicadores dos tempos associados às consultas realizadas pela instituição impactando com a sua performance e com o acesso, respetivamente. Não permite que os quiosques imitam a declaração de presença. E não permite a faturação sem nome de médico associado.	3	3	9	Necessidade de ser registado no SClínico Hospitalar a data e hora de início e de fim da consulta Monitorização trimestral com listagem de consultas que não cumprem os requisitos e envio para os respetivos médicos.	DCE
Medicos em prestação de serviços / consultas adicionais/possivel conflito de interesses	Efetivação de consultas, com tipologia "médica", pelo próprio clínico sem que o doente/utente tenha registado nos quiosques/serviço administrativo, gerando um episódio de consulta faturável sem que se confirme a real presença do doente/utente.	2	2	4	Todos os médicos em prestação de serviço e as consultas com designação "adicional" não deveriam ser efetivadas pelo clinico.	DCE
Perda de Receita	O utente, principalmente utente migrantes (cartão CEDS) e utentes com companhias de seguros, não se desloca ao atendimento presencial para verificação dos dados pessoais (subsistemas), o que resulta na não correção de dados do utente e consequentemente à não faturação do contrato programa.	2	2	4	Através de mapas estatísticos do SONHO a Funcionaria adstrita à função de correção de faturação da Consulta Externa têm regularizado algumas situações.	DCE



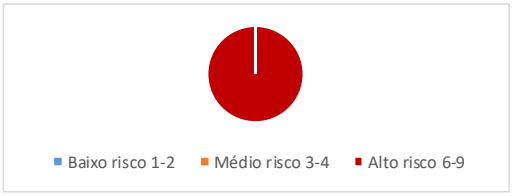
Departamento Mcdt's						
Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação Risco			Resposta ao Risco	Responsáveis
		P	I	C	Medidas Preventivas	
Concursos e Adjudicações de Prestações de serviço	Conluio entre adjudicatários e os funcionários. Permitir o acesso a informação privilegiada. Favorecimento de prestadores de forma a obter benefícios. Descontrolo da execução dos contratos de manuetenção global. Fiscalização deficiente, que permita a eventual prestação de serviços com qualidade inferior à preconizada nos Cadernos de Encargos, com favorecimento da entidade executante.	1	3	3	Regime de rotatividade, nas nomeações dos técnicos para participação como elementos do júri. Promover, aleatóriamente, auditorias internas a algumas instalações abrangidas pelos respetivos contratos, as quais permitam avaliar o nível de serviço prestado, em comparação com as obrigações contratuais das entidades executantes. Controlo interno (Diretor de Serviço e Gestor de Departamento), no que respeita à monitorização dos contratos de concessão.	Direção do Departamento de MCDT
Aquisição de prestaçãoes de serviço, para colaboração	Favorecimento de candidatos. Aceitação de projetos/estudos que não concorram ou fiquem aquém do solicitado.	1	3	3	Sempre que possível, verificação e revisão da concessão, realizada por outra entidade (externa). Estabelecimento de vários níveis de responsabilidade na contratação. Existência de júri plural e rotativo. Utilização de critérios de adjudicação objetivos. Utilização de cadernos de encargos rigorosos.	Direção do Departamento de MCDT
Requisição de MCDT´s a entidades externas	Desadequação da prescrição (volume e avaliação da necessidade, em função da patologia/condição clínica). Favorecimento de prestadores externos	1	3	3	Referenciações hospitalares inequívocas. Identificação dos destinos possíveis (restrição das entidades). Consulta de três orçamentos a três entidades, em pedidos de exames não protocolados. Centralização da validação/assinatura dos termos de responsabilidade (TR) pela Direção clínica.	Direção do Departamento de MCDT
Requisição de transportes de doentes	Retenção dos transportes, utentes e equipas nas entidades de destino. Recurso a operadores que não são os contratados. Atividade não conforme com a faturação.	2	3	6	Criação da unidade de Transporte de doentes, adotando metodologias de trabalho, com preponderância do suporte digital, para um controlo mais efetivo da atividade. Urgência na implementação do AGIT. Promoção de sessões de esclarecimento, junto do corpo clínico e dos assistentes técnicos intervenientes no processo, para sensibilização e observação do cumprimento das disposições legais vigentes. Definição da instrução do processo administrativo, integrando o documento de prescrição, a requisição e o TR, com progressiva aproximação do preenchimento ideal. implementação do impresso de justificação de recurso a outro operador (que não o contratado) Elaboração e divulgação de relatórios estatísticos, com dados que traduzem não apenas o volume e natureza de prescrição, mas também o seu impacto financeiro. Criação da Unidade de Controlo e Gestão de Termos de responsabilidade e Taxas Moderadores (UCGTT)	Direção do Departamento de MCDT
Cobrança de taxas moderadoras	Dúvidas na interpretação de algumas disposições legais. Identificação nem sempre completa e correta dos utentes. Incorreções no processo de cobrança	3	1	3	Necessidade de introdução urgente do Documento Único de Cobrança (DUC), no sentido de viabilizar o pagamento por referência MB Processo de verificação de contas por turno, com controlo/conferência por responsável da área de gestão e, posteriormente, por elementos do Serviço Financeiro. Sensibilização dos profissionais para a importância da correção e qualidade do registo de dados	Direção do Departamento de MCDT
Resposta a pedidos de exames com informação clínica	Cedência de informação e/ou documentos indevidamente	1	3	3	Os pedidos de informação e os documentos, devem ser sempre formulados por escrito, em modelo próprio validado do Qualitus.	Direção do Departamento de MCDT
Lista de espera na central de colheitas	Respeito pela ordem de prioridade	1	1	1	Controlo regular dos tempos médios de acesso, de acordo com critérios clínicos. Melhoramento e adequação do sistema digital de chamada e efetivação de pedidos.	Direção do Departamento de MCDT



Matriz risco

Baixo risco 1-2
Médio risco 3-4
Alto risco 6-9

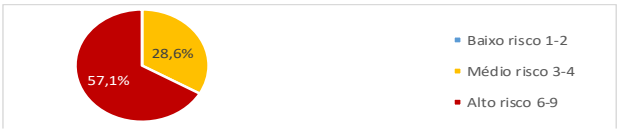
PPRG - SHST						
Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação do risco			Resposta ao Risco	Responsáveis
		P	I	C	Medidas Preventivas	
Psicologia Ocupacional - gestão de riscos psicossociais	Inexistência de metodologia de avaliação de riscos psicossociais (p.e.violência,assédio,stresse ocupacional)	3	2	6	Assegurar a implementação de metodologia de avaliação de riscos psicossociais	Psicóloga da Saúde Ocupacional
Registo e acompanhamento de Acidentes de Trabalho	Não cumprimento do procedimento relativo a acidentes de trabalho	2	3	6	Assegurar a implementação de metodologia de acompanhamento	Diretor de SSO/ST
Auditorias noturnas, com o intuito de salvaguardar fontes de risco não detetáveis no periodo laboral de trabalho dos técnicos.	Intrusão,rapto, roubo, falta de iluminação, ruído	3	3	9	Realização de auditorias com carácter trimestral Controlo das rondas efetuadas pelos vigilantes nos vários pontos de registo biométrico Verificação do cumprimento do procedimento relativo às rondas	Área Técnica do SSO/ST
Acesso de cartão ativo e videovigilância.	Intrusão, roubo, rapto	3	2	6	Acesso restrito na porta do serviço de Cardiologia	Diretor SHAG, Diretor de SSO/ST
Gestores Locais de Risco, estatística de sinistralidade e notificações de ocorrências.	Inexistência de consulta das notificações por parte dos Gestores Locais de Risco	3	2	6	Colaboração na melhoria da aplicação informática do Utilsst	Diretor de SSO/ST, Diretor SGSIC
Aquisição de material e equipamentos de trabalho	Seleção de material e equipamentos de entidade conhecida	2	3	6	Assinatuara pelos elementos dos júris de compromisso de não conflito de interesses	Elemento do Júri



Matriz risco

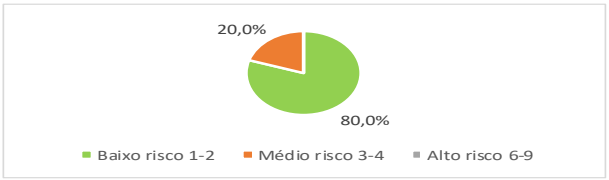
Baixo risco 1-2
Médio risco 3-4
Alto risco 6-9

PPRG - Gabinete da Qualidade						
Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação do risco			Resposta ao Risco	Responsáveis
		P	I	C	Medidas Preventivas	
Dinamizar atividades e programas de melhoria contínua da qualidade: SINAS; Segurança do Doente; Certificação/Acreditação da Qualidade e Segurença da Informação (ISO 17025; ISO 27001; ISO 13485; ISO 9001; ACSA)	Deficiente implementação por Recursos insuficientes	3	2	6	Monitorização trimestal	GQ
					Auditorias Internas Anuais	
					Revisão pela Gestão - Anual	
Manter o Qualitus atualizado (gestão documental associada à qualidade) de forma a assegurar a integridade, confidencialidade e disponibilidade da Informação)	Perda de informação e/ou indisponibilidade da informação com impacto na atividade assitencial	1	3	3	Contrato de manutenção com INPUT	GQ
					Cópias de Segurança	
					Monitorização Mensal	
Gerir e executar um Programa Anual de Auditorias (PAA) Internas e Externas da Qualidade	Incumprimento do PAA por insuficiencia de recursos	3	2	6	Monitorização trimestral	GQ
					Revisão pela Gestão - Anual	
					Manter Bolsa de Auditores Internos	
	Conflito de Interesses associado à realização de auditorias; Equipas Auditoras (EA) Independentes das atividades auditadas	3	2	6	Manter EA que assegurem a imparcialidade	GQ
					Obter declaração de compromisso de: Confidencialidade	
					Obter declaração de compromisso de: inexistencia de conflitos de interesses	
Assegurar o tratamento das não conformidades (NC) e as subsequentes: Correções; Ações Corretivas; Ações Preventivas	Tratamento das NC inadequada e/ou fora de tempo por insuficiencia de recursos	3	2	6	Monitorização trimestral	GQ
					Revisão pela Gestão - Anual	
					Reforçar Equipa do GQ	
Avaliar regularmente o grau de satisfação dos utentes	Ineficiencia do Processo (Consumo excessivo de recursos)	2	2	4	Desmaterialização de Inqueritos	GQ/SGSIC
					Automatização da análise dos questionários	



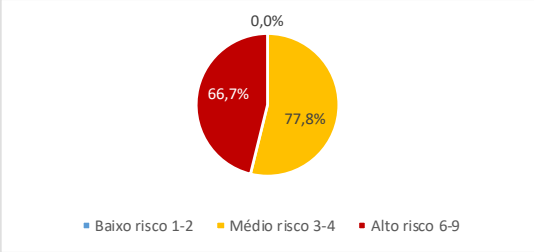
Baixo risco 1-2
Médio risco 3-4
Alto risco 6-9

PPRG - RAI						
Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação do risco			Resposta ao Risco	Responsáveis
		P	I	C	Medidas Preventivas	
Gestão dos pedidos de acesso à informação	Não aferir legitimidade pedido	1	2	2	Auditoria	RAI
	Não cumprir prioridade pedido	2	1	2	Auditoria	RAI
	Rececionar contrapartidas	1	3	3	Auditoria	RAI
	Permitir acesso indevido informação	1	2	2	Auditoria	RAI
	Emitir informação sem cumprimento das normas legais	1	2	2	Auditoria	RAI



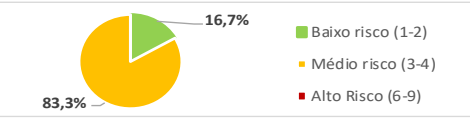
Baixo risco 1-2	80,0%
Médio risco 3-4	20,0%
Alto risco 6-9	0,0%

PPR - ULGA						
Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação do risco			Resposta ao Risco	Responsáveis
		P	I	C	Medidas Preventivas	
Acesso	Deficiente registo da produção realizada	2	3	6	Verificação da qualidade dos registos	ULGA, PCG
					Formação periodica aos funcionários	ULGA, PCG
					Procedimentos de controlo interno	ULGA, PCG
					Monitorização da produção realizada	ULGA, PCG
	Incumprimento TMRG	2	3	6	Monitorização das listas de espera	ULGA, PCG
	Falta informação e acompanhamento a utentes	1	3	3	Monitorização e articulação com gabinete do cidadão	ULGA
	Incumprimento nos processos de transfêrencia das listas de espera	1	3	3	Monitorização dos casos em lista de espera sujeitos a transferência	ULGA
	Cancelamento de agendamento de cirurgias " por indicação médica " sem motivo clínico registado	2	2	4	Propor realização de avaliações na área de agendamento de cirurgia	ULGA
	Conflito de interesses (devendo ser totalmente evitado que estes exames sejam realizados no exterior por Médicos com vinculo à ULSAM)	1	3	3	Propor realização de ações de formação (Prevenção)	ULGA
		1	3	3	Propor no caderno de encargos medidas de salvaguarda	ULGA
	Recurso a entidades externas prestadoas de MCDT	1	3	3	Propor ao serviço monitorização e avaliaçao periodica da utilização plena da capacidade interna	ULGA
		1	3	3	Propor ao Serviço responsável a realização de procedimentos que identifiquem préviamente pessoal médico/técnico responsavel pela execução no exterior	ULGA



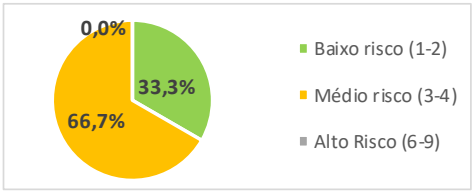
Baixo risco 1-2
Médio risco 3-4
Alto risco 6-9

PPRG - Serviço Aprovisionamento							
Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação Risco			Resposta ao Risco	Responsáveis
		P	I	C	Medidas Preventivas	
Planeamento de Compras	Processo de planeamento de compras inadequado	2	2	4	Identificação global das necessidades de compras	AP
					Elaboração atempada do plano anual de compras	AP
					Reforçar o pedido de nomeação e reativação da Comissão de Normalização de Consumos	AP
Processos de aquisição	Falta de transparência e de independência nos processos de aquisição	1	3	3	Declaração de Incompatibilidades assinada pelo Gestor do Contrato (melhorar check-list para acrescer este item de verificação)	AP
					Rotatividade na constituição dos júris dos concursos	AP
					Cadernos de encargos bem estruturados e detalhados, com critérios bem definidos e objetivos	AP
	Oferta de terceiros - Aceitação de donativos e ofertas de terceiros	1	3	3	Incluir no Regulamento Interno do Serviço, clausula especifica sobre esta matéria	AP
	Ofertas de terceiros - Risco de influenciar tomada de decisão de colaboradores, facilitando o tráfico de influências e favoritismo	1	3	3	Incluir no Regulamento Interno do Serviço, clausula especifica sobre esta matéria	AP
	Favorecimento de candidatos	1	3	3	Definir níveis de acesso à informação	AP
	Ceder a pressão de fornecedores que tentam influenciar escolhas de equipamentos, materiais, medicamentos e tratamentos (e/ou mcdt's)	1	3	3	Incluir no Regulamento Interno do Serviço, clausula especifica sobre esta matéria	AP
	Participação em ações de formação ou eventos, financiados por fornecedores ou potenciais fornecedores	1	3	3	Frequentar ações de formações sobre esta matéria	AP
	Limitação da concorrência - Recurso sistemático ao procedimento por ajuste direto simplificado, quer em situações regulares, quer em casos de necessidade ou de urgência, podendo levar a privilegiar uma empresa em detrimento de outras	1	3	3	Atualizar o manual de Procedimentos e Boas Práticas do Serviço de Aprovisionamento	AP
	Limitação da concorrência nos processos de ajuste direto e nos caderno de encargos	1	3	3		AP
	Definir fatores para ponderação de critérios de ajudicação pouco objetivos, ou adoção inadequada de critérios de adjudicação em procedimentos de contratação pública	1	3	3		AP
Gestão de contratos	Favorecimento de fornecedores/Clientes	1	3	3	Zelar pelo cumprimento das determinações do Código de Ética	AP
					Frequentar ações de formação sobre Código de Ética	AP
					Divulgação junto dos colaboradores de Manuais de Boas Praticas, Código de Ética e Recomendações do CPC	AP
Recepção	Recepção incorreta de bens	1	3	3	Incorporação no processo de recepção os utilizadores dos bens (para bens especificos)	AP
Dados mestre	Dados mestre de fornecedores, em falta, incorretos, desatualizados e/ou sem informação qualitativa	1	2	2	Atualização regular dos dados metre de fornecedores	
					Avaliação regular dos fornecedores	AP
Gestão de Stock's	Rotura de stock's ou atraso no fornecimento	2	2	4	Gestão eficiente de stock's, com incorporação de mecanismos de alerta	AP
					Cadastro de fornecedores (para efeitos de convite na Consulta Prévia e AD)	AP
	Produtos fora de prazo	2	2	4	Incorporação de sistema de alertas no aplicativo de gestão de stock's	AP
	Deterioração das existências em armazém e falta de espaço	1	2	2	Zelar pela adequação das condições de armazenamento	AP
	Desvio de bens armazenados	1	3	3	Implementar sistema de controlo de acessos	AP
Distribuição	Atraso na entrega dos bens de consumo esporádico aos serviços utilizadores	1	2	2	Implementar sistema de controlo de entregas aos serviços	AP
Valorização dos inventários	Inadequada valorização das existências	2	2	4	Rappel e notas de crédito integram o custo médio dos bens	AP
Controlo de materiais e equipamentos	Perda de controlo na localização dos materiais/equipamentos, com risco de extravio	1	3	3	Implementar procedimento de controlo de equipamentos	AP



Baixo risco (1-2)
Médio risco (3-4)
Alto Risco (6-9)

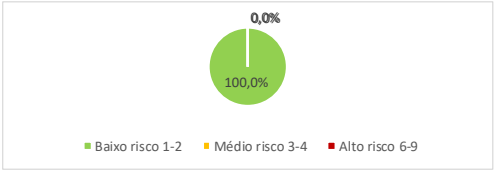
PPRG 2023 - Serviço Arquivo						
Atividades	Fator potencial de risco	P	I	C	Resposta ao Risco Medidas Preventivas	Responsáveis
Gestão dos pedidos de informação	Fornecimento de informação não autorizada a terceiros com o objetivo de obtenção de vantagens pessoais	1	2	2	Dever Sigilo	Responsável pelo Arquivo
					Politica de sanções para os incumpridores	Responsável pelo Arquivo
					Gestão dos acessos	Responsável pelo Arquivo
					Definição de responsavel pela gestão dos acessos	Responsável pelo Arquivo
					Implementação/avaliação dos niveis de segurança e controlo dos acessos	Responsável pelo Arquivo
	Ineficiência do processo	1	2	2	Criação de formulários especificos e sua normalização pelo processo da qualidade.	Responsável pelo Arquivo
Gestão dos equipamentos	Conflito de interesses enquanto elementos do juri dos concursos de aquisição de equipamentos.	1	3	3	Emissão de declaração de inexistência de incompatibilidades	Responsável pelo Arquivo;
	Roubos de equipamento	1	3	3	Responsabilização dos funcionários pelos equipamentos a guarda.	Responsável pelo Arquivo
Gestão dos processos	Não aplicação das medidas de prevenção	1	3	3	Formação nas áreas de riscos de gestão incluindo de corrupção e infracções conexas	Responsável pelo Arquivo
Segurança	Falta de segurança nas instalações do Arquivo	1	3	3	Formação	Responsável pelo Arquivo
	Grau implementação					



Matriz risco

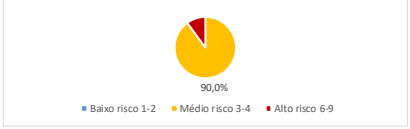
Baixo risco (1-2)
Médio risco (3-4)
Alto Risco (6-9)

PPRG - Gabinete Juridico						
Atividades	**Fator potencial de risco**	**Avaliação risco**			**Resposta ao Risco**	**Responsáveis**
		P	**I**	**C**	**Medidas Preventivas**	
Registo e arquivo de processos judiciais no Gabinete Juridico	Falta de registo ou duplicação de registo de processos.	1	2	2	Controlo através da dupla verificação.	Assistentes Técnicos
Cobranças de faturas via extra - judicial	Prazo de prescriçáo.	1	2	2	Controlo do prazo cronológico.	Assistentes Técnicos
Gestão de registo de oficios	Perda/duplicação de informação.	1	2	2	Controlo da organização em pasta digital e fisica.	Assistentes Técnicos
Conflito de Interesses	Relacionamento em processos em que possa ter alguma participação ou de operadores económicos relativamente aos quais possa existir um conflito de interesses.	1	2	2	Controlo da apresentação para efeitos de impedimento ou escusa de participação no procedimento,com necessidade de ser subscrita uma declaração de inexistencia de conflitos de interesses relativamente a cada processo	Assistentes Técnicos e Técnicos Superiores



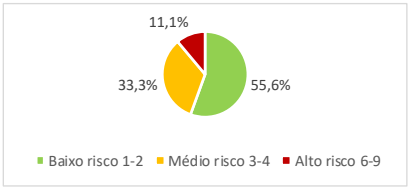
Baixo risco 1-2
Médio risco 3-4
Alto risco 6-9

PPRG - Departamento Psiquiatria						
Atividades	**Fator potencial de risco**	**Avaliação do risco**			**Resposta ao Risco**	**Responsáveis**
		P	**I**	**C**	**Medidas Preventivas**	
Gestão da atividade assistencial	Aceitação de valores (pecuniários ou outros) em troca de informação ou outros favorecimentos	1	3	3	Todos os Colaboradores do Departamento ficam obrigados a dar conhecimento ao superior hierárquico, de qualquer prática de tentativa de suborno ou corrupção e, recusarão qualquer oferta que possa ser interpretada como tentativa de agilizar ou facilitar processos de decisão, relativamente a qualquer prescrição ou ato médico - A implementar como norma de boas-práticas;	Direção Departamento
Faturação	Admissão de doentes com informação incorreta ou insuficiente (faturação ao SNS quando há lugar a outros Subsistemas)	1	3	3	Persuadir os colaboradores a verificarem se o Doente tem Subsistemas alternativos ao SNS, a monitorização será feita pela informação de retorno do serviço de faturação e suorte na ferramenta *Meliora* .;	
	Cobrança de Taxas moderadoras indevidas, a doentes isentos ou dispensados pelo seu quadro de doença mental	1	3	3	Auditorias semestrais através do mapapa CON 4006;	
	Validação indevida de credenciais de transporte ou MCDT pedidos ao exterior	1	3	3	Anáise mensal nos respetivos mapas do SONHO;	
	Risco de quebra na faturação por falta de atualização de registos de morada		1	3	Informação de retorno, análise dos mapas do SONHO e amostragem aleatória;	
Acumulação de funções	Acumulação de funções sem autorização.	1	3	3	Pedido de análise dos processos aos RH; Validação do mod. 230. 1 ULSAM	
Segurança da informação	Risco de divulgação de informação, que pode indicar um crime de violação de segredo por funcionário. Nesta tipologia foram incluídos riscos de divulgação de informação, nomeadamente prestada ou solicitada pelos tribunais	1	3	3	Guardar informação prevista e de acordo com o RGPD ;	
	Acesso indevido do profissional a informação constante nos sistemas de informação (acesso fora do âmbito da prestação de cuidados)	1	3	3	Supervisão direta! Contextos de Práticas Clínicas.	
	Ceder ou transmitir, ou não resguardar informação	1	3	3	Supervisão direta;	
	Risco de Ciberataques!	2	3	6	Pedagogia de Cibersegurança em contextos de práticas clínicas. Alteração mensal de Password de acesso ao computador.	Direção Departamento/SGSI
					Formação em contextos de cibersegurança;	Direção Departamento/Unidade de Formação
					Colaborador deve solicitar autorização para acumulação de funções (mod. 230.1, ULSAM)	Direção Departamento



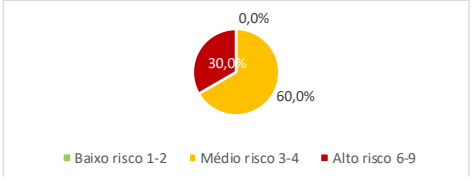
Baixo risco 1-2
Médio risco 3-4
Alto risco 6-9

PPRG - SIE						
Atividades	Fator potencial de risco	**Avaliação do Risco**			**Resposta ao Risco**	**Responsáveis**
		P	**I**	**C**	**Medidas Preventivas**	
Gestão de edifícios e equipamentos	Produção prejudicada por falta de equipamento	1	3	3	Elaborar Plano de Investimento anual, baseado nas necessidades devidamente identificadas	SIE
	Não inventariação de bens oferecidos com eventual apropriação ou utilização indevida de bens públicos.	2	2	4	Garantir que todos os bens entrem pela Gestão de Imobilizado/gestão de equipamentos, para que possam ser etiquetados e registados na aplicação do imobilizado.	Responsáveis do Aprovisionamento/Armazéns, SGSI/ SIE eGE/GI
					Solicitar a divulgação da obrigatoriedade de informarem a GI/GE da receção por doação de bens.	Responsável pela GI
	Falta de evidência no abate fisico de bens e na sua valorização.	1	2	2	Garantir a segregação de funções, entre quem propõe o abate, quem avalia tecnicamente e emite o Auto de Incapacidade, quem autoriza e a GI que procede ao abate do bem na aplicação.	Diretores e Chefes de serviço. SIE, GI/GE
	Ocorrência de desvios/roubo/furto de equipamentos.	2	3	6	Rever manual de gestão do imobilizado, incluindo a revisão de circuitos	Diretores e Chefes de serviço. GI/GE
					Responsabilizar os diretores de serviço pelo bens à sua guarda, remetendo periodicamente as "folhas de carga"	Diretores e Chefes de serviço. GI/GE
					Monitorização frequente entre o cadastro e o físico	SIE
	Gestão inadequada de intervenção em ativos	2	2	4	Substituir o aplicativo de gestão da manutenção, para permitir efetuar uma eficiente manutenção preventiva	SIE
	Conluio entre fornecedores/utentes e colaboradores dos armazens, serviços e SIE.	1	1	1	Garantir a segregação de funções, entre o SIE, Aprovisionamento e Financeiro, através do cumprimento do circuito e responsabilidades definidas no manual de gestão dos ativos tangiveis	Todos os intervenientes
	Realização de obras ou aquisição de ativos não prevista	2	1	2	Fundamentação e respeito pelos procedimentos legais em matéria de realização de investimento	SIE
					Autorização dependente de fundamentação e evidência de imprevisibilidade	SIE
					Proceder a inspecções periódicas para detectar precocemente eventuais situações de degradação, ou ocupação/utilização indevida	SIE
	Funcionamento do hospital prejudicado por falha no abastecimento de água, eletricidade ou gás	1	3	3	Efetuar anel interno, de circuito de água, para mais facilmente detetar fugas e permitir intervenção rápida	SIE
					Testar Planos de contingência já instituidos	SIE/SO-ST
	Sistemas automáticos de deteção de incêndios (SADI) avariados	1	3	3	Substituição da central de deteção de incêndios	SIE
	Inexistência de vias de acesso em edifícios com altura superior a 9 metros no HSL	2	3	6	Criação de vias de acesso segundo o artigo 5.º da Portaria n.º 1532/2008.	SIE/SHAG
	Inexistência de fachadas cortina/ envidraçadas com sinalização em edifícios>9 M no HSL e HCB	1	2	2	Criação de fachadas segundo o artigo 6.º da Portaria n.º 1532/2008	SIE/SO-ST
	Impossibilidade de acesso à rede de incêndio no exterior no HSL	1	3	3	Marcação e sinalização das zonas de combate a incêndios (sinalização vertical e horizontal), segundo Nota Técnica n.º 7 da Segurança contra Incêndios	SIE/ SO-ST



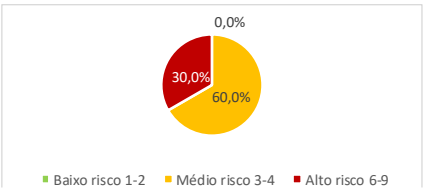
Baixo risco 1-2
Médio risco 3-4
Alto risco 6-9

PPRG - DAG CIRURGIA						
Atividades	**Fator potencial de risco**	**Avaliação Risco**			**Resposta ao Risco**	**Responsáveis**
		P	**I**	**C**	**Medidas Preventivas**	
Registo informático da identificação completa do utente (sistema de saúde, n.º de beneficiário, entidade responsável pelo episódio de saúde)	Perda de receita	2	3	5	Avaliação da informação remetida pelo Serviço de Contabilidade - erros de registo que inviabilizam a faturação dos episódios	Gestor do DAG
Codificação/inscrição do diagnóstico no âmbito da Consulta Externa (Sclínico)	Impossibilidade de monitorizar a consulta externa por diagnóstico realizado	2	2	4	Avaliação por amostragem dos registos dos diagnósticos pelos médicos no Sclínico	Gestor do DAG e Diretores dos DAG
Registo informático das propostas cirúrgicas	Alteração da prioridade clínica do doente em LIC por um Assistente Técnico	1	2	3	Avaliação aleatória das alteraçõea de prioridade clínica na LIC através dos dados extraídos do SIGLIC, aquando da avaliação periódica dos hospitais.	Gestor do DAG
Gestão da LIC Cirúrgica - Agendamentos dos utentes	Aceitação de valores (pecuniários ou outros) em troca de favorecimento na gestão da LIC	1	2	3	Informar/Sensibilizar os AT para as consequências de qualquer prática de tentativa de suborno ou corrupção para facilitar/antecipar o agendamento cirúrgico	Gestor do DAG
					Monitorizar mensalmente a LIC (agendamentos/prioridade clínica)	Gestor do DAG
Realização de atividade Adicional em período extra de trabalho	Realização de cirurgias em produção adicional em horário normal de trabalho (Médicos e Enfermeiros)	1	3	4	Verificar aleatoriamente os horários dos profissionais nos tempos cirúrgicos de Adicional.	Direção do DAG
Emissão de Credencial de Transporte não Urgente - Internamento	Emissão de credencial indevida a utentes com alta do internamento, face ao normativo legal aplicável (insuficiência económica e condição clínica justificativa)	1	3	4	Avaliação Aleatória dos termos de responsabilidade de Transportes Não Urgentes, com base na informação constante no SONHO	Gestor do DAG
					Informar/Sensibilizar os AT para as consequências de qualquer prática de tentativa de suborno ou corrupção para agilizar a validação indevida de credenciais de transporte.	Gestor do DAG
Requisição de material de Consumo Clínico/farmacêutico/hoteleiro	Falha/avaria em sistemas ou tecnologias de informação	3	3	6	Recurso ao suporte físico em papel de forma a requisitar o material em falta e reportar aos Sistemas de Informação	Responsáveis dos Serviços que integram o DAG MC
Prescrição de MCDT's	Falha/avaria em sistemas ou tecnologias de informação	3	3	6	Recurso ao suporte físico em papel de forma a requisitar os MCDT's em falta e reportar aos sistemas de informação.	Responsáveis dos Serviços que integram o DAG MC
Registos clínicos/ processo do utente - Sistema de informação	Falha/avaria em sistemas ou tecnologias de informaçãoinformáticos	3	3	6	Recurso ao suporte físico em papel de forma a documentar os registos da atividade realizada com recurso a modelos autorizados no Qualitus Web e reportar aos Sistemas de Informação	Responsáveis dos Serviços que integram o DAG MC
Identificação/Correção dos dados dos utentes, por força do procedimento de atualização automático dos dados administrativos dos utentes no RNU	Identificação incorreta, insuficiente ou incongruente entre o RNU e o SONHO	1	2	3	Auditorias aleatórias aos registos dos utentes (conferência SONHO e RNU).	Gestor do DAG
					Sensibilizar/informar os AT para a importância e obrigatoriedade desta tarefa administrativa.	Gestor do DAG



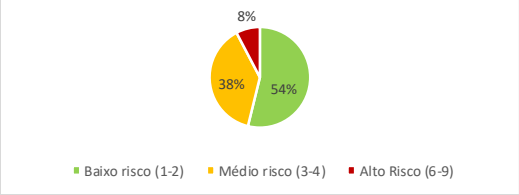
Baixo risco 1-2
Médio risco 3-4
Alto risco 6-9

PPRG - DAG MULHER E CRIANÇA						
Atividades	**Fator potencial de risco**	**Avaliação**			**Resposta ao Risco**	**Responsáveis**
		P	**I**	**C**	**Medidas Preventivas**	
Registo informático da identificação completa do utente (sistema de saúde, n.º de beneficiário, entidade responsável pelo episódio de saúde)	Perda de receita	2	3	5	Avaliação da informação remetida pelo Serviço de Contabilidade - erros de registo que inviabilizam a faturação dos episódios	Gestor do DAG
Codificação/inscrição do diagnóstico no âmbito da Consulta Externa (Sclínico)	Impossibilidade de monitorizar a consulta externa por diagnóstico realizado	2	2	4	Avaliação por amostragem dos registos dos diagnósticos pelos médicos no Sclínico	Gestor do DAG e Diretores dos DAG
Registo informático das propostas cirúrgicas	Alteração da prioridade clínica do doente em LIC por um Assistente Técnico	1	2	3	Avaliação aleatória das alteraçõea de prioridade clínica na LIC através dos dados extraídos do SIGLIC, aquando da avaliação periódica dos hospitais.	Gestor do DAG
Gestão da LIC Cirúrgica - Agendamentos dos utentes	Aceitação de valores (pecuniários ou outros) em troca de favorecimento na gestão da LIC	1	2	3	Informar/Sensibilizar os AT para as consequências de qualquer prática de tentativa de suborno ou corrupção para facilitar/antecipar o agendamento cirúrgico	Gestor do DAG
					Monitorizar mensalmente a LIC (agendamentos/prioridade clínica)	Gestor do DAG
Realização de atividade Adicional em período extra de trabalho	Realização de cirurgias em produção adicional em horário normal de trabalho (Médicos e Enfermeiros)	1	3	4	Verificar aleatoriamente os horários dos profissionais nos tempos cirúrgicos de Adicional.	Direção do DAG
Emissão de Credencial de Transporte não Urgente - Internamento	Emissão de credencial indevida a utentes com alta do internamento, face ao normativo legal aplicável (insuficiência económica e condição clínica justificativa)	1	3	4	Avaliação Aleatória dos termos de responsabilidade de Transportes Não Urgentes, com base na informação constante no SONHO	Gestor do DAG
					Informar/Sensibilizar os AT para as consequências de qualquer prática de tentativa de suborno ou corrupção para agilizar a validação indevida de credenciais de transporte.	Gestor do DAG
Requisição de material de Consumo Clínico/farmacêutico/hoteleiro	Falha/avaria em sistemas ou tecnologias de informaçãoinformáticos	3	3	6	Recurso ao suporte físico em papel de forma a requisitar o material em falta e reportar aos Sistemas de Informação	Responsáveis dos Serviços que integram o DAG MC
Prescrição de MCDT's	Falha/avaria em sistemas ou tecnologias de informaçãoinformáticos	3	3	6	Recurso ao suporte físico em papel de forma a requisitar os MCDT's em falta e reportar aos sistemas de informação.	Responsáveis dos Serviços que integram o DAG MC
Registos clínicos/ processo do utente - Sistema de informação	Falha/avaria em sistemas ou tecnologias de informaçãoinformáticos	3	3	6	Recurso ao suporte físico em papel de forma a documentar os registos da atividade realizada com recurso a modelos autorizados no Qualitus Web e reportar aos Sistemas de Informação	Responsáveis dos Serviços que integram o DAG MC
Identificação/Correção dos dados dos utentes, por força do procedimento de atualização automático dos dados administrativos dos utentes no RNU	Identificação incorreta, insuficiente ou incongruente entre o RNU e o SONHO	1	2	3	Auditorias aleatórias aos registos dos utentes (conferência SONHO e RNU).	Gestor do DAG
					Sensibilizar/informar os AT para a importância e obrigatoriedade desta tarefa administrativa.	Gestor do DAG



Baixo risco 1-2
Médio risco 3-4
Alto risco 6-9

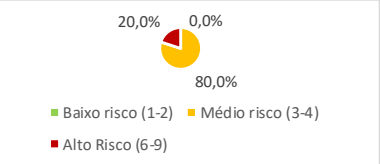
PPRG - Serviço Nutrição						
Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação do Risco			Resposta ao risco	Responsáveis
					Medidas Preventivas	
Acumulação de funções	Utilização de recursos públicos no exercício da atividade privada	2	2	4	Obrigatoriedade de apresentação de um pedido de autorização de acumulação de funções. Auditoria interna	Todos os colaboradores SNA
	Comprometimento da isenção e a imparcialidade exigidas para o desempenho de funções públicas	2	2	4	Renovação do pedido de autorização sempre que surjam quaisquer alterações;	Todos os colaboradores SNA
Conflito de interesses	Tratamento privilegiado de familiar, amigo ou alguém interessado na decisão	1	2	2	Marcação de consultas por superior hierárquico nos cuidados hospitalares; Auditoria interna aleatória aos registos efetuados pelos nutricionistas no processo eletrónico do doente;	Direção SNA
	Favorecimento de fornecedores/laboratório da industria farmacêutica	1	2	2	Subscrição de declaração de inexistência de conflito de interesses relativamente a concursos públicos ou apresentações em sessões científicas;	Todos os colaboradores SNA
Recrutamento de colaboradores	Favorecimento de candidato	1	2	2	Constituição de júri com número mínimo de 3 elementos Diversificação na constituição dos júris; Utilização de critérios de avaliação, objetivos e de acordo com a legislação em vigor	Membros do Júri
Avaliação de colaboradores	Potencial arbitrariedade no processo de avaliação de desempenho de colaboradores	1	2	2	Cumprimento de lei em vigor (SIADAP3); Definir objetivos claros e equilibrados entre colaboradores; Cumprimento de prazos de avaliação, atribuição de objetivos e competências e atribuição de avaliação;	Direção SNA
Processamento de remunerações	Registo de alterações mensais (faltas, horas extra)	1	2	2	Monitorização mensal da aplicação de registo biométrico de assiduidade - RISI Conferência do total de faltas e horas extraordinárias; Comunicação de alterações não efetuadas ou efetuadas de forma errada;	Direção SNA
Gestão do utente	Inclusão indevida de utentes em subespecialidade de consulta de ambulatório, isentas de taxas moderadoras	1	2	2	Auditoria interna aos registos efetuados pelos nutricionistas no processo eletrónico do doente	Direção SNA
Gestão de compras e património	Incorreta estimativa de necessidades	1	2	2	Envolver todos os colaboradores na avaliação das necessidades e na realização do plano de atividades anual do Serviço;	Direção SNA; Todos os colaboradores SNA
	Favorecimento de fornecedores/Clientes	1	3	3	Diversificação na constituição de júris de concurso Cumprimento da legislação em vigor Realização de auditorias internas ao cumprimento do estipulado em Caderno de Encargos e Contrato estabelecido com empresas concessionadas: 1. restauração coletiva concessionada para fornecimento da alimentação e suplementos alimentares na ULSAM 2.Máquinas de vending localizadas em todas as Unidades da ULSAM com exceção do HCB; Dar conhecimento dos resultados obtidos ao Auditor Interno Subscrição por todos os membros de júri de declaração de incompatibilidade	Direção SNA
	Irregularidade na faturação mensal	1	3	3	Controlo da faturação mensal por um minimo de 2 elementos do Serviço e seguidamente pelos Serviços Financeiros e Serviço de PCG Dar conhecimento dos procedimentos realizados ao Auditor Interno da ULSAM.	Direção SNA
Gestão de Património	Desvio de bens inventariáveis ou de consumo regular	2	3	6	Manter inventário atualizado Auditoria anual em parceria com o SIE	Todos os colaboradores
Gestão de contratos	Não cumprimento do estabelecido em Caderno de Encargos	1	3	3	Monitorização e acompanhamento da qualidade do serviço prestado Auditorias técnicas aleatórias por Nutricionista da ULSAM Segregação de funções (o técnico que verifica diariamente o cumprimento da ementa não pode ser o mesmo que efetua a	Todos os colaboradores SNA
	Grau implementação					



Matriz risco

Baixo risco (1-2)
Médio risco (3-4)
Alto Risco (6-9)

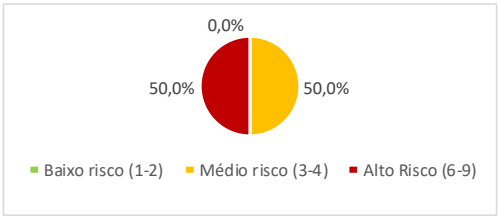
PPR - Serviço Esterilização							
Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação do risco			Resposta ao Risco	Responsáveis
		P	I	C	Medidas Preventivas	
Processo de esterilização	Contaminação por contacto com perfurantes	2	3	6	Formação	Diretora Serviço
					Notificar o Serviço Responsavel pela ocorrência	Enfº Vitor Gonçalves
Contratação	Favorecimento de candidatos	1	3	3	Cadernos de encargos bem estruturados e detalhados, com critérios bem definidos e objetivos	Diretora Serviço
					Definir níveis de acesso à informação	Diretora Serviço
	Atrasos na preparação das peças procedimentais	1	3	3	Contrataçao de RH com perfil e competencias adequado	Diretora Serviço
Gestão de contratos	Gestão ineficiente do contrato	1	3	3	Monitorização sitematicas das obrigações do Caderno de Encargos	Diretora Serviço
					Definição de níveis, por Serviço utilizador (Tratamento de Roupa)	Diretora Serviço
	Favorecimento de fornecedores/Clientes	1	3	3	Código de Ética	Diretora Serviço
					Criação de procedimento com hierarquização de validações	Diretora Serviço
Grau de implementação				5		9



Matriz risco

Baixo risco (1-2)
Médio risco (3-4)
Alto Risco (6-9)

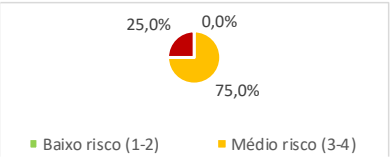
PPRG - CA						
Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação do risco			Resposta ao Risco	Responsáveis
		P	I	C	Medidas Preventivas	
Gestão Organizacional	Incumprimento dos objetivos do Contrato Programa	2	3	6	Monitorização sistemática do Contrato Programa	CA/PCG
					Elaboração de Plano de Atividades/Desempenho	CA/PCG
					Contratualização interna com departamentos alinhada com contrato programa	CA/PCG
					Monitorização da Contratualização Interna	CA/PCG
	Situações de conflito de interesses	1	3	3	Emissão das declarações previstas no artigo 52 do decreto-lei 133/2013, de 3 de outubro	CA
					Os membros do CA abstem-se de interver nas decisões que envolvam os interesses próprios, desigandamente na aprovação de despesas por si realizadas	
	Produção realizada sem justificação/autorização	1	3	3	Monitorização da produção realizada	CA/PCG
					Disseminação interna *das Guide Lines*	CA/PCG
					Contratualização Interna com departamentos alinhada com contrato programa	CA/PCG
	Deficiente utilização da capacidade instalada	2	3	6	Monitorização da produção realizada	CA/PCG
					Produção externalizada precedida de justificação e autorização	CA/PCG
					Contratualização interna	CA/PCG

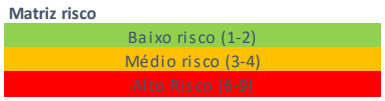


Matriz risco

Baixo risco (1-2)
Médio risco (3-4)
Alto Risco (6-9)

PPRG - Serviço Auditoria											
Atividades	Fator potencial de risco	Avaliação do risco			Resposta ao Risco	Responsáveis	Avaliação			
		P	I	C	Medidas Preventivas		IMP	P/IMP	N/IMP	S/F
Auditoria	Não cumprimento do Plano de Auditoria	1	3	3	Monitorização sistemática do Plano de Auditoria	SA				
					Revisão do Plano de Auditoria sempre que necessário	SA				
					Solicitar reforço da equipa do SA	SA				
	Não acompanhamento das recomendações emitidas pelo SA	2	2	4	Efetuar planificação destas ações	SA				
					Solicitar reforço da equipa do SA	SA				
	Conflito de interesses	1	3	3	Declarar qualquer conflito de interesse que ocorra em qualquer momento do processo de auditoria	SA				
					Não participar em qualquer atividade ou manter uma relação que prejudique ou que se presuma possa prejudicar o seu julgamento imparcial. A participação inclui atividades ou relações que possam estar em conflito com os interesses da organização.					
					Não deverão aceitar nada que possa prejudicar, ou que se presuma possa prejudicar o seu julgamento profissional.					
	Não incluir potenciais áreas de risco no Plano de Auditoria	2	3	6	Avaliar periodicamente o risco nas diferentes áreas do Hospital	SA				
					Solicitar reforço da equipa do SA	SA				
					Acompanhar a monitorização do desempenho da ULSAM	SA				
					Solicitar a implementação de uma solução de Gestão de Risco, que sirva toda a ULSAM	SA				





4. Explicitação, ainda que por inclusão de organograma, das relações de dependência hierárquica e/ou funcional face a outros órgãos ou comissões da empresa.

O auditor interno depende, conforme definido nos estatutos das Unidades Locais de Saúde (n.º 3 do artigo 86.º do Decreto-Lei n.º 52/2022 de 4 de agosto), do Presidente do Conselho de Administração.

5. Indicação da existência de outras áreas funcionais com competências no controlo de riscos

A ULSAM está estruturalmente organizada por um vasto leque de serviços de prestação de cuidados, serviços de suporte à prestação de cuidados e serviços de gestão e logística. Esta estrutura permite à

unidade a implementação de uma adequada segregação de funções, com existência de níveis intermédios de gestão que procuram a prossecução dos objetivos traçados.

Estas estruturas intermédias de gestão são ainda preponderantes no controlo e gestão dos riscos.
Nesta matéria, importa ainda referir o trabalho desenvolvido pelo Gabinete da Qualidade da ULSAM, que desenvolve e promove processos de auditoria interna, de forma a garantir a eficiência e qualidade dos processos, implementando ações de melhoria e controlo do risco.
Integrado num Plano Anual de Auditorias, efetuaram-se várias auditorias internas e uma auditoria externa do IPAC ao âmbito de Acreditação do Sistema de Gestão da Qualidade da ULSAM, implementado no Laboratório de Saúde Ambiental pelo referencial Normativo NP EN ISO/IEC 17025.
Ainda na área clínica, de acordo com os procedimentos internos (PT.004.PCC; PT.013.DE; PT.001.DE), norma da DGS (n.º 2/2013) e despacho do ministério (n.º 2784/2013) a equipa procedeu a auditorias mensais: aos processos clínicos da ULSAM; no âmbito das quedas; das ulceras de pressão; das notas de alta; da avaliação da dor; decorrente de processo de avaliação da satisfação foi realizada uma auditoria ao Atendimento Telefónico.
Foi ainda realizada uma auditoria, no âmbito de Estágio Académico / Curricular na área da Gestão e Segurança do Medicamento.

6. Identificação e descrição dos principais tipos de riscos (económicos, financeiros, operacionais e jurídicos) a que a empresa se expõe no exercício da atividade.

No que respeita aos riscos financeiros, apesar de no ano de 2020 ter havido um aumento capitacional, o financiamento atribuído não cobre os custos operacionais desta Instituição.
Os custos operacionais desta Instituição estão dependentes da conjuntura económica e financeira do país bem como aos agregados aos problemas sociais do Alto Minho, isto é, ao elevado índice de envelhecimento (259,2 no ano de 2022), há prevalência de doenças crónicas, entre outros, que aumentam a exigência na procura da sustentabilidade económico-financeira.
Em termos de riscos operacionais, as principais áreas de risco identificadas são as compras, gestão de existências, gestão de imobilizado, gestão de recursos humanos, sistemas de informação e produção.
Importa referir que estas áreas estão devidamente identificadas no Plano de Prevenção de Riscos de Gestão.

7. Descrição do processo de identificação, avaliação, acompanhamento, controlo, gestão e mitigação de riscos.

A avaliação do risco é efetuada tendo em consideração os objetivos da ULSAM, a eficácia e eficiência das operações, a falibilidade da informação em conformidade com a legislação aplicável.

De seguida, são aferidos os riscos em termos da probabilidade da sua ocorrência, e classificados em escala de risco Alta-Média-Baixa, de forma a determinar medidas corretivas e/ou preventivas.
Identificadas as medidas preventivas, são implementados um conjunto de ações de forma a garantir a eficiência das respostas e mitigar o risco. Este é um processo dinâmico, em constante processo de auditoria, de forma a garantir que são feitas correções sempre que se afigure necessário.
Como já referido anteriormente, o Plano de Prevenção de Riscos de Gestão é crucial nesta matéria.
A própria estrutura organizacional foi pensada tendo em vista a otimização, eficiência e qualidade dos serviços prestados. Os profissionais de gestão intermédia são ferramentas chave no que respeita à política de segregação de funções, controlo interno e consequentemente minimização de riscos para a ULSAM.

8. Identificação dos principais elementos do SCI e de gestão de risco implementados na empresa relativamente ao processo de divulgação de informação financeira.

Nos termos do n.º 1 do artigo 79.º do Estatuto do SNS (Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto), a fiscalização e controlo da legalidade da gestão financeira e patrimonial da ULSAM é exercida por um conselho fiscal e por um revisor oficial de contas ou por uma sociedade de revisores oficiais de contas que não seja membro daquele órgão, escolhido obrigatoriamente de entre os auditores registados na Comissão do Mercado de Valores Mobiliários, de acordo com o previsto no artigo 413. º do Código das Sociedades Comerciais.
Os membros do conselho fiscal são nomeados por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, por um período de três anos, renovável por uma única vez (n.º 3 do mesmo artigo).
O revisor oficial de contas é nomeado por despacho conjunto dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, sob proposta fundamentada do conselho fiscal, tendo o mandato a duração de três anos, renovável por uma única vez (n.º 4 do mesmo artigo).
Ao conselho fiscal compete, especialmente, sem prejuízo das demais competências que lhe sejam atribuídas por lei: dar parecer sobre o relatório de gestão; acompanhar com regularidade a gestão através de balancetes e mapas demonstrativos da execução orçamental; manter o conselho de administração informado sobre os resultados das verificações e dos exames a que proceda; propor a realização de auditorias externas, quando tal se mostre necessário ou conveniente; pronunciar -se sobre qualquer outro assunto em matéria de gestão económica e financeira que seja submetido à sua consideração pelo conselho de administração; dar parecer sobre a aquisição, arrendamento, alienação e oneração de bens imóveis; dar parecer sobre a realização de investimentos e a contração de empréstimos; elaborar relatórios da sua ação fiscalizadora, incluindo um relatório anual global; pronunciar-se sobre assuntos que lhe sejam submetidos pelo conselho de administração, pelo Tribunal de Contas e pelas entidades que integram o controlo estratégico do sistema de controlo interno da administração financeira do Estado (n.º 2 do Artigo 80.º dos Estatutos do SNS).
Compete ao revisor oficial de contas o dever de proceder a todos os exames e verificações necessários à revisão e certificação legais das contas, bem como exercer as seguintes funções: verificar da

regularidade dos livros, registos contabilísticos e documentos que lhe servem de suporte; verificar, quando o julgue conveniente e pela forma que entenda adequada, a extensão da caixa e as existências de qualquer espécie de bens ou valores pertencentes à empresa ou por ela recebidos em garantia, depósito ou outro título; verificar a exatidão dos documentos de prestação de contas; verificar se os critérios valorimétricos adotados pela ULSAM, E. P. E., conduzem a uma correta avaliação do património e dos resultados (n.º 3 do Artigo 80.º dos Estatutos do SNS).
A ULSAM segue o sistema de normalização contabilístico do Ministério da Saúde com as adaptações necessárias a estabelecer por despacho conjunto dos Ministros das Finanças e da Saúde.
Ainda neste âmbito, é importante referir que a ULSAM divulga e reporta informação financeira à tutela com uma periodicidade mensal (relatório analítico do desempenho económico e financeiro, a partir de janeiro 2024), trimestral (relatório de execução orçamental) e anual (relatório e contas). Para além destes reportes, a Instituição elabora ainda o Plano Estratégico trianual o qual é revisto anualmente permitindo o ajuste de estratégias à realidade atual. Todos estes processos de divulgação da informação são validados por entidades externas (por exemplo: Tribunal de Contas, Administração Central dos Sistemas de Saúde, Direção Geral do Tesouro e Finanças).

C. Regulamentos e Códigos

1. Referência sumária aos regulamentos internos aplicáveis e regulamentos externos a que a empresa está legalmente obrigada, com apresentação dos aspetos mais relevantes e de maior importância.

A ULSAM foi criada a 1 de outubro de 2008, por via do Decreto-Lei n.º 183/2008 de 4 de setembro, por integração do Centro Hospitalar do Alto Minho e dos Centros de Saúde do distrito de Viana do Castelo. A ULSAM é uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial nos termos do Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de dezembro. Rege-se pelo regime jurídico aplicável às entidades públicas empresariais, com as especificidades previstas no decreto-lei 52/2022 de 04 de agosto e nos seus estatutos, bem como no regulamento interno e normas em vigor para o Serviço Nacional de Saúde.
O regulamento interno da ULSAM foi aprovado em 7/7/2022, pelo Conselho de Administração e homologado em 22/7/2022, pela Ministra da Saúde.

Os aspetos mais relevantes:
No desenvolvimento da sua atividade, a ULSAM e os seus colaboradores regem-se pelos seguintes valores:

a) Atitude centrada no cidadão e respeito pela dignidade humana;
b) Ética, Profissionalismo e Responsabilidade
c) Integridade e Humanização
d) Equidade e Transparência
e) Qualidade e Segurança
f) Orgulho e Sentimento de Pertença

g) Sustentabilidade Financeira e Ambiental

Na sua atuação a ULSAM pautar-se-á pelos seguintes objetivos:

a) Obtenção de ganhos em saúde na área de influência pela progressiva integração, articulação e complementaridade dos vários níveis de cuidados;
b) Prestação de cuidados de saúde de qualidade, acessíveis em tempo oportuno, privilegiando os cuidados de ambulatório, sempre que se demonstre tecnicamente adequada;
c) Eficácia técnica e eficiência, num quadro de desenvolvimento económico e financeiro sustentável;
d) Melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados e do modelo Unidade Local de Saúde inserida no contexto do Serviço Nacional de Saúde.

A ULSAM tem por objeto principal a prestação de cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados à população, designadamente aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde e aos beneficiários dos subsistemas de saúde, ou de entidades externas que com ele contratualizem a prestação de cuidados de saúde e a todos os cidadãos em geral, bem como assegurar as atividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde na área geográfica por ela abrangida.

A ULSAM também tem por objeto desenvolver atividades de investigação, formação e ensino, sendo a sua participação na formação de profissionais de saúde dependente da respetiva capacidade formativa, podendo ser objeto de contratos-programa em que se definam as respetivas formas de financiamento.

As atribuições da ULSAM constam do regulamento interno e são fixadas de acordo com a política de saúde a nível nacional e regional e com os planos estratégicos superiormente aprovados, sendo desenvolvidas através de contratos-programa, em articulação com as atribuições das demais instituições do sistema saúde.

A área de influência a que está adstrita corresponde ao distrito de Viana do Castelo, abrangendo os seguintes concelhos: Arcos de Valdevez, Caminha, Melgaço, Monção, Paredes de Coura, Ponte da Barca, Ponte de Lima, Valença, Viana do Castelo e Vila Nova de Cerveira.

2. Código de Ética

a. Referência à existência de um código de ética, com a data da última atualização, que contemple exigentes comportamentos éticos e deontológicos. Indicação onde este se encontra disponível para consulta, assim como indicação da forma como é efetuada a sua divulgação junto dos seus colaboradores, clientes e fornecedores.

b. Menção relativa ao cumprimento da legislação e da regulamentação em vigor sobre medidas vigentes tendo em vista garantir um tratamento equitativo junto dos seus clientes e fornecedores e demais titulares de interesses legítimos, designadamente colaboradores da

empresa, ou outros credores que não fornecedores ou, de um modo geral, qualquer empresa que estabeleça alguma relação jurídica com a empresa (vide artigo 47.º do RJSPE).

A ULSAM rege-se pelos Estatutos constantes no Decreto-Lei n.º 52/2022 de 04 de agosto, bem como pela legislação e normas em vigor para o SNS que não contrariem o Decreto-Lei referido.

Os Departamentos e Serviços reger-se-ão também pelo seu próprio Regulamento Interno, e no relacionamento com os Utentes e público em geral, destacando-se o Regulamento do Gabinete do Utente e o Regulamento Interno de Visitas.

A ULSAM, E.P.E garante a disponibilização do Código de Ética (em anexo) a todos os seus colaboradores, bem como a existência de um canal de comunicação e de resolução de dúvidas.

O código de Ética está disponível a todos os colaboradores através da intranet e é também garantida a sua disponibilização a todos os utentes, fornecedores e restantes partes interessadas.

O Código de Ética da ULSAM (em anexo), aprovado em Sessão do Conselho de Administração em 4 de abril de 2010, está disponível no sítio da internet: Código de ética

A ULSAM assume este Código como ferramenta privilegiada na promoção e resolução de questões éticas, garantindo a conformidade deste com as disposições legais em vigor. Este código apresenta um carácter abrangente de toda a atividade interna e externa da entidade e não colide com o âmbito e competências da Comissão de Ética para a Saúde, regulada pelo Decreto-Lei n.º 97/95 de 10 de maio, nem substitui esta Comissão na sua intervenção.

De acordo com a secção II do código de ética, a ULSAM e todos os seus colaboradores comprometem-se a garantir em todas as suas atividades a total conformidade com as legislações nacionais e internacionais vigentes e aplicáveis, em especial, ao sector da saúde. Determina ainda que, os colaboradores não deverão executar, em nome da ULSAM qualquer ação que viole a legislação e os regulamentos aplicáveis à sua atividade.

No âmbito da igualdade de oportunidades, o código de ética estabelece que a ULSAM se compromete a promover o respeito pela igualdade de oportunidades para todos os seus colaboradores e potenciais colaboradores. Todas as suas práticas, politicas e procedimentos laborais estão orientados no sentido de impedir a descriminação e o tratamento diferenciado em função da raça, género, orientação sexual, credo, estado civil, deficiência física, orientação politica ou de opiniões de outra natureza, origem étnica ou social, naturalidade ou associação sindical.

O código de ética estabelece ainda que a ULSAM e os seus colaboradores pautarão a sua atuação pelos mais elevados padrões de integridade, honestidade e transparência. É interdita a prática de corrupção, em todas as suas formas ativas e passivas, quer através de atos e omissões quer por via da criação e manutenção de situações de favor irregulares (secção III, Código ética).

Todos os colaboradores da ULSAM estão obrigados a usar de cortesia no seu relacionamento com os utentes, fornecedores e restantes partes interessadas e estabelecer com eles uma relação que, pautada pela boa-fé, contribua para garantir com correção e serenidade o exercício dos seus direitos e o cumprimento dos seus deveres.

A ULSAM estabelece que a sua relação com os utentes, fornecedores e restantes partes interessadas seja pautada pelos mais elevados padrões de correção, urbanidade, afabilidade e brio profissional (Secção IV, Código de Ética).

Importa ainda referir que, todos os colaboradores que não cumpram com os deveres constantes neste código estão sujeitos a ações disciplinares, nos termos regulamentares aplicáveis às infrações praticadas (Secção VI – ação disciplinar).

O código de ética está disponível para consulta no capítulo "anexos" (outros) do presente relatório.

O código de ética da ULSAM foi elaborado tendo em conta as normas portuguesas NP4460 -1 e 2.

3. Regime Geral da Prevenção da Corrupção (RGPC: anexo do Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro):

a. Referência à existência do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPR, vd. artigo 6.º do RGPC).

O Plano de Prevenção de Riscos de Gestão (incluindo riscos de Corrupção e Infrações Conexas) de 2021 (2.º revisão) foi aprovado em sessão do Conselho de Administração em 28 de setembro de 2023. Pretende regular e sistematizar o sistema de gestão de riscos da ULSAM, onde são identificadas medidas preventivas relativas a riscos relevantes na organização. Este relatório é elaborado anualmente, e são realizadas ações com periodicidade semestral, no sentido de serem tomadas medidas preventivas e efetua o acompanhamento da sua implementação.

b. Referência à elaboração de relatório de avaliação intercalar nas situações identificadas de risco elevado ou máximo (vd. alínea a) do n.º 4 do artigo 6.º do RGPC);

O Plano de Prevenção de Riscos de Gestão (incluindo riscos de Corrupção e Infrações Conexas) está disponível:

Plano de Prevenção de Riscos de Gestão - 2.ª revisão

c. Referência à elaboração de relatório de avaliação anual (vd. alínea b) do n.º 4 do artigo 6.º do RGPC e n.º 1 do artigo 46.º do RJSPE, que remete para a alínea a) do n.º 1 do artigo 2.º da Lei n.º 54/2008, de 4 de setembro, a que corresponde a atual alínea g) do n.º 3 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro).

O Relatório Intercalar de Acompanhamento da Execução das Medidas do Plano de Prevenção de Riscos (incluindo riscos de Corrupção e Infrações Conexas) aprovado em 22 de novembro de 2023, disponível no nosso *site*:

Relatório Intercalar de Acompanhamento da Execução das Medidas do Plano de Prevenção de Riscos

d. Referência à existência de um código de conduta, por parte das entidades abrangidas, nos termos e de acordo com o disposto no artigo 7.º do RGPC.

Com referencia a este ponto a ULSAM tem publicado no seu site o código de ética, bem como o Código de Boa conduta para a Prevenção e Combate ao Assédio no Trabalho.

D. Deveres especiais de informação

1. Indicação da plataforma utilizada para cumprimento dos deveres de informação a que a empresa se encontra sujeita, nomeadamente os relativos ao reporte de informação económica e financeira (vide alíneas d) a i) do n.º 1 do artigo 44.º do RJSPE), a saber:

a) Prestação de garantias financeiras ou assunção de dívidas ou passivos de outras empresas, mesmo nos casos em que assumam organização de grupo.

Enquanto entidade pública empresarial (EPE), a ULSAM não presta garantias financeiras, bem como não assume passivos de outras entidades.

b) Grau de execução dos objetivos fixados, justificação dos desvios verificados e indicação de medidas de correção aplicadas ou a aplicar.

A plataforma utilizada para reporte da informação é o SICA (ACSS).
Pode, em qualquer altura e adicionalmente, ser reportada para outras entidades do Ministério da Saúde e outros, sempre que solicitado superiormente.

c) Planos de atividades e orçamento, anuais e plurianuais, incluindo os planos de investimento e as fontes de financiamento.

A plataforma utilizada para reporte da informação é o SICA (ACSS). Adicionalmente, é remetida esta informação para a ARSN, ACSS, DGO e DGTF.
Pode, em qualquer altura e adicionalmente, ser reportada para outras entidades do Ministério da Saúde e outros, sempre que solicitado superiormente.

d) Orçamento anual e plurianual.

A plataforma utilizada para reporte da informação é o SICA (ACSS). Adicionalmente, é remetida esta informação para a ARSN, ACSS e DGO.
Pode, em qualquer altura e adicionalmente, ser reportada para outras entidades do Ministério da Saúde e outros, sempre que solicitado superiormente.

e) Documentos anuais de prestação de contas.

A plataforma utilizada para reporte da informação é o SIRIEF (DGTF). Adicionalmente, é remetida esta informação para o Tribunal de Contas, IGF, DGTF, ARSN e ACSS.
Pode, em qualquer altura e adicionalmente, ser reportada para outras entidades do Ministério da Saúde e outros, sempre que solicitado superiormente.

f) Relatórios trimestrais de execução orçamental acompanhados dos relatórios do órgão de fiscalização.

A plataforma utilizada para reporte da informação é o SIRIEF (DGTF).
Pode, em qualquer altura e adicionalmente, ser reportada para outras entidades do Ministério da Saúde e outros, sempre que solicitado superiormente.

E. Sítio na *Internet*

1. Indicação da hiperligação para acesso direto ao sítio na internet da empresa onde se encontram divulgados os seguintes elementos (vd. artigo 53.º do RJSPE):

a) Sede e, caso aplicável, demais elementos mencionados no artigo 171.º do CSC.
Caracterização da entidade

b) Estatutos e os regulamentos de funcionamento dos órgãos e/ou comissões.
Estatutos

c) Titulares dos órgãos sociais e outros órgãos estatutários e respetivos elementos curriculares, bem como as respetivas remunerações e outros benefícios.
Modelo de governo

d) Documentos de prestação de contas anuais e, caso aplicável semestrais.
Relatório e Contas 2023 (assinado)
O Relatório e Contas de 2024 estará disponibilizado após a sua aprovação pelo CA.

e) Obrigações de serviço público a que a empresa está sujeita e os termos contratuais da prestação de serviço público.
Contrato Programa 2024

f) Modelo de financiamento subjacente e os apoios financeiros recebidos do Estado nos últimos três exercícios.

Termos de Referência para a contratualização de cuidados de saúde para o ano de 2024

2. Indicação da hiperligação para acesso direto ao sítio na internet da empresa onde se encontram publicitados os seguintes elementos):

a) Regulamentos internos aplicáveis e regulamentos externos a que a empresa está legalmente obrigada;
b) Código de Ética;
c) Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPR);
d) Relatório de avaliação intercalar nas situações identificadas de risco elevado ou máximo;
e) Relatório de avaliação anual no âmbito da execução do PPR;
f) Código de Conduta;
g) Relatório sobre remunerações por género, a que se refere o n.º 2 da Resolução do Conselho de Ministros n.º 18/2014, de 7 de março;
h) Informação anual do modo como foi prosseguida a missão da empresa, do grau de cumprimento dos seus objetivos, da forma como foi cumprida a política de responsabilidade social, de desenvolvimento sustentável e os termos de prestação do serviço público, e em que medida foi salvaguardada a sua competitividade, designadamente pela via da investigação, do desenvolvimento, da inovação e da integração de novas tecnologias no processo produtivo (vd. artigo 45.º do RJSPE).

Instrumentos de Gestão Categoria - Unidade Local Saúde Alto Minho (min-saude.pt)

3. Quando aplicável, indicação das hiperligações para acesso direto ao sítio na internet da empresa onde se encontram publicitados os documentos objeto de remissão no RGS:

O Relatório de Governo Societário é publicado no site da ULSAM - RGS 2023 (Assinado)

4. No caso de entidades abrangidas, nos termos do artigo 2.º do RGPC, indicação das hiperligações para acesso direto aos elementos listados no n.º 1 do artigo 12.º do RGPC.

Não se aplica visto que em 4 de setembro de 2008 e ao abrigo do Decreto-Lei n.º 183/2008 foi criada a Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE (ULSAM) com a natureza de entidade pública empresarial.

F. Prestação do Serviço Público ou de Interesse Geral

1. Referência ao contrato celebrado com a empresa pública que tenha confiado à empresa a prestação de um serviço público ou de interesse geral, respeitante à remuneração dessa atividade (vide n.º 3 do artigo 48.º do RJSPE).

No cumprimento do quadro normativo vigente, o Contrato Programa estabelece os princípios orientadores do processo contratual a desenvolver pela Direção Executiva e as Unidades Locais de Saúde (ULS), no que respeita a atividades, objetivos e resultados a alcançar em cada ano. O contrato programa em vigor no ano de 2024 (CP2024), homologado pela Tutela: Contrato Programa 2024
A análise, dos indicadores do Contrato Programa, relativa ao ano de 2024 encontra-se disponível no Relatório e Contas:
Disponível após aprovação do R&C2024

2. Caso não tenha contrato celebrado ou, tendo, caso haja apresentado nova proposta, referência às propostas de contratualização da prestação de serviço público apresentadas ao titular da função acionista e ao membro do governo responsável pelo respetivo setor de atividade (vd. n.os 1, 2 e 4 do artigo 48.º do RJSPE). A empresa deve apresentar declaração do seguinte:
   a) que elaborou uma proposta de contratualização da prestação de serviço público.
   b) que essa proposta foi apresentada ao titular da função acionista e ao membro do Governo responsável pelo respetivo setor de atividade; e
   c) que a proposta cumpre com todos os requisitos legais definidos no n.º 1 do artigo 48.º do RJSPE.

É anualmente definida e publicada pela ACSS, a Metodologia para definição de preços e fixação de objetivos (Termos de Referência), que estabelece os princípios orientadores do processo contratual a desenvolver pelas Unidades de Saúde, no que diz respeito à sua atividade, objetivos e resultados a atingir anualmente.
Os Termos de Referência que suportam este processo de contratualização para 2024 operacionalizam as orientações da Política de Saúde e consideram medidas transversais às várias entidades do Ministério da Saúde, nomeadamente à Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS), às Administrações Regionais de Saúde, IP (ARS), à Direção-Geral da Saúde (DGS), à Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. (INFARMED), à SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, às Coordenações Nacionais da Reforma do SNS para a área dos Cuidados de Saúde Primários (CNCSP), dos Cuidados de Saúde Hospitalares (CNCSH) e dos Cuidados Continuados Integrados (CNCCI), à Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP), à Comissão Nacional para os Centros de Referência (CNCR), ao Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados, entre outras.

O documento de 2024 reúne o conjunto de orientações para a contratualização nos cuidados de saúde primários, hospitalares e integrados - Termos de Referência para a contratualização de cuidados de saúde para o ano de 2024.

De acordo com a metodologia (Termos de referência) a ULSAM contratualizou com a tutela as metas para o ano de 2024 em sede de Contrato Programa 2024, conforme disponível no link da ACSS: Contrato Programa 2024

A Proposta de contratualização cumpre com os requisitos com o disposto n.º 1 do artigo 48.º do RJSPE (DL n.º 133/2013, de 03 de outubro) nomeadamente no que respeita as metas quantitativas a custos permanentemente auditáveis, modelo de financiamento, penalizações em caso de incumprimento e critérios de avaliação e revisão contratuais.
Neste ponto importa salientar o processo anual de contratualização interna desenvolvido na instituição, onde são negociados objetivos e avaliados os meios necessários para atingir as metas estabelecidas. Este processo tem um acompanhamento mensal e é realizado com todos os departamentos da ULSAM.

VII. Remunerações

A. Competência para a Determinação

1. Indicação quanto à competência para a determinação da remuneração dos órgãos sociais, dos membros da comissão executiva ou administrador delegado e dos dirigentes da empresa.

Nos termos do n.º 1 e do art.º 77.º dos Estatutos da ULSAM, aos membros do conselho de administração é aplicável, com as necessárias adaptações, o Estatuto do Gestor Público, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, na sua redação atual, sem prejuízo do disposto no Decreto-Lei n.º 52/2022 de 4 de agosto.
A remuneração a partir de abril/2012 é regulada pelo Estatuto do Gestor Público publicado pelo Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro (que dá nova redação ao Decreto-Lei n.º 71/2007, de 28 de março) conjugado com as RCM 18/2012, de 21 de fevereiro e RCM n.º 36/2012, de 26 de março.
A remuneração do conselho fiscal é fixada no despacho a que se refere o n.º 3, atendendo ao grau de complexidade e de exigência inerente ao exercício do respetivo cargo e tendo em conta os critérios de classificação da ULS, E. P. E., fixados na resolução do Conselho de Ministros a que se refere o n.º 4 do artigo 28.º do Estatuto do Gestor Público (n.º 5 do artigo 79.º DL 52/2022 de 04 de agosto - Estatutos)
O Despacho Conjunto (21/08/2018) de nomeação dos ROC, refere que as regras quanto aos honorários do ROC das empresas que integram o SEE foram estabelecidas pelo Despacho n.º 155/2018, de 9 de março, do Senhor Secretario de Estado do Tesouro, e que ao abrigo do artigo 15.º dos estatutos e atento o disposto nos artigos 58.º e 59.º do Estatuto da Ordem dos Revisores Oficiais de Contas, foram definidos os honorários anuais ilíquidos.

2. Identificação dos mecanismos adotados para prevenir a existência de conflitos de interesses, atuais ou potenciais, entre os membros de órgãos ou comissões societárias e a empresa, designadamente na aprovação de despesas por si realizadas (vide artigo 51.º do RJSPE).

Os membros do Conselho de Administração declaram que não intervém nas decisões que envolvam os seus próprios interesses, designadamente na aprovação das despesas realizadas, conforme determina o artigo 51.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

3. Dar conhecimento do cumprimento por parte dos membros do órgão de administração do que dispõe o artigo 51.º do RJSPE, isto é, de que se abstêm de intervir nas decisões que envolvam os seus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por si realizadas.

a) Resposta conjunta à questão 2 e 3.
Forma preenchidas online por cada um dos membros do órgão de gestão declaração de independência, onde se abstêm de interferir nas decisões que envolvam os seus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por si realizadas (Artigo 51.º do Decreto Lei n.º 133/2013 de 3 de outubro), bem como as previstas no n.º 1, do art.º 52º, de decreto-lei nº 133/2013, de 3 de outubro. Cumpre informar que nenhum dos Membros do Conselho de Administração tem ou teve quaisquer participações patrimoniais na Empresa, assim como quaisquer relações com os seus fornecedores, clientes, instituições financeiras ou quaisquer outras parcerias de negócios, suscetíveis de gerar conflitos de interesses.

B. Comissão de Fixação de Remunerações

Composição da comissão de fixação de remunerações, incluindo identificação das pessoas singulares ou coletivas contratadas para lhe prestar apoio.

Enquanto Entidade Pública empresarial a ULSAM não dispõe de comissão de fixação de remunerações.

C. Estrutura das Remunerações

1. Descrição da política de remuneração dos órgãos de administração e de fiscalização.

A remuneração dos membros do CA é fixada por despacho conjunto dos Ministros das Finanças e da Saúde. As descrições relativas ao CF e ROC encontram-se na alínea n.º 1 do ponto A da secção VII.
(ver tabelas no ponto D deste capítulo)

2. Informação sobre o modo como a remuneração é estruturada de forma a permitir o alinhamento dos objetivos dos membros do órgão de administração com os objetivos de longo prazo da empresa.

As remunerações do Conselho de Administração são definidas por normativos legais impostos pelo Governo, sem qualquer intervenção da entidade ou dos órgãos sociais.
(ver tabelas no ponto D deste capítulo)

3. Referência, se aplicável, à existência de uma componente variável da remuneração, critérios de atribuição e informação sobre eventual impacto da avaliação de desempenho nesta componente.

Não existem componentes variáveis da remuneração dos órgãos de administração e de fiscalização.

4. Explicitação do diferimento do pagamento da componente variável da remuneração, com menção do período de diferimento.

Não existe pagamento de componente variável.

5. Caracterização dos parâmetros e fundamentos definidos no contrato de gestão para efeitos de atribuição de prémio.

Não são atribuídos prémios ao Administradores.

6. Referência a regimes complementares de pensões ou de reforma antecipada para os administradores e data em que foram aprovados em assembleia geral, em termos individuais.

Não existe regime complementar de pensão ou de reforma antecipada para os Administradores da ULSAM.

D. Divulgação das Remunerações

1. Indicação do montante anual da remuneração auferida, de forma agregada e individual, pelos membros do órgão de administração da empresa, proveniente da empresa, incluindo remuneração fixa e variável e, relativamente a esta, menção às diferentes componentes que lhe deram origem, podendo ser feita remissão para ponto do relatório onde já conste esta informação.

Conselho de Administração

Unid: euro

Membro do CA (Nome)	Remuneração mensal fixada - EGP			
	Fixado	Classificação	Remuneração mensal bruta (€)	
	[S/N]	[A/B/C]	Vencimento mensal	Despesas Representação
Dr. João Porfírio Carvalho de Oliveira	S	B	4.609,11 €	2.089,46 €
Dr.ª Paula Cristina Amorim Felgueiras	S	B	3.999,72 €	1.671,57 €
Dr. José Manuel Silva da Cunha	S	B	6.266,84 €	1.671,57 €
Dr.ª Susana Maria Lopes Cardoso	S	B	3.687,29 €	1.671,57 €
Enf.ª Rosinda Marinho Pereira Costa	S	B	3.687,29 €	1.671,57 €

Membro do CA (Nome)	Remuneração Anual Auferida (€)				
	Fixa (1)	Variável (2)	Valor Bruto (3)=(1)+(2)	Reduções Remuneratórias (4)	Valor Bruto Final (5) = (3)-(4)
Dr. João Porfírio Carvalho de Oliveira	82.589,10 €	0,00 €	82.589,10 €	0,00 €	82.589,10 €
Dr.ª Paula Cristina Amorim Felgueiras	70.761,73 €	0,00 €	70.761,73 €	0,00 €	70.761,73 €
Dr. José Manuel Silva da Cunha	100.385,43 €	0,00 €	100.385,43 €	0,00 €	100.385,43 €
Dr.ª Susana Maria Lopes Cardoso	66.071,33 €	0,00 €	66.071,33 €	0,00 €	66.071,33 €
Enf.ª Rosinda Marinho Pereira Costa	66.679,30 €	0,00 €	66.679,30 €	0,00 €	66.679,30 €
Total	**386.486,89 €**	**0,00 €**	**386.486,89 €**	**0,00 €**	**386.486,89 €**

(1) O valor da remuneração Fixa corresponde ao vencimento+despesas de representação (sem reduções).
(2) Prémios de Gestão.
(4) Redução prevista no artigo 12.º da Lei n.º 12-A/2010, de 30 de junho. O valor da redução relativa ao mês de dezembro foi efetuado no mês de janeiro/2025.

Membro do CA (Nome)	Benefícios Sociais (€)							
	Subsídio de Refeição		Regime de Proteção Social		Encargo Anual Seguro de Saúde	Encargo Anual Seguro de Vida	Outros	
	Valor / Dia	Montante pago Ano	Identificar	Encargo Anual			Identificar	Valor
Dr. João Porfírio Carvalho de Oliveira	6,00 €	1.290,00 €	SS	19.614,92 €				
Dr.ª Paula Cristina Amorim Felgueiras	6,00 €	1.260,00 €	SS	16.805,91 €				
Dr. José Manuel Silva da Cunha	6,00 €	1.260,00 €	CGA	23.841,54 €				
Dr.ª Susana Maria Lopes Cardoso	6,00 €	1.302,00 €	SS	15.691,94 €				
Enf.ª Rosinda Marinho Pereira Costa	6,00 €	1.236,00 €	CGA	15.836,34 €				
		6.348,00 €		**91.790,65 €**	**0,00 €**	**0,00 €**		**0,00 €**

2. Indicação dos montantes pagos, por outras empresas em relação de domínio ou de grupo ou que se encontrem sujeitas a um domínio comum.

Não aplicável. Não existem sociedades em relação de domínio ou de grupo, com a ULSAM.

3. Indicação de remuneração paga sob a forma de participação nos lucros e/ou de pagamento de prémios e explanação dos motivos por que tais prémios e/ou participação nos lucros foram concedidos.

A Politica de remunerações dos órgãos de administração é definida pelo Estado Português, através do órgão que detém o poder executivo, estando a data em conformidade com os diplomas reguladores da matéria: Estatuto do Gestor Público (Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro) e resoluções do Conselhos de ministros aplicáveis. Não é, portanto, aplicável o pagamento de remunerações sob a forma de participação nos lucros e/ou de pagamento de prémios.

4. Referência a indeminizações pagas ou devidas a ex-administradores executivos relativamente à cessação das suas funções durante o exercício.

Não aplicável. Não foram pagas, nem foram exigidas ou se encontram em processo judicial, qualquer tipo de indeminizações neste âmbito.

5. Indicação do montante anual da remuneração auferida, de forma agregada e individual, pelos membros do órgão de fiscalização da empresa, podendo ser feita remissão para ponto do relatório onde já conste esta informação.

Nome	Remuneração anual 2024 auferida (bruta)
André Miguel Andrade S. J. Mendonça	14.333,20 €
Ana Filipa dos Santos Gonçalves	11.289,74 €
Ana Luísa Louro Graça P. Soares	11.289,74 €
	36.912,68 €

6. Indicação da remuneração no ano de referência dos membros da mesa da assembleia geral.

A ULSAM não tem mesa de assembleia geral pelo que este ponto não é aplicável.

Para complemento ao capítulo D – Divulgação das remunerações
Mandato 2017/2019

De acordo com o Estatuto do Gestor Público (EGP), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, alterado pela Lei n.º 64-A/2008, de 31 de dezembro, pelo Decreto-Lei n.º 8/2012 de 18 de janeiro e pelo Decreto-Lei n.º 39/2016, de 28 de julho, e tendo em conta a Resolução do Conselho de Ministros n.º 16/2012, de 14 de fevereiro, com as adaptações da Resolução do Conselho de Ministros n.º 18/2012, de 21 de fevereiro, e a Resolução do Conselho de Ministros n.º 36/2012, de 26 de março, alterada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 97/2012, de 21 de novembro, que atribui ao Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE a classificação (B) e tendo em conta a percentagem efetiva do valor padrão aplicável, a remuneração será determinada em função daquele enquadramento legal, da complexidade, exigência e responsabilidade inerentes às funções e das orientações decorrentes da aplicação dos artigos 24.º e 39.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, na sua atual redação.
Refira-se ainda que optaram pela remuneração do lugar de origem:
a) O Dr. Franklim Ramos, Presidente do Conselho de Administração.
b) A Professora Doutora Maria Cristina Pinto Brás Roque, Diretora Clínica Hospitalar.

VIII. Transações com Partes Relacionadas e Outras

1. Apresentação de mecanismos implementados pela empresa, para efeitos de controlo de transações com partes relacionadas e indicação das transações que foram sujeitas a controlo no ano de referência.

As transações mais relevantes que são levadas a cabo com entidades relacionadas são as decorrentes dos serviços assistenciais prestados a beneficiários do Serviço Nacional de Saúde, objeto de

contratualização com a Tutela e vertidas em sede de contrato-programa, que obedecem a um acompanhamento e uma monitorização regular por parte da ULSAM e da própria Tutela.
Da atividade assistencial prestada aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde, resulta a faturação emitida à Administração Central dos Serviços de Saúde, IP, que constitui cerca de 93% (% estimada - CP 2024) da faturação da ULSAM, EPE.
100% do capital da entidade é detido pelo Estado.

2. Informação sobre outras transações:

a) Procedimentos adotados em matéria de aquisição de bens e serviços.

A contração de bens e serviços na ULSAM é feita nos termos do Código dos Contratos Públicos (CCP), na sua redação atual (20.ª alteração), seguindo a tramitação constante da sua Parte II, dedicada à Contratação Pública, e é aqui que são definidos os respetivos procedimentos pré-contratuais. Nesta matéria a ULSAM conta com uma equipa de profissionais que constituem o Serviço de Aprovisionamento e estes regem-se, entre outros diplomas e legislação (CCP, Lei do Orçamento de Estado e Decreto Lei de Execução Orçamental), pelo Manual de Procedimentos e Boas Práticas do Serviço de Aprovisionamento (em atualização), o Regulamento Interno do Serviço de Aprovisionamento e pelo Regulamento Interno da ULSAM.
Os procedimentos de contratação pública levados a cabo conformam-se ainda, e sobretudo, com os princípios da contratação pública: igualdade, concorrência e transparência, imparcialidade e publicidade, tutela da confiança, proporcionalidade, boa-fé, legalidade procedimental, prossecução do interesse público e respeito pelos interesses legalmente protegidos e justiça.

Em 2024, foram iniciados trabalhos de articulação entre o Serviço Financeiro e o Serviço de Aprovisionamento, nomeadamente no desenho de ações que levaram a uma rigorosa e estrita conformação Financeira (LCPA) com a Contratação Pública, estando a ser progressivamente alterados procedimentos de controlo interno, obrigando a exigências mais rigorosas em cada processo de compra (verificação de pré-existência de cabimento, atribuição e registo do processo de aquisição na aplicação Glintt, verificação jurídica ex-ante e ex-post, bem como a Execução Financeira em SCEP (Sistema Centralizado de Encargos Plurianuais), ser feita pela natureza financeira da despesa e não pela sua natureza material (execução), entre outras ações.

b) Identificação das transações que não tenham ocorrido em condições de mercado.

No ano de 2024 todas as transações foram efetuadas dentro das condições de mercado.

c) Lista de fornecedores com transações com a empresa que representam mais de 5% dos fornecimentos e serviços externos (no caso de ultrapassar 1 milhão de euros).

Do ano de 2024, identificamos os seguintes fornecedores que representam mais de 5% dos Fornecimentos e Serviços Externos:

Fornecedor	NIF	Valor
LIFEFOCUS II - Global Solutions, Lda	510996299	4.867.331,54 €
S.U.C.H. - D.R.N.	500900469	3.071.791,32 €

IX. Análise de Sustentabilidade da Empresa nos Domínios Económico, Social e Ambiental

Caracterização dos elementos seguidamente explicitados, podendo ser feita remissão para o ponto do relatório onde já conste esta informação.

1. Estratégias adotadas e grau de cumprimento das metas fixadas.

As estratégias definidas e grau de cumprimento de metas fixadas constam no ponto 2 do Capitulo II "Missão, Objetivos e Políticas" do presente relatório.
Relativamente ao grau de cumprimento das metas fixadas, encontra-se explicado na alínea b) do ponto 2 do citado Capítulo II.

2. Políticas prosseguidas com vista a garantir a eficiência económica, financeira, social e ambiental e a salvaguardar normas de qualidade.

Os últimos anos foram marcados por mudanças estruturais acentuadas nas Instituições do Serviço Nacional de Saúde.
A eficaz articulação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados diferenciados tem sido uma preocupação constante pela mais-valia que pode trazer à efetiva prestação de cuidados de saúde dos cidadãos.
Tendo como objetivo otimizar a prestação de serviços de saúde no Alto Minho, foi criada a ULSAM, por integração do Centro Hospitalar do Alto Minho (Hospital de Santa Luzia sito em Viana do Castelo e Hospital Conde de Bertiandos sito em Ponte de Lima) e os Centros de Saúde do distrito de Viana do Castelo (12 centros de saúde).
A restruturação da ULSAM permitiu uma visão mais alargada em termos de responsabilidade social, ambiental, económica e financeira.

Esta visão de sustentabilidade passa por manter uma gestão criteriosa, empresarial, eficiente no uso dos recursos, flexível, sensível ao gasto, mas atenta às necessidades dos utentes e preocupada com os riscos de discriminação no acesso.

Encontram-se igualmente definidos, objetivos estratégicos que valorizam a utilização das novas tecnologias com ganhos de produtividade e eficiência.

A ULSAM promove o registo de todas as atividades executadas, quer na vertente assistencial quer na vertente económica e financeira, a fim de garantir uma monitorização consistente, adequada e eficiente.

3. Forma de cumprimento dos princípios inerentes a uma adequada gestão empresarial:

a) Definição de uma política de responsabilidade social e de desenvolvimento sustentável e dos termos do serviço público prestado, designadamente no âmbito da proteção dos consumidores (vide artigo 49.º do RJSPE).

No que respeita à responsabilidade social, destacamos o papel fundamental da ULSAM, que conta com uma equipa de profissionais especializados em prestar um serviço de humanização e principalmente de apoio ao utente na resposta, acesso, esclarecimento, encaminhamento e assistência social.

De salientar ainda os vários projetos desenvolvidos pela Instituição e que visam a intervenção ativa na sociedade tendo como objetivo a criação de hábitos de saúde saudáveis, entre os quais destacamos os seguintes programas:

1. Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)

"Respirar bem, Viver melhor"

O projeto "Respirar bem, Viver melhor", visa promover hábitos de educação para a saúde sobre fatores determinantes e a importância do diagnóstico precoce, com o envolvimento da comunidade.

O seguimento do doente com Doença Pulmonar Obstrutiva Cronica (DPOC) é feito em domicílio, através do sistema de Telemonitorização.

Estes doentes são monitorizados por equipa hospitalar 24 horas/dia.

Surpreendentemente, apesar da fraca literacia em saúde de alguns destes doentes, os resultados têm sido excelentes, com adesão destes às novas tecnologias.

Embora este projeto ainda não tenha muito tempo de implementação, já se pode afirmar que tem reduzido significativamente o internamento e a procura do Serviço de Urgência (SU) por agudização destes doentes.

Ainda, no âmbito da DPOC, o projeto "Respirar bem, Viver melhor", consiste em identificar utentes com idade ≥ 40 anos com sintomas do foro respiratório, com queixas de outro aparelho ou doente de risco – Critérios Gold, pelos CSP.

Aos utentes selecionados aplicam-se os questionários de acordo com as escalas medical *research council* (MRC/CAT) e registam-se as comorbilidades, sendo então convocados para a realização de uma espirometria.

Confirmando-se o diagnóstico de DPOC deve ser feita a sua estratificação segundo parâmetros funcionais (grau de obstrução), clínicos (CAT / m-MRC) e número de agudizações/ano. Esta avaliação multifatorial permite dividir a DPOC em 3 classes (A, B, E (C+D)). Os casos graves ou muito graves (Classes C e D) são referenciados para o serviço hospitalar, sendo os restantes casos (Classes A e B) seguidos pelo seu médico de família.

Desde o início deste projeto, até ao final de 2024, já foram convocados a realizar a primeira espirometria 23 790 utentes, dos quais foram realizados 21 853 exames, tendo desta forma uma taxa de faltas de 8,14%.

Das 330 espirometrias realizadas no mês de dezembro de 2024, 244 foram primeiras espirometrias e 86 reavaliações. Foram diagnosticados 19 DPOC em utentes com idades compreendidas entre os 47 e os 83 anos.
De acordo com os critérios GOLD estão classificados como DPOC 2 315 utentes:
-Grupo A: 873
-Grupo B: 982
-Grupo E: 460

Projeto DPOC de "telemonitorização"

Consiste num programa piloto de telemonitorização da DPOC na ULS do Alto Minho, que segue um protocolo domiciliário pré-estabelecido. Baseado na telemedicina, este projeto consiste na observação, diagnóstico, tratamento e monitorização do doente o mais próximo possível da sua área de residência, local de trabalho ou mesmo domicílio.
Esta ferramenta possibilita a monitorização remota e consequente acompanhamento da evolução do estado de saúde do doente.

Em linha com as orientações estratégicas da tutela, a ULS do Alto Minho considera que este é um programa prioritário e que deve ser visto como um programa de longo prazo com vista a alcançar os seguintes objetivos:

- ✓ Elevar qualidade dos serviços prestados;
- ✓ Reduzir episódios de internamento, urgência e consulta externa;
- ✓ Reduzir custos de transporte;
- ✓ Tratamento em tempo útil, proactivo e eficaz.

A adaptação da tecnologia ao doente, e não o inverso, bem como a relação humana estabelecida entre ambas as partes facilitou todo o processo de integração, havendo até hoje uma adesão de 100% e contactos frequentes dos doentes com a equipa clinica nomeadamente de enfermagem.

Os resultados estão a ser muito promissores, havendo evidencia de redução das agudizações e diminuição da procura do Serviço de Urgência, encontrando-se em 31 de dezembro de 2024, 102 doentes em monitorização.

2. Insuficiência Cardíaca Crónica (ICC)

Consiste num programa piloto de telemonitorização da ICC na ULS do Alto Minho, que segue um protocolo pré-estabelecido. O projeto de telemonitorização da insuficiência cardíaca congestiva, iniciou-se no ano de 2018.

Em linha com as orientações estratégicas da tutela, a ULS do Alto Minho considera que este é um programa prioritário e que deve ser visto como um programa de longo prazo com vista a alcançar os seguintes objetivos:

- ✓ Diminuir o número de agudizações;
- ✓ Efetuar tratamento em tempo útil, proactivo e eficaz;
- ✓ Reduzir episódios evitáveis de internamento e diminuição da sua duração média e das situações de exacerbação com recurso à urgência;
- ✓ Redução do risco de infeções hospitalares;
- ✓ Reduzir custos de transporte;
- ✓ Aumentar o grau de conhecimento do doente sobre a sua doença;
- ✓ Aumento de autonomia e segurança do doente devido a sensação de acompanhamento clínico permanente;
- ✓ Aumentar a qualidade de vida do doente/família.

Encontram-se integrados neste programa, a 31 de dezembro de 2024, um total de 11 doentes.

3. Diabetes

Diabetes em Movimento - Arrancou no ano de 2018 o Programa Diabetes em Movimento®. Este programa comunitário de exercício físico para pessoas com diabetes tipo 2 é coordenado pelo Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física da Direção-Geral da Saúde.

Em Viana do Castelo este programa é desenvolvido numa parceria/colaboração institucional entre a Câmara Municipal de Viana do Castelo, a Unidade Local de Saúde do Alto Minho (nomeadamente através do ACES - USP e CSP) e o Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
As candidaturas são efetuadas pelos municípios com a colaboração da Unidade de Saúde Pública da ULSAM, e após a aceitação a unidade de saúde dos cuidados de saúde primários proposta pela ULSAM

identifica e seleciona 30 utentes (que pretendam participar) com diabetes tipo 2 para aderir ao programa.
O programa tem 3 sessões semanais de 1h30 e são monitorizadas por fisiologistas do exercício e por enfermeiros. A participação é gratuita.

A diabetes é um dos principais problemas de saúde pública do nosso país e a atividade física é um dos pilares do tratamento - melhorando o controlo metabólico, reduzindo o risco cardiovascular, e aumentando a funcionalidade e a qualidade de vida.

Projeto "Patient Journey"

Outro processo desenvolvido pela ULSAM, ainda em fase inicial é na área da diabetes, e assenta numa visão holística da diabetes, envolvendo os médicos hospitalares e de MGF, a comunidade e os próprios doentes. Pretende-se a redução dos doentes diabéticos e consequentemente a diminuição do número de consultas de urgência por agudização da diabetes.

Nesta área surge ainda o projeto de Educação Terapêutica em Grupo na Diabetes (ETGD) /Consulta de grupo para utentes com obesidade. A educação terapêutica nas doenças crónicas em geral e, em particular, na Obesidade e Diabetes Mellitus, implica o envolvimento de uma equipa multidisciplinar no processo educativo do doente e da família (médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais e outros técnicos), tendo como principais vantagens uma maior economia e melhor gestão do tempo da consulta individual (médica, enfermagem e nutrição), a uniformização de conceitos e a partilha de experiências entre utentes.

Projeto "Saber viver…com a diabetes"

Projeto que se insere no Programa de Boas Práticas de Governação Clinica em parceria com a Universidade Nova de Lisboa e a Novartis.

Principais objetivos:

- Melhorar a articulação entre CSP e CSH:
  - ✓ Definir procedimentos e critérios de referenciação;
  - ✓ Facilitar consultoria regular pelo especialista hospitalar aos CSP;
  - ✓ Trabalhar a comunicação entre CSP e CSH – melhorar referenciação;
  - ✓ Otimizar o controlo metabólico/reduzir complicações e comorbilidades;
  - ✓ Melhorar a informação dirigida à pessoa com Diabetes;
  - ✓ Trabalhar a aceitação da pessoa com Diabetes perante a doença crónica;
  - ✓ Motivar a pessoa com Diabetes, visando a mudança de estilo de vida e adesão à terapêutica.
- Otimizar o controlo metabólico/reduzir complicações e comorbilidades.
- Responsabilizar a pessoa com Diabetes tipo 2;
  - ✓ Consciencializar para a doença;
  - ✓ *Empowerment* da pessoa com doença crónica.

- Reduzir gastos e obter ganhos em saúde a curto e a longo prazo:
  - ✓ Evitar a duplicação de cuidados e de custos – privilegiar o trabalho em complementaridade, não em paralelo;
  - ✓ Permitir redução do absentismo, melhoria da qualidade de vida e da produtividade da pessoa com Diabetes;
  - ✓ Reduzir os custos ligados às complicações/ comorbilidades da doença.

4. Programa de Otimização das Dietas Escolares (PODE)

No âmbito otimização das dietas escolares, foi desenvolvido um programa (PODE) na Unidade de Saúde Pública e Serviço de Nutrição da ULS Alto Minho, sendo a população alvo todas as crianças e jovens em idade escolar, com o objetivo de disponibilizar alimentos saudáveis, armazenados, confecionados, conservados e servidos em condições que garantam a higiene e segurança, de forma a favorecer uma alimentação normocalórica, variada e nutricionalmente equilibrada.

5. Obesidade

Na área da Obesidade Infantil, existe projeto que é operacionalizado pelas Unidades de Cuidados na Comunidade. Todas as crianças com 5-6 anos de idade com excesso de peso em ambiente familiar constituem a população-alvo deste projeto.

Neste sentido, foi desenvolvido um programa de intervenção, prevenção, promoção e educação para a saúde ao nível dos hábitos, conhecimentos e comportamentos alimentares das crianças e famílias, do estado nutricional das crianças e da culinária saudável.

6. Consulta de Aferição Diagnóstico

Funciona na nossa organização desde 2009 a consulta de aferição - diagnóstico (nódulo mama, tiroide e do pescoço, cardiologia), que consiste na referenciação do doente diretamente do médico de Medicina Geral e Familiar (MGF) para a equipa hospitalar constituída por:
- Cirurgião/ anatomopatologista e radiologista

No mesmo ato, para o diagnóstico com relatório a remeter ao médico de MGF, pode estar incluída a biópsia aspirativa e vários outos meios complementares de diagnóstico, e pode ainda ser efetuado o agendamento para cirurgia, caso tenha indicação.

Daqui resulta uma maior comodidade para o doente pois, evitam-se diversas consultas e deslocações ao Hospital, e permite ainda uma discussão clinica por equipa multidisciplinar, que assim orienta adequadamente e de imediato o doente e informa o médico de MGF.

Este é um exemplo de um projeto, centrado no doente, que permite em tempo muito curto (1 dia) efetuar o diagnóstico e proposta terapêutica, sempre com conhecimento do seu médico de família.

7. Intervenção Comunitária

UCC (Unidade de Cuidados na Comunidade) - "Saúde das pessoas idosas e frágeis"

Na área da integração comunitária, no âmbito da UCC (Unidade de Cuidados na Comunidade) da ULS, o projeto "Saúde das pessoas idosas e frágeis" surge como um processo de otimização das oportunidades para a saúde, de participação, segurança e maior qualidade de vida dos cidadãos mais idosos.

Com este projeto pretende-se, por um lado, a responsabilização e a participação de todos no combate à exclusão social e à discriminação, e por outro, a promoção da igualdade entre homens e mulheres e a solidariedade entre as gerações.
A população abrangida neste projeto são as pessoas idosas, os cuidadores (in)formais e comunidade de Ponte da Barca. Visa a realização de visita domiciliária aos idosos com 75 anos e mais, cronico dependentes e respetivos cuidadores, o rastreio dos critérios de fragilidade do idoso com aplicação de escalas validadas para a avaliação das necessidades ao nível físico, mental e social; a realização de um curso de formação a prestadores de cuidados a idosos, num total de 20 sessões teóricas e práticas; a realização e sensibilização da população para a vacinação com o lema "vacinar para não engripar"; e ainda a intervenção em projetos da comunidade local – "coproduzir na ação".

8. Dor crónica

Projeto mais valor em saúde – vidas que valem

A Dor Crónica tornou-se nos últimos anos num flagelo de incapacidade para indivíduos de todas as idades. A ULSAM possui uma Unidade Terapêutica de Dor (UTD) hospitalar, desde 2009, que tem vindo a assegurar resposta às primeiras consultas referenciadas pelos CSP, dentro dos tempos máximos garantidos, ainda que à custa de menor tempo disponível para melhorar a oferta de técnicas diferenciadas. Este *know-how* e a crescente articulação com a Unidade de Dor Hospitalar da ULSAM criaram as condições para a criação de um protocolo de articulação para o seguimento da pessoa com Dor sem barreiras entre CSP e cuidados hospitalares, permitindo um acesso rápido a uma consulta de Dor nesta ULS. A criação de um modelo inovador de abordagem clínica da dor crónica, multidisciplinar, interativo e abrangente, permitirá melhorar o diagnóstico e seguimento da pessoa com Dor crónica ao nível dos CSP, permitirá a construção de uma rede de referenciação integrada de Dor, com consequentes ganhos em saúde para o doente e para o Serviço Nacional de Saúde. Esta iniciativa tem ainda o potencial de ser totalmente replicável a nível nacional, podendo ser a base de um novo plano de abordagem à dor crónica em Portugal.

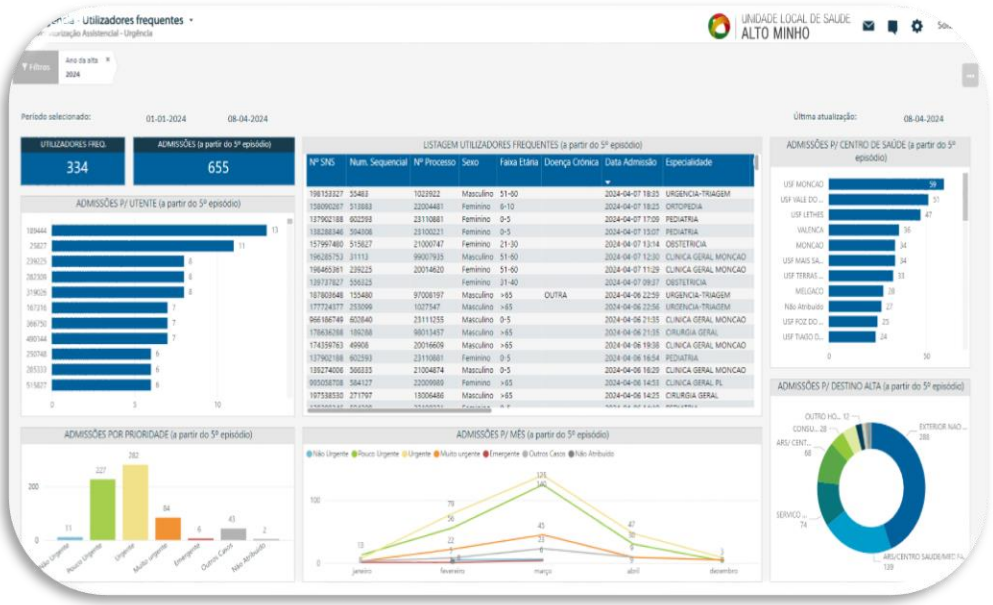
9. Plano de cuidados Integrado para utilizadores frequentes do Serviço de Urgência

Projeto "Plano Individual e integrado de cuidados (PIIC) para os Utilizadores frequentes do Serviço de Urgência"

Este projeto tem como finalidade estudar os utilizadores frequentes do SU para apurar as causas das utilizações.

Em simultâneo pretende direcionar os utentes para o local de prestação de cuidados mais adequado, através do estabelecimento de um plano de cuidados em função do estudo individual e integrado de cada utilizador frequente.

O projeto foi novamente dinamizado pela equipa ULGA-ULSAM, com objetivo principal de reorganização de cuidados de saúde, com a criação de um Plano Individual Integrado de Cuidados para os utentes sobreutilizadores do SU. O inicio do projeto foi pensado em unidades piloto, criando sinergia entre as equipas destas unidades e as equipas hospitalares, sempre com o apoio do enfermeiro de família enquanto gestor de caso destes utentes.
Foi desenvolvido ao nível da gestão e planeamento um *dashboard* para utilizadores frequentes do SU (BI Meliora-figura seguinte), que permitiu visualizar e acompanhar estes utilizadores, pretendendo dar resposta ao seguinte: Quantos utilizadores? Quantas admissões? Qual a unidade e qual o médico de família *"hight user"*? Qual a prioridade (Triagem Manchester) atribuída na admissão ao SU? Qual o destino após a alta? E outros parâmetros relevantes: Faixa etária, registo de doença crónica, tempo de permanência.



As equipas estão organizadas e prontas a avançar com o projeto, contudo aguardam pela disponibilização nos sistemas de informação do plano de cuidados integrado que permita uma eficiente gestão dos processos.

10. Doença Cardiovascular complexa

Projeto "Risco Vascular complexo"

Este projeto tem como finalidade estudar os utentes com doença cardiovascular complexa, estando pensado em três fase, gestão de caso, abordagem multidisciplinar e por fim uma abordagem de controlo e capacitação de autogestão.

Este projeto tem como principais objetivos:

- Promover a integração de cuidados;
- Reduzir barreiras: ao Acesso aos cuidados de saúde e Comunicação (profissional-profissional e profissional -doente);
- Promover a criação de Plano Individual e Integrado de Cuidados (PIIC);
- Reduzir episódios de urgência;
- Reduzir do número de internamentos;
- Identificação do doente com elevado risco vascular (com pelo menos 3 das seguintes doenças: Doença cerebrovascular, Doença arterial periférica, Doença renal crónica estadio maior que 3, doença coronária e fatores de risco cardiovascular) e orientação para a consulta de Risco Vascular Complexo.

Este projeto funde-se em certa medida com o anterior, uma vez que muitos dos utilizadores frequentes do serviço de urgência poderão ser utentes de risco vascular complexo.
As equipas estão organizadas e prontas a avançar com o projeto, contudo aguardam pela disponibilização nos sistemas de informação do plano de cuidados integrado que permita uma eficiente gestão dos processos.

11. Investigação-Ação da Demência e Fragilidade (IADem)

No panorama da saúde mental e do envelhecimento, o Plano IADem tem-se afirmado como um projeto inovador e de referência, que tem promovido a investigação e o cuidado integral de pessoas com demência e fragilidade.
Em julho de 2017, foi oficializado o Acordo de Cooperação e Parceria na Investigação Científica no âmbito das Demências entre a Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM), EPE, a Santa Casa da Misericórdia de Ponte da Barca (SCMPB) e o Centro de Investigação em Psicologia (CIPsi) da Universidade do Minho, especificamente o Grupo de Investigação em Saúde & Família (GISEF), a ser operacionalizado no concelho de Ponte da Barca, área de abrangência da Unidade de Cuidados na Comunidade de Ponte da Barca.
Desde a sua implementação, o Plano IADem tem desenvolvido estratégias de intervenção interprofissional, centradas na pessoa e no seu cuidador, que promovem um envelhecimento saudável e sustentável e destaca-se pelo seu compromisso com a humanização dos cuidados e a inclusão social.
Em 2024, o impacto do Plano foi ainda mais expressivo, com um acompanhamento contínuo e personalizado dos utentes e cuidadores.
Resultados e impacto em 2024

- Para os utentes:
  - 497 utentes acompanhados ao longo do ano;
  - 48 novos casos identificados e avaliados;

- Mais de 949 visitas domiciliárias realizadas para acompanhamento personalizado;
- Intervenções em áreas fundamentais, como apoio psicológico (115 sessões), prevenção de quedas (82 sessões), gestão do regime terapêutico (101 sessões), prevenção de úlceras por pressão (46 sessões), estimulação cognitiva (41 sessões) e cuidados paliativos (13 sessões);
- 60 referenciações para diferentes especialidades, incluindo Nutrição, Serviço Social, Enfermagem Familiar, Saúde Mental e outras.

- Para os cuidadores:
  - todos os cuidadores informais dos utentes acompanhados ao longo do ano tiverem pelo menos uma intervenção;
  - 88 cuidadores receberam apoio especializado;
  - 127 sessões de capacitação e gestão emocional;
  - 60 sessões de apoio no luto, com 58 processos de luto concluídos.

Projetos e Parcerias

Consulta de Demências – Integração Vertical e Horizontal: Em colaboração com a Unidade de Neurologia da ULSAM, o Plano IADem reforçou o acompanhamento a utentes com demência. Em 2024, 65 utentes tiveram consulta especializada, seguindo um plano de cuidados interdisciplinar.

Envolvimento da comunidade: O Plano IADem tem promovido iniciativas para fortalecer redes de apoio e sensibilizar a população. Destacam-se o II Encontro Séniores 2024, com 36 participantes e o Programa H2O - Férias de Verão 2.0, que envolveu 200 crianças e jovens em atividades educativas e recreativas. Outro projeto relevante é o Programa "Eu e os Outros", que tem por objetivo promover a reflexão em grupo sobre temas do desenvolvimento ligados à adolescência, incentivando o crescimento pessoal e social. Através de histórias interativas e dinâmicas de grupo, os jovens são estimulados a tomar decisões e explorar diferentes perspetivas. No ano letivo 2023-2024, a intervenção incidiu em cinco turmas do 7.º ano do Agrupamento de Escolas de Ponte da Barca, abrangendo 96 alunos em 35 sessões. No ano letivo 2024-2025, a intervenção foi alargada para seis turmas, com um total de 101 alunos, e será concluída em 2025.

Contributo académico e reconhecimento: O Plano IADem tem sido objeto de investigação e validação científica, com várias publicações em revistas científicas internacionais e apresentações em conferências nacionais e internacionais. Em 2024, foi reconhecido como modelo de boas práticas pela OMS e reconhecido com o prémio Selo Escola Amiga em parceria com um Agrupamento de Escolas.

Apresentação do Plano na ULS Alto Minho

- Participação no IV Encontro Nacional de Integração de Cuidados
- Submissão ao Integrated Care Award
- Reconhecimento com o Prémio Selo Escola Amiga
- OMEGA – Journal of Death and Dying: Estudo sobre o processo de luto de cuidadores
- Aging and Mental Health: O impacto da sobrecarga emocional nos cuidadores
- Capítulos em livros e comunicações em congressos nacionais e internacionais

Conclusão: O Plano IADem continua a consolidar-se como uma iniciativa inovadora, promovendo um envelhecimento mais digno e sustentável. A aposta na investigação, na personalização dos cuidados e na capacitação dos cuidadores reflete o compromisso com a melhoria da qualidade de vida das pessoas com demência e fragilidade. Com uma visão de futuro e um forte espírito de colaboração, este plano continuará a ser uma referência na humanização dos cuidados de saúde.

12. Estratificação pelo Risco

O projeto de estratificação pelo risco é um projeto piloto desenvolvido na ULSAM, que se iniciou ao abrigo de uma candidatura SAMA 2020, e se encontra descrita em capitulo próprio do presente documento.

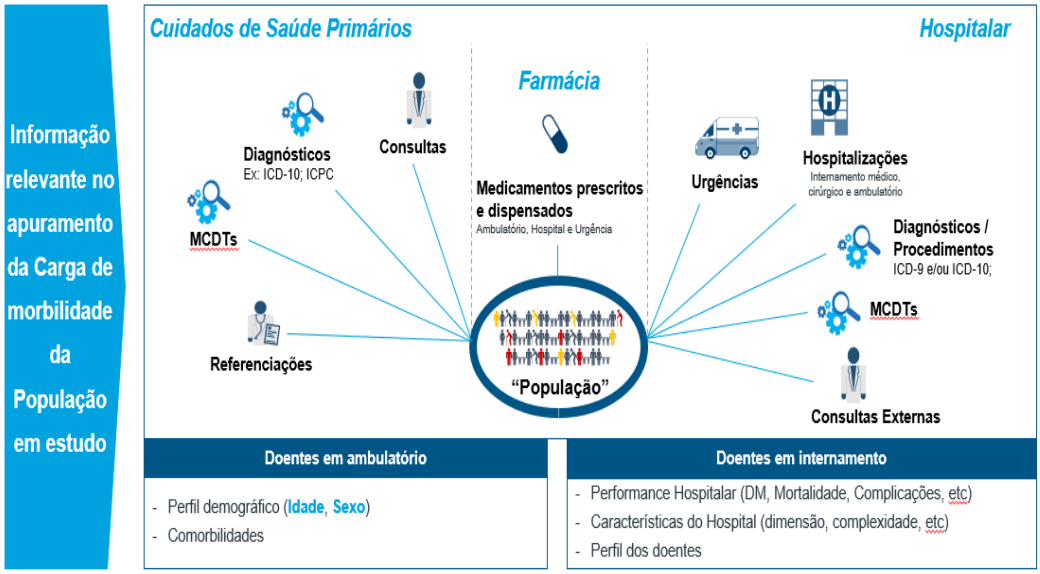
O projeto foi durante o ano de 2024 implementado a nível nacional, tendo sido identificadas equipas locais de estratificação pelo risco nas Unidades Locais de Saúde.

Como é sabido, o Peso das doenças Crónicas nos sistemas de saúde tem vindo a aumentar, o que levou muitos países a adotar metodologias de ajustamento pelo risco, aliadas a variáveis sociodemográficas (idade e sexo), vão permitir identificar a carga de morbilidade, e assim definir planos de Disease & Case Management.

Com recurso a ferramentas próprias para este tipo de avaliação e previsão de custos, baseados em *Adjusted Clinical Groups* (ACG), estudados na *John Hopkins University* nos EUA, a ULSAM iniciou o seu projeto de estratificação da população.

Este é um modelo baseado na morbilidade e risco que permite estratificar a população e identificar segmentos com maior risco associado à carga de doença; avaliar a eficiência e resultados, comparando-os com um padrão representativo; e, por fim, desenvolver programas de "*disease management*" e "*case management*".

Deste projeto, resultou um agrupador ACG, que utiliza modelos preditivos baseados em vários inputs, como sejam os diagnósticos, procedimento, a medicação, o número de consultas, MCDT, entre outros, conforme nos demonstra a imagem seguinte:



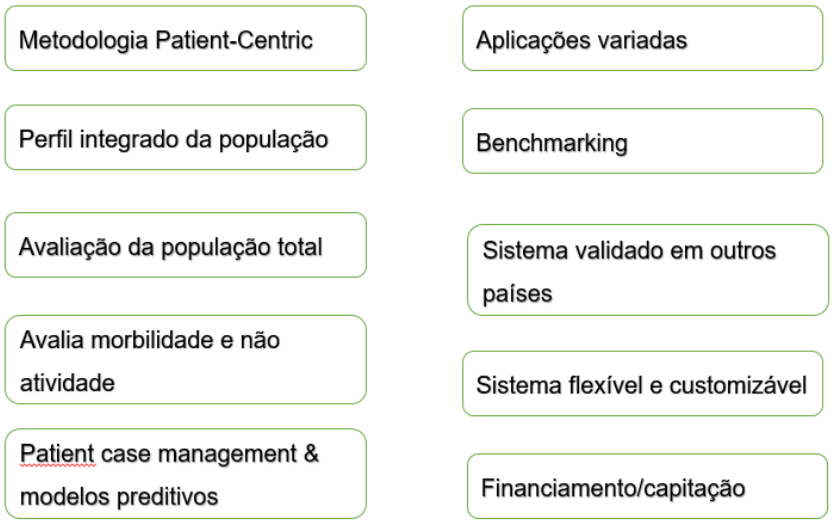
Estes *inputs* de dados para alavancar o modelo tiveram ainda em consideração a dimensão demográfica, comorbilidades. A conjugação de todas estas variáveis, permitiu categorizar os doentes por níveis de risco e criar simultaneamente o perfil da população ou a um nível micro, os perfis de doentes.

Identificados os perfis de doentes com maior comorbilidade, ou maior risco, é possível antecipar eventos clínicos e assim melhorar os resultados em saúde.

Chegamos à etapa de procura dos resultados/ganhos em saúde. Que utilização dar aos dados obtidos e de que recursos dispomos para aumentar a nossa eficiência?

Neste alinhamento o Conselho de administração delineou uma estratégia de criação de equipas multidisciplinares que irão coordenar cuidados de forma integrada: as jornadas clinicas de gestão de caso e de gestão da doença.

As principais características e vantagens deste modelo são:



13. Projeto local para a redução do número de atendimentos nos serviços de urgência triados com cor verde, azul e branca

Os serviços de urgência são serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas.

A redução da utilização inapropriada ou evitável dos serviços de urgência do hospital é fundamental e urge uma medida de eficiência e melhoria da qualidade na prestação, uma vez que permite, por um lado, minimizar as situações de excesso de procura e saturação dos serviços de urgência hospitalar reservando-o para as situações mais graves.

A implementação de estratégias tendentes à diminuição das urgências evitáveis implica, necessariamente, o reforço da implementação e divulgação de mecanismos que garantem o acesso adequado e tempestivo dos doentes que procuram os serviços em situação de doença aguda.

Neste contexto, a ULSAM abraçou o projeto “Ligue antes, salve vidas”.

Diagnóstico da Situação

Os doentes triados com pulseira branca, azul ou verde, representam 43% do total de admissões no serviço e urgência do HSLVC e 51% na urgência pediátrica. No serviço de urgência básica de Ponte de Lima a percentagem é de 52% e em Monção atinge 61%.

Definição de Prioridades

Melhorar a eficácia e eficiência do atendimento e reduzir o tempo de espera.

Fixação de Objetivos

Reduzir em pelo menos 10% as admissões nos três serviços de urgência do distrito de Viana do Castelo.

Seleção de Estratégias

Em situações de risco de vida iminente, o utente deve ligar o 112. O INEM dará a devida resposta. Nas restantes situações, o utente é convidado a ligar para a linha SNS24 (808 24 24 24) antes de se dirigir ao serviço de urgência, para triagem prévia assente em critérios clínicos, que determinará o seu percurso, ou para autocuidados ou encaminhando-o para consulta nos cuidados de saúde primários ou serviço de urgência, num prazo máximo de 24 horas.

Alocação de Recursos (Humanos, Materiais e Financeiros)

Os utentes que entrem no serviço de urgência sem referenciação serão apoiados por profissionais de saúde que os orientarão na chamada para a linha SNS24, sendo para tal, instalados telefones no serviço de urgência.

Nos cuidados de saúde primários estão reservadas cerca de 1800 consultas por semana.

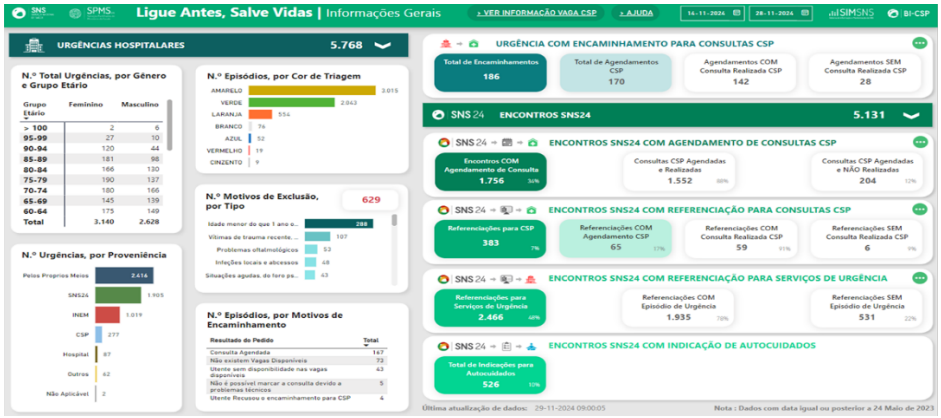
Foram incluídos nos *templates* em anexo, uma previsão de alocação de recursos.

Metodologia de Avaliação da Intervenção

Diminuição dos atendimentos no serviço de urgência e do tempo de espera.

Agendamento oportuno em cuidados de saúde primários bem como ocupação das vagas de consulta disponibilizadas.

Monitorização e acompanhamento dos resultados com o apoio a ferramenta de *Business inteligence* disponibilizada pela SPMS no âmbito do projeto Ligue Antes, Salve Vidas.



Resultados já alcançados

Desde o seu início o número médio de atendimentos do serviço de urgência tem sido de 385 admissões diárias, o que representa uma diminuição de 18% face ao número de admissões diárias registadas no período anterior à vigência do projeto.

As admissões com Proveniência Linha SNS 24 representam 33% do total de admissões no período (14/11/2024 a 28/11/2024) e as admissões no Serviço de Urgência pelos próprios meios representa 42% das admissões.

Relativamente aos encaminhamentos da urgência para as consultas em cuidados de saúde primários, totalizaram 186 encaminhamentos desde o início deste projeto, dos quais 91% viram o seu agendamento efetuado. Com agendamento, mas ainda sem consulta realizada obtém-se um total de 28 encaminhamentos.

Verificaram-se 383 referenciações diretas da linha SNS 24 para cuidados de saúde primários e 526 para autocuidados. Foram referenciados da linha SNS 24 para o serviço de urgência um total de 2 466 episódios, dos quais 22% não possui registo de episodio de urgência efetivado.

14. Outros programas de saúde de âmbito nacional onde a ULSAM intervém

De referir ainda que, para além dos projetos acima mencionados, são dinamizados pelos vários departamentos da Instituição em linha com as orientações da Direção Geral da Saúde, e com o objetivo de sensibilizar a população para problemas e necessidades em saúde, tais como:

- ✓ Programa Nacional de Saúde Escolar na Região Norte (PNSE);
- ✓ Programa Alimentação Saudável em Saúde Escolar (PASSE);
- ✓ Programa de Prevenção e Tratamento do Tabagismo (PPTT);
- ✓ Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral na Região Norte (PNPSO);
- ✓ Programa Regional para a Infeção VIH/Sida;
- ✓ Programa Regional de Educação Sexual Escolar (PRESSE);
- ✓ Programa Regional de Educação Sexual Escolar (PRESSE) – Gestão e avaliação do Projeto em meio escolar no ambiente geográfico da ULSAM;
- ✓ Programa REVIVE - Rede Nacional de Vigilância de Vetores – Visa monitorizar a atividade de artrópodes hematófagos, caracterizar as espécies e sal ocorrência sazonal, tal como id entificar agentes patogénicos importantes em Saúde Pública;
- ✓ Programa de Prevenção e Controlo da tuberculose – Realização de Inquérito Epidemiológico a todos os casos notificados de tuberculose;
- ✓ Plano de Contingência Temperaturas Extremas – É realizado pela Unidade de Saúde Publica em colaboração com os Cuidados de Saúde Hospitalares da ULSAM (modulo Verão e Inverno);
- ✓ Vigilância e Investigação. Epidemiológica – USPAM realiza a Investigação Epidemiológica de todas as Doenças de Notificação Obrigatória do distrito, tal como todos os surtos;

✓ SINAVE –Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica – Através desta plataforma, é realizada a monitorização de todas as Doenças de Notificação Obrigatória;

✓ Caraterização das estruturas de apoio das Comunidades (ERPIS) – Vistorias a Lares com a Segurança Social;

✓ PIOPAL – Prevenção Ambiental de Legionela em Unidades Prestadoras de Cuidados de Saúde;

✓ CAD – Centro de Aconselhamento e Deteção Precoce HIV – Consulta gratuita e anónima de Psicologia e teste rápido VIH.

b) Definição de políticas adotadas para a promoção da proteção ambiental e do respeito por princípios de legalidade e ética empresarial, assim como as regras implementadas tendo em vista o desenvolvimento sustentável (vide artigo 49.º do RJSPE).

A nível ambiental a ULSAM cumpre com toda a legislação em vigor.

No âmbito da 10.ª edição do Prémio Saúde Sustentável, em 2021, a ULSAM foi premiada com a Menção Honrosa Inovação e Transformação Digital, com o Projeto – Gestão de Doença Crónica em pandemia: Teleconsulta em pessoas com dor crónica, desenvolvido nos Cuidados de Saúde Primários, USF Lethes.

A ULSAM conquistou o primeiro lugar, na categoria das Unidades Locais de Saúde (ULS) atribuído pelo Top-2018: A excelência dos Hospitais. No ano de 2017, recebeu neste âmbito uma menção honrosa - excelência dos Hospitais - Hospitais TOP Grupo ULS - Prémio consistência. Em 2016 foi atribuído à Instituição o 2.º Lugar.

No ano de 2015, a ULSAM foi vencedora do prémio, "Excelência energético-ambiental no Alto Minho" na categoria eficiência energética e renováveis – sector público.

O Hospital de Santa Luzia de Viana do Castelo e o Hospital Conde de Bertiandos de Ponte de Lima, da ULSAM, são acreditados pela entidade acreditadora internacional CHKS (*Caspe Healthcare Knowledge Systems*).

Esta conquista traduz o reconhecimento da existência, nesta organização, de uma real preocupação em prestar serviços de qualidade aos seus utentes, competindo para uma humanização dos serviços de saúde e da preocupação com os profissionais, evidenciada nos comportamentos, práticas e nos processos de qualidade em curso.

Na atividade hospitalar as áreas de resíduos e de energia elétrica representam uma grande parte dos consumos com impacto ambiental. Nesta matéria, a ULSAM alterou o sistema de iluminação, por lâmpadas LED com vista a diminuição de consumos energéticos e de manutenção dos equipamentos.

Para além da iniciativa acima referida, foi concluído, em 2024, o projeto de investimento **"Eficiência Energética na UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, E.P.E. - Hospital de Viana do Castelo"**, com financiamento aprovado em fundos comunitários.

Neste sentido, é política desta Instituição, a promoção da sustentabilidade ambiental, por via da racionalização de consumos, redução da produção de resíduos, implementação de boas práticas de trabalho em todos os sectores de atividade, e a implementação de auditorias, levadas a cabo pelo serviço de gestão da qualidade com vista a adequada utilização dos serviços minimizando o impacto ambiental.
É prática da Instituição a sensibilização de todos os funcionários para as boas práticas ambientais.
Os colaboradores da ULSAM, no exercício da sua atividade devem promover uma utilização racional dos meios que são colocados à sua disposição de forma a evitar desperdícios e danos ambientais, promovendo a reutilização e reciclagem sempre que tal seja possível.

c) Adoção de planos de igualdade tendentes a alcançar uma efetiva igualdade de tratamento e de oportunidades entre homens e mulheres, a eliminar discriminações e a permitir a conciliação entre a vida pessoal, familiar e profissional (vide n.º 2 do artigo 50.º do RJSPE).

A ULSAM alicerçada na sua cultura e nos seus objetivos em matéria de igualdade, tem vindo a assegurar um tratamento digno aos trabalhadores e trabalhadoras, com respeito pelos seus direitos humanos e laborais, incluindo uma efetiva igualdade entre todos/as. Neste sentido, em dezembro de 2021 foi aprovado pelo Conselho de Administração, o Plano para a Igualdade 2022. Este plano representa o compromisso da ULSAM para com as medidas nele constantes e será monitorizado por um grupo de trabalho composto por 2 mulheres e 2 homens de diferentes áreas de atuação dentro da ULSAM e que atuam com o acompanhamento do Conselho de Administração.
O Plano para a Igualdade pode ser consultado em: Plano para a igualdade

d) Referência a medidas concretas no que respeita ao Princípio da Igualdade do Género, conforme estabelecido no n.º 1 da Resolução do Conselho de Ministros nº 19/2012, de 23 de fevereiro.

A ULSAM efetua todos os esforços para proporcionar aos seus colaboradores, elevados níveis de satisfação e realização profissional, pagando remunerações justas; proporcionando um ambiente de trabalho seguro e saudável; e criando condições para o desenvolvimento profissional de todos os colaboradores.
Em termos remuneratórios está presente a igualdade entre homens e mulheres, providenciando escrupulosamente no sentido de evitar toda e qualquer forma de discriminação. Quando analisada a estrutura de recursos humanos da ULSAM, constatamos, que em 2024, mais de 79% dos profissionais são do género feminino, continuando assim a representar uma clara maioria dos recursos da Instituição.
A ULSAM, durante o ano de 2024, cumpriu, como sempre, com todo o rigor, as medidas legislativas e outros incentivos, no sentido de promover e melhorar a difícil conciliação entre a vida pessoal, familiar e profissional, visando, nomeadamente, a facilitação das condições de trabalho para quem tem ou tenciona ter (mais) filhos. A ULSAM elaborou o "Relatório sobre as remunerações pagas a mulheres e homens", disponível no *site* da Instituição: Relatório sobre remunerações pagas a Mulheres e Homens

e) Identificação das políticas de recursos humanos definidas pela empresa, as quais devem ser orientadas para a valorização do individuo, para o fortalecimento da motivação e para o estímulo do aumento da produtividade, tratando com respeito e integridade os seus trabalhadores e contribuindo ativamente para a sua valorização profissional (vide n.º 1 do artigo 50.º do RJSPE).

A Unidade de Formação (UF) integra o Serviço de Gestão de Recursos Humanos (SGRH) e incorpora na sua missão a promoção, o apoio e a informação aos colaboradores da ULSAM, de forma humanizada, com o objetivo de garantir a valorização, capacitação e desenvolvimento do capital humano da organização.
A contribuição para a satisfação e motivação dos colaboradores, no ambiente de trabalho, respeitando os seus valores, enquanto pilares fundamentais na defesa da ética profissional, na valorização do Ser Humano e da instituição, constituem-se na Visão da UF.

O plano contempla cursos acreditados, alguns dos quais passíveis de conferir unidades de créditos/ECTS pelo que os mesmos são alvo de metodologias de avaliação, sendo os colaboradores informados desta premissa aquando da divulgação do curso.
Todos os cursos e ações de formação do plano de formação são certificados pela ULSAM enquanto entidade formadora acreditada pela ACSS, sendo entregue o Certificado de Formação Profissional ao formando desde que cumpra o total de horas de formação.
Relativamente aos cursos acreditados por entidades externas, os formandos desde que cumpram os requisitos definidos para os mesmos, receberão o Certificado de Formação emitido pela entidade respetiva.

Apresenta-se de seguida, informação relativa a taxa de participação dos cursos dinamizados e da responsabilidade da Unidade de Formação, com respetiva taxa de participação dos colaboradores:

Empresa	Designação do Curso	N.º ações	Taxa de participação
ULSAM	Crianças e Jovens com Diabetes Mellitus Tipo 1 na Escola	1	100%
ULSAM	Cultura de Segurança do Doente Internado no Hospital:Percepção do Enfermeiro	1	100%
ULSAM	EMI-IM-Curso de Emergencia Médica Intra-Hospitalar, com Recurso à Simulação	1	75%
ULSAM	Suporte Avançado de Vida	4	87,50%
ULSAM	SBV - Assistencial ORL	1	58,40%
ULSAM	SBV - Assistencial Ponte da Barca	3	100%
ULSAM	SBV - Assistencial Medicina 1 P6	1	100%
ULSAM	SBV - DAE Médicos Internos FG	3	97%
ULSAM	Triagem de Manchester	1	100%
ULSAM	Curso de Ventilação não Invasiva e Alto Fluxo	3	85%
ULSAM	Curso de Ventilação não Invasiva em Pediatria	1	100%

Fonte: Unidade de Formação

f) Informação sobre a política de responsabilidade económica, com referência aos moldes em que foi salvaguardada a competitividade da empresa, designadamente pela via de investigação, inovação, desenvolvimento e da integração de novas tecnologias no processo produtivo (vide n.º 1 do artigo 45.º do RJSPE). Referência ao plano de ação para o futuro e a medidas de criação de valor para o acionista (aumento da produtividade, orientação para o cliente, redução da exposição a riscos decorrentes dos impactes ambientais, económicos e sociais das atividades, etc.)

Investigação e desenvolvimento

A ULSAM apresenta no âmbito da Investigação e Desenvolvimento um centro de ensaios clínicos, que em 2024 selecionou 11 novos estudos, iniciou 8 e aprovou 11 contratos. Ao longo do ano foram incluídos 7 doentes em estudos clínicos e foram realizadas 202 visitas de estudo. No final de 2024, 32 ensaios clínicos encontravam-se ativos, distribuídos pelos seguintes serviços:

Serviços	N.º estudos 2024
Gastroenterologia	10
Reumatologia	18
Medicina Interna	2
Dermatologia	1
Pediatria	1

Fonte: Centro de Investigação e Desenvolvimento ULSAM

Os estudos de Fase III são os mais preponderantes na ULSAM, representando o Serviço de Reumatologia 56% do total dos estudos a decorrer na ULSAM e 59% do total da receita.
Transitaram, para o ano de 2025, 21 doentes acompanhados em contexto de estudo clínico.

Plano de Desenvolvimento Organizacional

A ULSAM assegura a prestação integrada dos cuidados de saúde, sustentada nos cuidados primários e na capacidade para gerir o estado de saúde dos utentes garantindo, a prestação de cuidados ao nível mais adequado e eficiente, reservando o acesso aos cuidados secundários para as situações que exijam esse grau de intervenção. Promove ainda a acessibilidade e a coordenação do acompanhamento dos utentes aos diferentes níveis de prestação de cuidados, assegurando a otimização na utilização dos recursos disponíveis.
No que respeita à aposta em novas tecnologias, é importante mencionar a aquisição de equipamento informático, para substituição de material já obsoleto, facilitando a disponibilidade da informação de forma adequada e atempada.

Também a área de consulta externa apostou estrategicamente na aquisição de equipamentos que permitem a efetivação de consultas pelo próprio utente ("quiosque"), com impacto na melhoria de acessibilidade do utente.

Este projeto tem demonstrado resultados bastante satisfatórios, com uma adesão muito positiva por parte dos utentes.

No que respeita ao plano de ação para o futuro e a medidas de criação de valor, a ULSAM determina e fixa anualmente, como já mencionado, os objetivos de produção, investimento, recursos humanos, económico-financeiros que são estrategicamente planeados de acordo com a envolvente social, ambiental e económica da Instituição.

Para o efeito é desenhado o Plano Desenvolvimento Organizacional por um período de 3 anos, revisto anualmente. Este documento permite ao Conselho de Administração da ULSAM delinear estratégias para alcançar os resultados acordados em sede de contrato programa e consequentemente obter ganhos em saúde.

A atividade prevista bem como os níveis de qualidade de eficácia e eficiência, e ainda o desempenho económico-financeiro, definidos no Contrato-Programa assinado com a Tutela.

Atividade prevista para 2024

APÊNDICE II
Quadro Mínimo de Produção e Desempenho

Instituição: ULS Alto Minho — Contratualização 2024

Produção e Indicadores de Desempenho

	Quantidade
Cuidados Primários	
1. Consultas	
Nº consultas médicas presenciais	511 988
Nº consultas médicas não presenciais	444 091
2. Serviços Domiciliários	
Nº visitas domiciliárias médicas	8 199
Nº visitas domiciliárias de enfermagem	64 190
3. Outras Consultas por Pessoal não Médico	
Nº consultas de enfermagem	784 000
Nº consultas de outros profissionais	15 517
Cuidados Hospitalares	
1. Consultas Externas:	
Nº de 1ªs consultas médicas	35 961
Nº de 1ªs consultas referenciadas (CTH)	39 054
Nº de 1ªs consultas descentralizadas	1 746
Nº de consultas subsequentes médicas	178 714
Nº de consultas subsequentes descentralizadas	2 522
2. Internamento:	
Doentes Saídos	
GDH Médicos	10 046
GDH Cirúrgicos	4 265
GDH Cirúrgicos Urgentes	2 304
3. Episódios de GDH de Ambulatório:	
GDH Cirúrgicos	7 485
GDH Médicos	6 458
4. Urgências:	
Atendimentos (SU - Polivalente)	
Atendimentos (SU - Médico-Cirúrgica)	85 360
Atendimentos (SU - Básica)	53 700
5. Sessões em Hospital de Dia:	
Base	13 440
Hematologia / Imuno-hemoterapia	1 299
Psiquiatria e Unidades Socio-Ocupacionais	1 805
Valor Total do Hospital de Dia	
6. Rastreios - Nº de Rastreios	
Rastreios do Cancro da Mama	72
Rastreio do Cancro do Colo do Útero	435
Rastreio do Cancro do Cólon e Reto	150
Rastreio da Retinopatia Visual	330
Rastreio Visual Infantil	300

7. Sessões de Radioncologia	
Tratamentos simples	
Tratamentos complexos	
8. Sessões de Quimioterapia	
Sessões de Quimioterapia	5 822
9. Serviços Domiciliários	
Consultas Domiciliárias	3 340
Hospitalização domicilliária	130

Desempenho

Indicadores de desempenho organizacional
Percentagem de utentes inscritos em USF
Percentagem de utentes abrangidos por UCC
Percentagem de primeiras consultas hospitalares de telemedicina no total de consultas hospitalares realizadas
Média da percentagem de GDH, de consultas externas, e/ou de MCDT (conforme aplicável), realizados em CRI no total de episódios
Proporção de mulheres entre 50-69 anos, com rastreio do cancro da mama efetuado por "mamografia de rastreio"
Tempo médio de codificação e agrupamento em GDH (em dias)
Número de reclamações ponderadas por residente

Plano de investimentos previsto para o ano de 2025 (inserido na plataforma SICA – PDO)

Quadro 2 – Investimentos previstos

Prioridade	Descrição do investimento	Classificação do investimento	Estimado 2025	Estimado 2026	Estimado 2027	Total Valor Investimento
2 - Prioritário	Equipamento e material informático	Equipamento e software informáticos	73.800,00 €	- €	- €	73.800,00 €
2 - Prioritário	Centro de Dados (datacenter)	Equipamento e software informáticos	100.450,00 €	- €	- €	100.450,00 €
2 - Prioritário	Ativos de Rede	Equipamento e software informáticos	12.300,00 €	- €	- €	12.300,00 €
2 - Prioritário	Firewalls	Equipamento e software informáticos	80.360,00 €	- €	- €	80.360,00 €
2 - Prioritário	Equipamento e material para telecomunicações	Equipamento e software informáticos	12.300,00 €	- €	- €	12.300,00 €
2 - Prioritário	Pacotes de software e sistemas de informação	Equipamento e software informáticos	184.500,00 €	- €	- €	184.500,00 €
2 - Prioritário	Outros Equipamento de informática	Equipamento e software informáticos	86.290,00 €	- €	- €	86.290,00 €
2 - Prioritário	Remodelação do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico do Hospital de Viana do Castelo - 2.ª fase (U Pediátrica)	Edifícios e outras construções	332.244,00 €	664.489,00 €	664.489,00 €	1.661.222,00 €
2 - Prioritário	Remodelação do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico do Hospital de Viana do Castelo - 2.ª fase (U Médica, U Cirúrgica)	Edifícios e outras construções	467.104,00 €	934.208,00 €	934.208,00 €	2.335.520,00 €
2 - Prioritário	Requalificação do Bloco de Partos (materno fetal e neonatologia piso 5)	Edifícios e outras construções	2.640.246,00 €	- €	- €	2.640.246,00 €
2 - Prioritário	Requalificação do Serviço Farmacêutico	Edifícios e outras construções	300.000,00 €	300.000,00 €	- €	600.000,00 €
2 - Prioritário	Climatização da Consulta Externa de Ponte de Lima	Edifícios e outras construções	500.000,00 €	- €	- €	500.000,00 €
2 - Prioritário	Requalificação/renovação das coberturas do Hospital de Santa Luzia	Edifícios e outras construções	350.550,00 €	- €	- €	350.550,00 €
2 - Prioritário	Requalificação da Medicina piso 7 do HSL	Edifícios e outras construções	530.376,00 €	1.060.752,00 €	1.060.752,00 €	2.651.880,00 €
2 - Prioritário	Requalificação da Medicina piso 8 do HSL	Edifícios e outras construções	530.376,00 €	1.060.752,00 €	1.060.752,00 €	2.651.880,00 €
2 - Prioritário	Sistema de controlo e gestão do parque de estacionamento	Edifícios e outras construções	80.000,00 €	- €	- €	80.000,00 €
2 - Prioritário	Pequenas requalificações e reinstalações internas no HSL, HCB e Cuidados Primários	Edifícios e outras construções	750.000,00 €	500.000,00 €	500.000,00 €	1.750.000,00 €
2 - Prioritário	Requalificação da área da Unidade Exames (Estomatologia, Urologia, Pneumologia, Otorrinolaringologia, Gastrenterologia)	Edifícios e outras construções	497.904,00 €	995.808,00 €	995.808,00 €	2.489.520,00 €
2 - Prioritário	Criação de edifício de ambulatório da ULSAM em Ponte de Lima (Portugal 2030 - 50%)	Edifícios e outras construções	75.000,00 €	2.500.000,00 €	2.500.000,00 €	5.075.000,00 €
2 - Prioritário	Sistema de Refrigeração - Data Center (AVAC)	Edifícios e outras construções	116.850,00 €	- €	- €	116.850,00 €
2 - Prioritário	Mesas operatórias	Equipamento básico: Médico cirúrgico	143.500,00 €	143.500,00 €	143.500,00 €	430.500,00 €
2 - Prioritário	Torres laparoscopia com tecnologia 3D	Equipamento básico: Médico cirúrgico	98.400,00 €	- €	- €	98.400,00 €
2 - Prioritário	Mesas operatória com acessórios	Equipamento básico: Médico cirúrgico	184.500,00 €	184.500,00 €	- €	369.000,00 €
2 - Prioritário	Ventiladores mecânicos invasivos	Equipamento básico: Médico cirúrgico	147.600,00 €	- €	- €	147.600,00 €
2 - Prioritário	Sistema de anestesia (ventilador + monitor)	Equipamento básico: Médico cirúrgico	184.500,00 €	184.500,00 €	- €	369.000,00 €
2 - Prioritário	Eletrobisturi	Equipamento básico: Médico cirúrgico	153.750,00 €	- €	- €	153.750,00 €
2 - Prioritário	Instrumental cirúrgico	Equipamento básico: Médico cirúrgico	150.000,00 €	150.000,00 €	150.000,00 €	450.000,00 €
2 - Prioritário	Equipamento bloco de partos	Equipamento básico: Médico cirúrgico	441.504,00 €	- €	- €	441.504,00 €
2 - Prioritário	Outros equipamento médico-cirúrgico	Equipamento básico: Médico cirúrgico	738.651,00 €	72.306,00 €	181.185,00 €	992.142,00 €
2 - Prioritário	Mamógrafo e respetivas obras de adaptação	Equipamento básico: Imagiologia	430.500,00 €	- €	- €	430.500,00 €
2 - Prioritário	Sala de radiologia multifuncional	Equipamento básico: Imagiologia	369.000,00 €	- €	- €	369.000,00 €
2 - Prioritário	Ecógrafo 1 para mama	Equipamento básico: Imagiologia	98.400,00 €	- €	- €	98.400,00 €
2 - Prioritário	Ecógrafo	Equipamento básico: Imagiologia	49.200,00 €	- €	- €	49.200,00 €
2 - Prioritário	Outros equipamento de Imagiologia	Equipamento básico: Imagiologia	123.000,00 €	- €	- €	123.000,00 €
3 - Normal	Equipamento de laboratório - outros	Equipamento básico: Laboratório	142.926,00 €	- €	- €	142.926,00 €
3 - Normal	Equipamento de desinfestação, esterilização	Equipamento básico: Desinfeção e esterilização	163.160,00 €	- €	- €	163.160,00 €
2 - Prioritário	Equipamento bloco de partos (mobiliário hospitalar)	Equipamento básico: mobiliário hospitalar	559.394,00 €	- €	- €	559.394,00 €
2 - Prioritário	Outros equipamentos mobiliário hospitalar	Equipamento básico: mobiliário hospitalar	636.686,00 €	- €	- €	636.686,00 €
2 - Prioritário	Sistema de vídeo vigilância no Hospital de Santa Luzia	Outros investimentos	184.500,00 €	- €	- €	184.500,00 €
3 - Normal	Outros equipamentos mobiliário hospitalar	Outros investimentos	61.500,00 €	- €	- €	61.500,00 €
3 - Normal	Equipamento alimentação e rouparia	Outros investimentos	66.026,00 €	- €	- €	66.026,00 €
3 - Normal	Equipamento de escritório - outros	Outros investimentos	150.000,00 €	- €	- €	150.000,00 €
3 - Normal	Equipamento de oficina e reparações	Outros investimentos	50.000,00 €	- €	- €	50.000,00 €
1 - Muito prioritário	Qualificar as instalações e equipamentos e assegurar condições de acessibilidade, qualidade e segurança nos CSP (PRR)	PRR	2.119.093,00 €	- €	- €	2.119.093,00 €
1 - Muito prioritário	Aquisição de TAC multicortes com intervenção de radiologia combinada para o Hospital de Santa Luzia em Viana do Castelo - PRR	PRR	1.414.500,00 €	- €	- €	1.414.500,00 €
	TOTAL		**16.580.940,00 €**			

Descrição sumária dos investimentos previstos no PDO 2025:

Investimentos em equipamento e software informáticos

A ULSAM tem vindo a investir na Modernização das suas Infraestruturas e Comunicações, de forma a garantir a melhor prestação de cuidados de saúde aos utentes do Alto Minho. Para 2025 estão previstos Projetos de reestruturação do centro de dados e expansão de ativos de rede, os *datacenter* dos Hospitais de Santa Luzia (Viana do Castelo) e Conde de Bertiandos (Ponte de Lima) serão objeto de upgrade tecnológico, integrando uma rúbrica de despesa específica para a área da cibersegurança e proteção de dados.

O Conselho de Administração, continua a apostar na capacitação dos profissionais, com planos formativos adaptados à crescente necessidade de utilização de ferramentas de Inteligência Artificial e *Machine Learning*. A estratégia de modernização tecnológica prevê ainda a atualização dos postos de trabalho, com recurso soluções de mobilidade em contexto clínico.

A aposta na transição digital exige um alinhamento tecnológico e estratégico consistente, pelo que continuaremos a desenvolver e implementar projetos de reengenharia de processos, com a adoção de boas práticas internacionais (HIMSS EMRAM e HIMSS CCMM), prevê-se forte investimento na desmaterialização de processos e na expansão da interoperabilidade clínica à rede de prestadores de MCDT.

A ULSAM considera a Transição Digital um pilar estratégico, manifestando no investimento proposto, uma forte aposta do Conselho de Administração no compromisso de dotar as equipas internas de um sistema de informação robusto, com metodologias ágeis e tecnologias inovadoras, libertando os profissionais para uma prestação de cuidados mais humanizada.

Investimentos em Edifícios e outras construções

- ✓ *Remodelação do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico do HSLVC – 2.ª fase (Urgência Pediátrica) - Investimento imprescindível visto que faz parte da última fase da remodelação do Serviço de Urgência do Hospital de Viana do Castelo. - NORTE-07-4842-FEDER-000627* – Esta fase do projeto de beneficiação da Urgência Pediátrica visa dignificar as instalações desta área da urgência em particular, tendo sido este projeto objeto de candidatura a fundos comunitários e aprovado.

- ✓ *Remodelação do Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico do HSLVC – 2.ª fase (Médica, U Cirúrgica) - Investimento imprescindível visto que é a última fase da remodelação do Serviço de Urgência do Hospital de Viana do Castelo.* Esta fase do projeto de beneficiação do Serviço de Urgência envolve a Urgência Médica e a Urgência Cirúrgica. Visa melhorar a organização e atendimento, proporcionando as condições necessárias destas áreas tão críticas.

- ✓ *Requalificação do Bloco de Partos (materno fetal e neonatologia piso 5)* – Requalificação do bloco de partos cumprindo com o Despacho n.º 557/2023, de 11 de janeiro, que define o Regulamento do Programa de Incentivo Financeiro à Qualificação dos Blocos de Parto do Serviço Nacional de Saúde
- ✓ *Requalificação do Serviço Farmacêutico*, visando melhorar as condições estruturais e de funcionamento destas áreas e a otimização das áreas existentes. Pretende-se a criação de uma nova unidade de farmacotecnia, que permitirá a produção interna de preparados estéreis (como nutrição parentérica e citotóxicos), a otimização do fracionamento de medicamentos de alto custo (como as injeções intravítreas em Oftalmologia) e o incremento da participação em ensaios clínicos, particularmente em Oncologia, resultando em poupanças significativas e receitas adicionais.
- ✓ *Requalificação/renovação das coberturas do Hospital de Santa Luzia*, com o objetivo de melhorar a eficiência energética, o isolamento e o conforto térmico e acústico do edifício.
- ✓ *Remodelação do Serviço de Medicina 1 (pisos 7 e 8)* – remodelação com vista a assegurar uma adequada prestação de cuidados através da melhoria das condições físicas do serviço. Estas obras são de extrema importância e é premente a sua realização, dado o atual estado de deterioração das instalações com mais de 33 anos de utilização.
- ✓ *Requalificação da área da Unidade Exames (Estomatologia, Urologia, Pneumologia, Otorrinolaringologia, Gastrenterologia),* com adaptação e modernização dos espaços atualmente insuficientes face à procura destas áreas.
- ✓ *Criação de edifício de ambulatório da ULSAM em Ponte de Lima* - Este projeto visa a criação de uma nova unidade, uma vez que a que está em funcionamento no HSLVC se encontra saturada, não existindo condições estruturais que permitam o seu crescimento. Com esta nova infraestrutura, a ULSAM tem como foco garantir e reforçar a igualdade de acesso aos cuidados de saúde a toda a população do território abrangido pela instituição. Será alvo de candidatura ao Programa NORTE 2030, que prevê financiamento uma taxa máxima de cofinanciamento de 50%.
- ✓ Instalação de Sistema de Refrigeração - *Data Center* (AVAC)
- ✓ *Requalificações e reinstalações internas no HSLVC, HCB e CSP*

<u>Equipamento básico</u>

- ✓ *investimentos em equipamento, nomeadamente:*
  - ✓ Aquisição de equipamento Médico-Cirúrgico (geral)
  - ✓ Aquisição de equipamento de Imagiologia (geral)
  - ✓ Aquisição de equipamento de Laboratório (geral)
  - ✓ Aquisição de equipamento de Mobiliário Hospitalar (geral)
  - ✓ Aquisição de equipamento de Desinfeção e Esterilização (geral)
  - ✓ Aquisição de outros equipamentos básicos (geral)

Plano de Recuperação e Resiliência

O Plano de Recuperação e Resiliência (PRR) é um programa de âmbito nacional, com um período de execução até 2026, que visa implementar um conjunto de reformas e de investimentos destinados a impulsionar o país no caminho da retoma, do crescimento económico sustentado e da convergência com a Europa ao longo da próxima década, tendo como orientação um conceito de sustentabilidade inspirado nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas. O PRR é um plano de investimentos para todos os portugueses assente em três dimensões estruturantes: Resiliência, Transição Climática e Transição Digital.

Na dimensão de Resiliência foram consideradas 9 Componentes com vista a reforçar a resiliência social, económica e territorial do nosso país. Estas componentes incluem um conjunto robusto de intervenções em áreas estratégicas, entre as quais se encontra a componente 1, cujo alvo é o Serviço Nacional de Saúde (SNS). A componente 1 (C01) pretende reforçar a capacidade SNS para responder às mudanças demográficas e epidemiológicas do país, à inovação terapêutica e tecnológica, à tendência de custos crescentes em saúde e às expetativas de uma sociedade mais informada e exigente. Nesta componente há vários objetivos estabelecidos, nomeadamente i01: Cuidados de Saúde Primários com Mais Respostas e i10 - Programa de Modernização Tecnológica do SNS.

Em 2024, no âmbito da C01i01 "Cuidados de Saúde Primários com Mais Respostas", com o objetivo de melhorar o acesso, a qualidade e a eficiência dos cuidados prestados, a ULSAM concretizou os seguintes projetos:

- ✓ Disponibilização de exames Holter e MAPA em todas as Unidades de Saúde Familiar (USF) e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP)
- ✓ Reforço dos Centros de Saúde dos Arcos de Valdevez, Ponte de Lima, Ponte da Barca e Viana do Castelo com espirómetros para diagnóstico precoce e tratamento da Asma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) e Tabagismo, num total de 4 espirómetros
- ✓ Reforço dos centros de saúde na resposta qualificada em emergência (suporte básico de vida), dotando-os com equipamentos (saco de emergência, desfibrilhador e monitor de sinais vitais)
- ✓ Disponibilização de 2 Gabinetes para consulta do Pé diabético (Centro de Saúde de Valença e de Arcos de Valdevez)
- ✓ Criação de 2 Gabinetes de Medicina Dentária (Centro de Saúde de Valença e de Arcos de Valdevez)

A ULSAM em sede de candidatura ao PRR à C01, e dentro desta à C01i01 "Cuidados de Saúde Primários com Mais Respostas" e à C01-i10 - Programa de Modernização Tecnológica do SNS, tem ainda prevista a realização de vários projetos, para concretização das metas que a seguir se descrevem, até 2026:

- Qualificar as instalações e equipamentos e assegurar condições de acessibilidade, qualidade e segurança nos CSP. Neste projeto prevê-se a aquisição e colocação de painéis solares em 22 edifícios, RX Valença, Eletrocardiógrafos, PC portáteis, Mala de Ludo, Kit jogos infantis)
  - ✓ Modernizar equipamentos - (valores com IVA, 2 119 093 €):
    - *Substituição do aparelho de Rx do Centro de Saúde de Valença* - O novo equipamento aumentará a qualidade da imagem obtida, permitindo deste modo, aos clínicos, uma avaliação mais rápida, rigorosa e mais acertada da imagem.
    - *Equipamento básico/clínico, informático e de comunicação para o agrupamento dos centros de saúde do Alto Minho* - Aquisição de novos computadores para as equipas de cuidados no domicílio (UCC), permitindo também o trabalho à distância e sistemas de videoconferência; Atualização e dotação de *software*.
    - *Colocação de painéis fotovoltaicos, de lâmpadas LED, revisão de revestimentos de paredes e coberturas* – Perspetiva-se com este investimento, o aumento da eficiência energética nas infraestruturas dos Cuidados de Saúde Primários da ULSAM.
- Programa de Modernização Tecnológica do SNS. Este projeto prevê a aquisição de um aparelho de Tomografia Computorizada multicortes com radiologia de intervenção para o HSLVC.

X. Avaliação do Governo Societário

1. Menção à disponibilização em SISEE ou SiRIEF da ata da reunião da Assembleia Geral, Deliberação Unânime por Escrito ou Despacho que contemple a aprovação dos documentos de prestação de contas (aí se incluindo o Relatório e Contas e o RGS) relativos ao exercício de 2023 por parte dos titulares da função acionista ou, caso não se tenha ainda verificado a sua aprovação, menção específica desse facto.

2. Verificação do cumprimento das recomendações recebidas relativamente à estrutura e prática de governo societário (vide artigo 54.º do RJSPE), através da identificação das medidas tomadas no âmbito dessas orientações. Para cada recomendação deverá ser incluída:

   a) Informação que permita aferir o cumprimento da recomendação ou remissão para o ponto do relatório onde a questão é desenvolvida (capítulo, subcapítulo, secção e página).

A ULSAM cumpre os princípios dirigidos às empresas do Sector Empresarial do Estado, constantes da Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2007 e às obrigações legais e estatutárias que se obriga a cumprir enquanto entidade pública empresarial.

Neste sentido a ULSAM cumpre os princípios de bom governo estabelecidos na medida em que:

- Toda a sua atividade, funcionamento e organização é balizada pelo cumprimento de toda a legislação e regulamentação em vigor;
- A missão, objetivos e valores da ULSAM, são divulgados quer no sítio da internet quer na intranet da Instituição;
- Os Relatórios & Contas e outros documentos/informações de interesse relevante são igualmente disponibilizados na internet / intranet;

- Todas as informações de interesse para os colaboradores são divulgadas pelos meios de comunicação internos, especialmente a intranet;
- A ULSAM possui uma Estratégia de Desenvolvimento da Qualidade que é do conhecimento de todos os colaboradores;
- Todas as transações foram efetuadas em condições de mercado e orientadas pelos princípios de equidade, igualdade de oportunidades, eficiência e economia;
- Todas as políticas de recursos humanos, são definidas com base em critérios de respeito, integridade, equidade e igualdade, produtividade e eficiência. Existe um plano de formação com vista à valorização profissional e pessoal de todos os colaboradores;
- O Plano de Atividades e o Orçamento Económico, para além de serem enviados para as diversas Entidades Tutelares, são igualmente divulgados aos colaboradores da ULSAM;
- Os diversos níveis de gestão intermédia colaboram e participam na elaboração destes documentos de gestão;
- Trimestralmente é elaborado o Relatório de Execução Orçamental que é enviado para a ARS Norte, I.P. e colocado no sítio da DGTF (Direção Geral do Tesouro e Finanças) e na plataforma SIRIEF (Sistema de Informação das Empresas do SEE);
- No final do exercício económico, é elaborado o Relatório & Contas, que depois de aprovado pelo Conselho de Administração, é enviado para as entidades tutelares e de fiscalização. O Fiscal Único procede igualmente á fiscalização do exercício emitindo o seu relatório e respetivo parecer;
- De três em três anos é elaborado o Plano Estratégico, agora denominado Plano de Desenvolvimento Organizacional;
- Sempre que solicitado, a ULSAM presta as informações necessárias às Entidades Tutelares, de Supervisão e Fiscalização;
- A monitorização e acompanhamento das metas acordadas em sede de Contrato Programa é permanente. A avaliação de desempenho está disponível no Relatório e Contas de 2020.

No âmbito das boas práticas de Bom Governo, a ULSAM cumpre o estabelecido no Decreto-Lei n.º 133/2013 de 3 de outubro.

b) Em caso de não cumprimento ou cumprimento parcial, justificação para essa ocorrência e identificação de eventual mecanismo alternativo adotado pela empresa para efeitos de prossecução do mesmo objetivo da recomendação.

Não aplicável.

3. Outras informações: a empresa deverá fornecer quaisquer elementos ou informações adicionais que, não se encontrando vertidas nos pontos anteriores, sejam relevantes para a compreensão do modelo e das práticas de governo adotadas.

Não existem informações adicionais a referir.

O Conselho de Administração da ULSAM,

Assinado por: **JOSÉ MANUEL DE ARAÚJO CARDOSO**
Certificado por: **Diário da República**
Atributos certificados: **Presidente do Conselho de Administração - Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E. P. E.**

Dr. José Manuel de Araújo Cardoso (Presidente do Conselho de Administração)

Assinado por: **LÚCIA DA SILVA MARINHO**
Certificado por: **Diário da República**
Atributos certificados: **Vogal Executivo do Conselho de Administração - Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E. P. E.**

Dr.ª Lúcia Silva Marinho (Vogal Executiva)

Assinado por: **Maria Helena Leite Ramalho**

Dr.ª Maria Helena Leite Ramalho (Diretora clínica para a área dos cuidados de saúde hospitalares)

Assinado por: **ANTÓNIO NELSON GOMES RODRIGUES**

Dr. António Nelson Gomes Rodrigues (Diretor clínico para a área dos cuidados de saúde primários)

Assinado por: **MARIA DULCE DA SILVA PINTO**

Enfermeira Maria Dulce da Silva Pinto (Vogal Executiva, Enfermeira-Diretora)

XI. Anexos do RGS

Como anexos ao relatório da empresa deverão ser incluídos pelo menos os seguintes documentos:

1. Relatório do órgão de fiscalização a que se refere o n.º 2 do artigo 54.º do RJSPE ou, caso a empresa esteja a aguardar a nomeação do órgão de fiscalização pela tutela, declaração dando conta desta situação.
2. Demonstração não financeira relativa ao exercício de 2024: aplicável às empresas de interesse público que à data do encerramento do seu balanço excedam um número médio de 500 trabalhadores durante o exercício anual – cf. n.º 1 do artigo 66.º-B do CSC.

   Deverá conter informação referente ao desempenho e evolução da sociedade quanto a questões ambientais, sociais e relativas aos trabalhadores, igualdade de género, não discriminação, respeito pelos direitos humanos, combate à corrupção e tentativas de suborno (vide artigo 66.º-B do CSC).

Demonstração não financeira - exercício de 2024

(artigo 66-B do CSC)

Esta demonstração não financeira deve conter as informações bastantes para uma compreensão da evolução, do desempenho, da posição e do impacto das suas atividades, referentes, no mínimo, às questões ambientais, sociais e relativas aos trabalhadores, à igualdade entre mulheres e homens, à não discriminação, ao respeito dos direitos humanos, ao combate à corrupção e às tentativas de suborno

Variáveis		Informação
Breve descrição do modelo empresarial da empresa		A ULSAM assume um modelo de governo societário que assegure a efetiva separação entre as funções de administração executiva e as funções de fiscalização de acordo com o n.º 1 do artigo 30.º do Decreto Lei n.º 133/2013 de 3 de outubro. Em 4 de Setembro de 2008 e ao abrigo do Decreto-Lei n.º 183/2008 foi criada a ULS do Alto Minho, EPE com a natureza de entidade pública empresarial. Rege-se pelos Estatutos publicados no Decreto-lei n.º 52/2022, de 04 de agosto. De acordo com o ponto n.º 1 - "A. Modelo de Governo", do capitulo V do Relatório do Governo Societário 2024.
Questões ambientais Questões relacionadas com o combate à poluição	Uma descrição das políticas seguidas pela empresa em relação a essas questões, incluindo os processos de diligência devida aplicados	A nível ambiental a ULSAM cumpre com toda a legislação em vigor. A ULSAM, no ano de 2017, recebeu uma menção honrosa no âmbito da excelência dos Hospitais - Hospitais TOP Grupo ULS - Prémio consistência. A ULSAM, no ano de 2016, recebeu uma menção honrosa no âmbito da excelência dos Hospitais - Hospitais TOP Grupo ULS, tendo sido atribuído à Instituição o 2.º Lugar. No ano de 2015, a ULSAM foi vencedora do prémio, "Excelência energético-ambiental no alto Minho" na categoria eficiência energética e renováveis – sector público. De acordo com a Missão da ULSAM e a sua Orientação Estratégica foram desenhados os seguintes objetivos da Qualidade: (1) consolidar a missão e a visão, promovendo a extensão do âmbito e a melhoria continua do Sistema de Gestão da Qualidade: (2) acrescentar valor ao cliente através da comunicação da informação; (3) atuar de forma a superar as expectativas em função dos desejos e das necessidades dos clientes e colaboradores; (4) manter os colaboradores com elevado nível de motivação no desenvolvimento das suas competências de modo a garantir a excelência; (5) adequar serviços e instalações da ULSAM aos requisitos do cliente. Na concretização destes objetivos a ULSAM tem adotado, nos últimos anos, vários programas de Qualidade, o que tem permitido transformar práticas e implementar a melhoria contínua. Salienta-se: ISO 9001 em vários serviços; CHKS nas unidades hospitalares (HSL e HCB); ACSA, em unidades dos Cuidados de Saúde Primários; ISO/IEC 17025 implementado no laboratório de saúde ambiental; ISO/IEC 13485, no Serviço de Esterilização; ISO/IEC 27001, na Gestão da Segurança da Informação; avaliação SINAS (nas dimensões Segurança do Doente/Procedimentos de Segurança, Adequação e Conforto das Instalações, Focalização no Utente, Satisfação do Utente e Excelência Clínica). Na atividade hospitalar as áreas de resíduos e de energia elétrica representam uma grande parte dos consumos com impacto ambiental. Nesta matéria, a ULSAM determinou a alteração do sistema de iluminação, designadamente ao nível da substituição das lâmpadas existentes por lâmpadas LED com vista a diminuição de consumos energéticos e de manutenção dos equipamentos. Para além da iniciativa acima referida, durante o ano de 2024, concluiu-se o projeto de investimento "Eficiência Energética na UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, E.P.E. - Hospital de Viana do Castelo", com financiamento aprovado em fundos comunitários. Este projeto reconverteu os sistemas energéticos da ULSAM, de forma a obter poupanças significativas em termos de consumo de energia. Neste sentido, é política desta Instituição, a promoção da sustentabilidade ambiental, por via da racionalização de consumos, redução da produção de resíduos, implementação de boas práticas de trabalho em todos os sectores de atividade e a implementação de auditorias, levadas a cabo pelo serviço de gestão da qualidade com vista a adequada utilização dos serviços minimizando o impacto ambiental. É prática da Instituição a sensibilização de todos os funcionários para as boas práticas ambientais. Os colaboradores da ULSAM, no exercício da sua atividade devem promover uma utilização racional dos meios que são colocados à sua disposição de forma a evitar desperdícios e danos ambientais, promovendo a reutilização e reciclagem sempre que tal seja possível (alínea b, do ponto 3 do capitulo IX do RGS).
	Os resultados dessas políticas	
	Os principais riscos associados a essas questões, ligados às atividades da empresa, incluindo, se relevante e proporcionado, as suas relações empresariais, os seus produtos ou serviços suscetíveis de ter impactos negativos nesses domínios e a forma como esses riscos são geridos pela empresa;	
Questões sociais	Uma descrição das políticas seguidas pela empresa em relação a essas questões, incluindo os processos de diligência devida aplicados	Os últimos anos foram marcados por mudanças estruturais acentuadas nas Instituições do Serviço Nacional de Saúde. A eficaz articulação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados diferenciados tem sido uma preocupação constante, pela mais-valia que pode trazer à efetiva prestação de cuidados de saúde dos cidadãos. Tendo como objetivo otimizar a prestação de serviços de saúde no Alto Minho, foi criada a ULSAM, por integração do Centro Hospitalar do Alto Minho (Hospital de Santa Luzia sito em Viana do Castelo e Hospital Conde de Bertiandos sito em Ponte de Lima) e os Centros de Saúde do distrito de Viana do Castelo (12 centros de saúde). A restruturação da ULSAM permitiu uma visão mais alargada em termos de responsabilidade social, ambiental, económica e financeira. Esta visão de sustentabilidade passa por manter uma gestão criteriosa, empresarial, eficiente no uso dos recursos, flexível, sensível ao gasto, mas atenta às necessidades dos utentes e preocupada com os riscos de discriminação no acesso (ponto 2 do capitulo IX do RGS). No que respeita à responsabilidade social, destacamos o papel fundamental do Serviço Social da ULSAM, que conta com uma equipa de profissionais especializados em prestar um serviço de humanização e principalmente de apoio ao utente na resposta, esclarecimento, encaminhamento e assistência social. De salientar ainda os vários projetos desenvolvidos pela Instituição e que visam a intervenção ativa na sociedade tendo como objetivo a criação de hábitos de saúde saudáveis (alínea a, do ponto 3 do capitulo IX do RGS)
	Os resultados dessas políticas	
	Os principais riscos associados a essas questões, ligados às atividades da empresa, incluindo, se relevante e proporcionado, as suas relações empresariais, os seus produtos ou serviços suscetíveis de ter impactos negativos nesses domínios e a forma como esses riscos são geridos pela empresa;	

Variáveis		Informação
Questões relacionadas com os trabalhadores, com a igualdade entre homens e mulheres, com a não descriminação, com o respeito dos direitos humanos	Uma descrição das políticas seguidas pela empresa em relação a essas questões, incluindo os processos de diligência devida aplicados	A ULSAM considera que todos os seus colaboradores desempenham um papel crucial para a prestação de serviços de saúde de excelência. Apresentou o Plano de Igualdade como compromisso para uma efetiva igualdade de tratamento e de oportunidades entre homens e mulheres. Apesar das fortes restrições orçamentais, existe uma política de desenvolvimento e formação profissional na Instituição, com o objetivo de atualização de conteúdos fundamentais para que as pessoas desempenhem um papel fundamental na eficiência e qualidade dos serviços. São desenvolvidas regularmente formações internas para as várias categorias profissionais da Instituição (alínea e, do ponto 3 do capitulo IX do RGS). A ULSAM efetua todos os esforços para proporcionar aos seus colaboradores, elevados níveis de satisfação e realização profissional, pagando remunerações justas; proporcionando um ambiente de trabalho seguro e saudável; e criando condições para o desenvolvimento profissional de todos os colaboradores. Em termos remuneratórios está presente a igualdade entre homens e mulheres, providenciando escrupulosamente no sentido de evitar toda e qualquer forma de discriminação. Quando analisada a estrutura de recursos humanos da ULSAM, constatamos, que em 2024 mais de 79% dos profissionais são do género feminino, continuando assim a representar uma clara maioria dos recursos da Instituição, conforme o estabelecido no n.º 1 da Resolução do Conselho de Ministros n.º 19/2012 de 23 de fevereiro (alínea c e d, do ponto 3 do capitulo IX do RGS)
	Os resultados dessas políticas	
	Os principais riscos associados a essas questões, ligados às atividades da empresa, incluindo, se relevante e proporcionado, as suas relações empresariais, os seus produtos ou serviços suscetíveis de ter impactos negativos nesses domínios e a forma como esses riscos são geridos pela empresa;	
Indicadores-chave de desempenho relevantes para a sua atividade específica		O Contrato-Programa define as orientações e objetivos de gestão no âmbito da prestação de serviços e cuidados de saúde, em termos de produção contratada, bem como a respetiva remuneração e os custos e incentivos institucionais atribuídos em função do cumprimento de objetivos de qualidade e eficiência, e de sustentabilidade económico-financeira. O processo de contratualização de cuidados de saúde do ano de 2024 pretendeu contribuir para o objetivo geral do SNS, isto é, garantir elevados níveis de acesso, de qualidade e de eficiência dos cuidados prestados à população, incentivando a melhoria global da performance na gestão dos recursos disponíveis no Setor da Saúde, e contempla três instrumentos essenciais, que devem estar presentes de forma equilibrada: - A contratação de atividade – contratar o volume e o mix de serviços de acordo com as necessidades da população, aproximando a oferta à procura efetiva; - Os modelos de financiamento e as modalidades de pagamento - alavancar o comportamento dos prestadores e alinhar os objetivos individuais com o processo global de prestação de cuidados; - A medição da performance – medir e comparar o desempenho das instituições em áreas estratégicas e prioritárias a nível nacional, através de indicadores de processo, output e resultado. Em sede de Contrato-Programa, são fixados com a tutela, objetivos de produção no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários e Cuidados de Saúde Secundários, bem como objetivos de qualidade, nacionais, regionais e locais, que são objeto de uma monitorização sistemática e aferidos anualmente através do Índice de Desempenho Global (IDG) da Instituição. Em 2024, o Índice de Desempenho Global (IDG) disponível na plataforma SICA é de 16,8 % (resultado provisório retirado da plataforma SICA a 18/02/2025). Contudo este resultado é provisório, uma vez que se encontram por apurar no aplicativo vários indicadores que compõem o IDG, nomeadamente o IDG da matriz multidimensional do ACES, apontando a análise interna para um resultado de 87.1%.

Nota: O Relatório de Governo Societário de 2024 inclui toda a informação e cumpre todas as formalidades exigidas nos termos do número 2 do artigo 66.º B do Código das Sociedades Comerciais.

Outros Anexos:

Código de Ética:

Código de Ética

Capítulo I – Disposições Gerais

Secção I - Âmbito de aplicação

O Código de Ética ora publicado aplica-se a todos os colaboradores da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE, doravante designada apenas por ULSAM, independentemente do seu vínculo profissional, sem prejuízo de outras disposições legais ou regulamentares aplicáveis, ou a que por inerência do exercício das suas funções se encontrem obrigados. Aplica-se também com as necessárias adaptações, aos colaboradores permanentes ou eventuais, mandatários, auditores externos e a outras pessoas que prestem serviço a título permanente ou ocasional.

Este Código apresenta um carácter abrangente de toda a actividade interna e externa da ULSAM e não colide com o âmbito e competências próprias da Comissão de Ética para a Saúde, regulada pelo Decreto-Lei nº 97/95 de 10 de Maio, nem substitui esta Comissão na sua intervenção.

Entendem-se, por "colaboradores" todos os membros dos órgãos sociais, dirigentes e trabalhadores da ULSAM.

Por "utentes" as pessoas singulares ou colectivas a quem a ULSAM presta os seus serviços de cuidados de saúde.
Por "fornecedores" as pessoas singulares ou colectivas que fornecem produtos à ULSAM ou lhe prestam serviços.

Por "partes interessadas" deve entender-se as pessoas singulares ou colectivas com quem a ULSAM se relaciona nas suas actividades empresariais, institucionais e de cidadania, incluindo colaboradores, utentes, fornecedores, contrapartes, parceiros de negócio, cidadãos em geral, entidades e institutos públicos, organismos do Estado, ou membros da comunidade local e nacional com quem a ULSAM interage, universalmente referenciados como "stakeholders", que possam ter interesse legítimo na transparência, no diálogo e na atitude ética da ULSAM e dos seus colaboradores.

Secção II – Missão, visão e valores

Missão

É missão da ULSAM a identificação das necessidades de saúde da população da sua área de abrangência e a resposta compreensiva e integrada dessas necessidades, através da prestação de cuidados de saúde, adequados e em tempo útil, garantindo padrões elevados de desempenho técnico científico e de eficaz e eficiente gestão de recursos.

Visão

A ULSAM visa a organização optimizada de prestação de cuidados de saúde integrados e compreensivos, constituindo um modelo de referência para os demais prestadores de cuidados de saúde.

Valores

No desenvolvimento da sua actividade, os colaboradores da ULSAM, regem-se pelos seguintes valores:

a) Atitude centrada no utente e respeito pela dignidade humana;
b) Cultura do conhecimento como um bem em si mesmo;
c) Cultura da excelência técnica e do cuidar;
d) Cultura interna de multidisciplinaridade e do bom relacionamento no trabalho.

Secção III - Legislação e ética

Cumprimento da Legislação

A ULSAM e todos os seus colaboradores comprometem-se a garantir em todas as suas actividades a total conformidade com as legislações nacionais e internacionais vigentes e aplicáveis, em especial, ao sector da saúde. Os colaboradores não deverão executar, em nome da ULSAM qualquer acção que viole a legislação e os regulamentos aplicáveis à sua actividade.

A ULSAM deve prestar às autoridades de supervisão e fiscalização toda a colaboração ao seu alcance, satisfazendo as solicitações que lhe forem dirigidas e não adoptando qualquer comportamento que possa impedir o exercício das competências de supervisão dessas autoridades.

Ética

A ULSAM garante disponibilização do Código de Ética a todos os colaboradores, bem como a existência de um canal de comunicação e de resolução de dúvidas.

A ULSAM garante a disponibilização do Código de Ética a todos os colaboradores através da "intranet", os quais, aquando da sua integração deverão subscrever uma declaração de adesão ao mesmo.

A ULSAM garante, igualmente, a disponibilização do Código de Ética a todos os utentes, fornecedores e restantes partes interessadas.

A abordagem da ULSAM na implementação deste Código de Ética será pró-activa, aberta e complementada por regulamentação adequada, sempre que se justifique.

A ULSAM assume este Código como ferramenta privilegiada na promoção e resolução de questões éticas, garantindo a conformidade deste com as disposições legais existentes em Portugal.

Capitulo II – A conduta ético-profissional

Secção I - Serviço Público

Os colaboradores da ULSAM, devem exercer as suas funções exclusivamente no interesse do serviço público que a instituição presta e actuar com elevado espírito de missão.

Os colaboradores devem proteger o património da ULSAM utilizando-o exclusivamente na prossecução do interesse institucional e assegurando o seu uso eficiente.

Não é permitida a utilização de equipamentos, instalações ou outros bens da ULSAM para benefício próprio ou de terceiros.

Secção II – Direitos Humanos e igualdade de oportunidades

Direitos Humanos

A ULSAM reconhece, junto da comunidade internacional, os direitos humanos fundamentais e universais, baseados em Convenções, Tratados e iniciativas internacionais como a Declaração Universal dos Direitos Humanos das Nações Unidas e a Organização Internacional do Trabalho.

A ULSAM é contra a detenção arbitrária, tortura ou execução, a violência doméstica, a violência contra crianças, jovens e idosos e a favor da liberdade de organização e associação pacíficas, da liberdade ideológica, de consciência e religiosa, bem como das liberdades de opinião e de expressão.

A ULSAM obriga-se a respeitar e fazer respeitar a carta dos direitos dos doentes e carta dos direitos da criança.

Igualdade de oportunidades

A ULSAM compromete-se a promover o respeito pela igualdade de oportunidades para todos os seus colaboradores e potenciais colaboradores. Todas as suas práticas, políticas e procedimentos laborais estão orientadas no sentido de impedir a descriminação e o tratamento diferenciado em função de raça, género, orientação sexual, credo, estado civil, deficiência física, orientação política ou de opiniões de outra natureza, origem étnica ou social, naturalidade ou associação sindical.

A ULSAM garante a salvaguarda da integridade moral dos seus colaboradores, assegurando o seu direito a condições de trabalho que respeitem a sua dignidade individual. A ULSAM procura proteger os seus colaboradores de actos de violência psicológica e condena quaisquer atitudes ou comportamentos que resultem na discriminação ou contrariem as convicções dos seus colaboradores – por exemplo, insultos, ameaças, isolamento, invasão de privacidade ou limitação profissional.

A ULSAM não permite qualquer forma de coação moral ou psicológica, nem comportamentos ofensivos da dignidade da pessoa humana.

Secção III – Conduta pessoal e profissional dos colaboradores

Transparência, honestidade e integridade

A ULSAM e todos os seus colaboradores pautarão a sua actuação pelos mais elevados padrões de integridade, honestidade e transparência.

Os colaboradores cumprirão as suas obrigações de forma profissional, responsável e zelosa, procurando a excelência de desempenho, mesmo em circunstância difíceis.

A ULSAM e todos os seus colaboradores aceitarão explicar e explicitar com total transparência as suas decisões e comportamentos profissionais sempre que, garantidos os devidos deveres de sigilo, para tal sejam adequadamente solicitados.

Os colaboradores actuarão sempre de forma leal aos princípios e interesses da ULSAM. Todas as situações que possam gerar conflitos entre os interesses pessoais e o dever de lealdade para com a empresa ou outros colaboradores, devem ser de imediato comunicadas por escrito pelo colaborador à sua hierarquia.

Os colaboradores comprometem-se a não exercer qualquer actividade profissional externa que interfira com as suas atribuições ou com as actividades da ULSAM, salvo autorização expressa do Conselho de Administração.

Os colaboradores com relações familiares ou equiparadas não deverão exercer a sua actividade profissional em relação hierárquica ou funcional directa.

Os colaboradores devem reportar qualquer comportamento que esteja em conflito com este Código de Ética. É garantida a confidencialidade e protecção jurídica de quem reporta, de acordo com regulamentação própria, e um tratamento justo a quem é reportado.

Os colaboradores devem garantir a confidencialidade sobre os assuntos da ULSAM, dos seus clientes ou fornecedores. A informação a que tenham acesso deve ser utilizada apenas no interesse da própria entidade ou quando expressamente autorizados por esta.

Proibição de práticas de corrupção e suborno

É interdita a prática de corrupção, em todas as suas formas activas e passivas, quer através de actos e omissões quer por via da criação e manutenção de situações de favor irregulares.

A ULSAM e os seus colaboradores não efectuarão em nome da empresa contribuições monetárias ou de qualquer outra forma a partidos políticos, como tentativa de aliciamento ou de influência.

A ULSAM e os seus colaboradores darão o devido conhecimento da existência de qualquer realidade referente à empresa cuja divulgação seja susceptível de interferir com a respectiva situação económica, ambiental ou social.

A ULSAM e os seus colaboradores recusarão quaisquer ofertas que possam ser consideradas ou interpretadas como uma tentativa de influenciar a empresa ou o colaborador. Em caso de dúvida, o colaborador deverá comunicar, por escrito, a situação à respectiva hierarquia.

Desenvolvimento do capital humano

A ULSAM fará todos os esforços para proporcionar aos seus colaboradores elevados níveis de satisfação e realização profissional, pagando remunerações justas; proporcionando um ambiente de trabalho seguro e saudável; e criando condições para o desenvolvimento profissional durante toda a carreira.

Os colaboradores devem procurar desenvolver e actualizar de forma contínua os seus conhecimentos e competências, e tirar o melhor aproveitamento das acções de formação promovidas pela ULSAM.

Secção IV – Relações Externas

Todos os colaboradores da ULSAM, devem usar de cortesia no seu relacionamento com os utentes, fornecedores e restantes partes interessadas e estabelecer com eles uma relação que, pautada pela boa-fé, contribua para garantir com correcção e serenidade o exercício dos seus direitos e o cumprimento dos seus deveres.

A ULSAM promoverá que a sua relação com os utentes, fornecedores e restantes partes interessadas seja pautada pelos mais elevados padrões de correcção, urbanidade, afabilidade e brio profissional.

Secção V – Ambiente e sustentabilidade

Os colaboradores da ULSAM no exercício da sua actividade devem promover uma utilização racional dos meios que são colocados à sua disposição de forma a evitar desperdícios e danos ambientais, promovendo a reutilização e reciclagem sempre que tal seja possível.

A ULSAM compromete-se a integrar o conceito de sustentabilidade no processo de tomada de decisão, avaliando o impacto da sua actividade na comunidade onde se insere.

Secção VI - Acção disciplinar

Todo o colaborador que não cumpra os deveres constantes neste Código está sujeito acções disciplinares, nos termos regulamentares aplicáveis às infracções praticadas.