

Centro Hospitalar Universitário do Porto

# Relatório de Governo Societário 2022

Versão aprovada em reunião do Conselho de Administração de 30 de março de 2023

Centro Hospitalar Universitário do Porto

# Relatório de Governo Societário 2022

Versão aprovada em reunião do Conselho de Administração de 30 de março de 2023

# Índice

## I.

### Síntese (Sumário Executivo)

04

## II.

### Missão, Objetivos e Políticas

08

## III.

### Estrutura de Capital

18

## IV.

### Participações Sociais e Obrigações detidas

22

## V.

### Órgãos Sociais e Comissões

26

**A.** Modelo de Governo 28

**B.** Assembleia Geral 28

**C.** Administração e Supervisão 28

**D.** Fiscalização 45

**E.** Revisor Oficial de Contas  
(ROC) 49

**F.** Conselho Consultivo  
(caso aplicável) 50

**G.** Auditor Externo  
(caso aplicável) 51

## VI.

### Organização Interna

52

**A.** Estatutos e Comunicações 54

**B.** Controlo Interno  
e Gestão de Riscos 55

**C.** Regulamentos e Códigos 60

**D.** Deveres Especiais  
de Informação 62

**E.** Sítio na Internet 63

**F.** Prestação de Serviço  
Público ou de Interesse Geral  
(caso aplicável) 64

## VII.

### Remunerações

66

**A.** Competência para a Determinação

68

**B.** Comissão de Fixação de Remunerações

68

**C.** Estrutura das Remunerações

69

**D.** Divulgação das Remunerações

69

## VIII.

### Transações com Partes Relacionadas e Outras

72

## IX.

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

76

## X.

### Avaliação do Governo Societário

90

## XI.

### Anexos do RGS

94

I.

# Síntese (Sumário Executivo)



*A síntese ou sumário executivo deve permitir a fácil percepção do conteúdo do relatório e, em particular, mencionar as alterações mais significativas em matéria de Boas Práticas de Governo Societário adotadas em 2022.*

À data do presente relatório o Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUPorto), hospital central e universitário pela sua associação ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, com o objetivo da excelência em todas as suas atividades numa perspetiva global e integrada da saúde deu lugar ao Centro Hospitalar Universitário de Santo António por fusão com o Hospital de Magalhães Lemos (Decreto-lei nº7-A/2023 de 30 de janeiro).

No entanto, o presente relatório respeita ainda à atividade e funcionamento durante 2022 e, por conseguinte, à atuação do Centro Hospitalar enquanto Centro Hospitalar Universitário do Porto durante esse ano.

Com a missão da prestação de cuidados de saúde humanizados, competitivos e de referência, o CHUPorto promoveu a articulação com os outros parceiros do sistema, a valorização do ensino pré e pós-graduado e da formação profissional, a dinamização e incentivo à investigação e desenvolvimento científico na área da saúde. A passagem a Hospital Universitário foi uma oportunidade para o Centro Hospitalar aprofundar a ligação à investigação nas suas diferentes vertentes, potenciando a sua afirmação na vertente clínica, de investigação e reforço da sua atratividade para pessoas com maior grau de diferenciação. O CHUPorto pela missão inerente a este estatuto obteve um elevado nível de complexidade com centros de referência, quer nacionais como europeus.

O CHUPorto foi criado em 01-10-2007 pelo Decreto-Lei nº326/2007 de 28 de setembro como pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, dotado de autonomia administrativa, financeira e patrimonial do setor público empresarial com os Estatutos do anexo II do Decreto-lei nº18/2017 de 10 de fevereiro.

O CHUPorto apresentou anualmente o relatório de boas práticas de governo societário, nos termos do Regime Jurídico do Setor Público Empresarial (RJSPE), artigo 54º do Decreto-Lei nº 133/2013, de 3 de outubro na versão atual, com as alterações introduzidas pela Lei nº 75-A/2014, de 30 de setembro e Lei nº 42/2016, de 28 de setembro.

Este relatório de governo societário tem como missão comunicar ao titular da função acionista, o Estado, e ao Público em geral, a informação vigente e completa sobre os princípios de governo societário e práticas de bom governo adotados, com respeito ao princípio da transparência, do controlo de risco e prevenção de conflitos de interesse, da melhoria e reforço contínuo dos instrumentos adequados à promoção da excelência do governo societário das empresas públicas.

O presente relatório foi elaborado de acordo com o “Manual para a elaboração do Relatório de Governo Societário 2022” da Unidade Técnica de Acompanhamento e Monitorização do Setor Empresarial do Estado – Ministério das Finanças por forma a responder à legislação aplicável em matéria de Práticas de bom governo, nomeadamente do Capítulo II da secção II do Decreto-Lei nº 133/2013, de 3 de outubro, na sua versão atual.

Os pontos a seguir indicados sintetizam o cumprimento dos princípios e práticas de bom governo pelo Centro Hospitalar Universitário do Porto o qual durante 2022:

Apresentou o plano de atividades e orçamento para 2022- artigo 43º.

Divulgou informação sobre estrutura acionista, 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 - artigo 44º.

Submeteu a informação financeira anual ao Revisor Oficial de Contas que é responsável pela Certificação Legal das Contas da empresa – artigo 45º.

Elaborou o relatório anual de execução do Plano de Gestão de Riscos nos termos do nº14 do artigo 86 do Capítulo IV do Decreto-lei nº52/2022 de 4 de agosto dos Estatutos dos hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e unidades locais de saúde, que depois de aprovado, vai ser submetido pelo CA ao CPC e aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde - artigo 46º.

Adotou o Código de Ética divulgado internamente e no site institucional - artigo 47º.

O processo de contratualização que se encontra implementado no Serviço Nacional de Saúde (SNS) estabelece o relacionamento entre acionistas, financiadores/compradores e prestadores de cuidados de saúde, encontrando-se vertido num Contrato-Programa trienal, atualizado anualmente por um Acordo Modificativo a este Contrato-Programa, através do qual se explicitam os resultados a alcançar em cada instituição do SNS.

Este processo de contratualização baseia-se na responsabilidade de todas as entidades envolvidas, nomeadamente: Tutela (Ministério da Saúde e Ministério das Finanças), Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), Administrações Regionais de Saúde (ARS) e Entidades Prestadoras de Cuidados (Hospitais, Centros Hospitalares e Unidades Locais de Saúde - artigo 48º.

Prosseguiu objetivos de responsabilidade social e ambiental - artigo 49º.

Implementou políticas de recursos humanos e planos de igualdade - artigo 50º.

Evidenciou 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 - artigo 51º.

Evidenciou que todos os membros do órgão de administração cumpriram a obrigação de declarar as participações patrimoniais e relações suscetíveis de gerar conflitos de interesse ao órgão de administração, ao órgão de fiscalização e à IGF - artigo 52º.

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 - artigo 53º.

∴ 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) - artigo 54.º.

Resta agradecer a todos os colaboradores que de forma direta ou indireta contribuíram para a elaboração deste relatório de governo societário de 2022 e aguardar a avaliação da UTAM e aprovação da Tutela acionista representada pelo Ministério da Saúde e Ministério das Finanças.

| CAPÍTULO II do RJSPE – Práticas de bom governo |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Sim | Não | Data                                                                                                                                                                                                                         |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Artigo 43.º                                    | Apresentou plano de atividades e orçamento para 2022 adequado aos recursos e fontes de financiamento disponíveis                                                                                                                                                                                                                                                                                             | +   |     | Aprovado pelo CA a 28-09-2022 (na sua versão revista em consonância com a adenda ao contrato programa assinada a 31-08-2022) e apresentado no SIRIEF a 30-09-2022 com inclusão do relatório do Conselho Fiscal a 20-10-2022. |
|                                                | Obteve aprovação pelas tutelas setorial e financeira do plano de atividades e orçamento para 2022                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | +   |     | Aprovação a 30 de dezembro de 2022 nos termos do Senhor Ministro das Finanças emitido sobre o relatório de análise n.º 301/2022, de 4 de dezembro, da UTAM, respeitante ao Plano de Atividades e Orçamento para 2022.        |
| Artigo 44.º                                    | 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 | +   |     | -                                                                                                                                                                                                                            |
| Artigo 45.º                                    | Submeteu a informação financeira anual ao Revisor Oficial de Contas, que é responsável pela Certificação Legal das Contas da empresa                                                                                                                                                                                                                                                                         | +   |     | A informação financeira para o ROC foi sendo fornecida conforme solicitado durante o período de auditoria.                                                                                                                   |
| Artigo 46.º                                    | Elaborou o relatório identificativo de ocorrências, ou risco de ocorrências, associado à prevenção da corrupção, de 2022                                                                                                                                                                                                                                                                                     | .   |     | 29/03/2023                                                                                                                                                                                                                   |
| Artigo 47.º                                    | Adotou um código de ética e divulgou o documento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | +   |     | 27/09/2017                                                                                                                                                                                                                   |
| Artigo 48.º                                    | Tem contratualizada a prestação de serviço público ou de interesse geral, caso lhe esteja confiada                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | +   |     | -                                                                                                                                                                                                                            |
| Artigo 49.º                                    | Prosseguiu objetivos de responsabilidade social e ambiental                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | +   |     | -                                                                                                                                                                                                                            |
| Artigo 50.º                                    | Implementou políticas de recursos humanos e planos de igualdade                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | +   |     | -                                                                                                                                                                                                                            |
| Artigo 51.º                                    | 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                                                                                                                                                                                                                                         | +   |     | -                                                                                                                                                                                                                            |
| Artigo 52.º                                    | 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                                                                                                                   | +   |     | -                                                                                                                                                                                                                            |
| Artigo 53.º                                    | 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                                                                                                                                                                                                                                                            | +   |     | -                                                                                                                                                                                                                            |
| Artigo 54.º                                    | 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)                                                                                                                                                             | +   |     | -                                                                                                                                                                                                                            |

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).

### Missão

A prestação de cuidados de saúde humanizados, competitivos e de referência, promovendo a articulação com os outros parceiros do sistema, a valorização do ensino pré e pós-graduado e da formação profissional, a dinamização e incentivo à investigação e, desenvolvimento científico na área da saúde.

### Visão

Melhor Hospital para CUIDAR E TRATAR doentes, melhor LOCAL PARA TRABALHAR, destacando-se pelas BOAS PRÁTICAS CLÍNICAS E DE GESTÃO.

### Valores

- ∴ Saúde dos doentes e qualidade do serviço;
- ∴ Orgulho e sentimento de pertença;
- ∴ Excelência em todas as atividades, num ambiente que privilegia a qualidade e segurança;
- ∴ Respeito pelas pessoas, trabalho de equipa e colaboração com outros profissionais;
- ∴ Responsabilidade, integridade e ética.

### Atribuições

O CHUPorto tem por objetivo principal a prestação de cuidados de saúde à população.

O CHUPorto desenvolve, complementarmente, 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.

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

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;

### 1. Reforma Hospitalar

- ∴ Melhoramento da área de internamento polivalente de adultos, que se destina a dar resposta aos ciclos de maior procura no inverno ou de recuperação de LIC.
- ∴ Ajustamento dos recursos humanos - o Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUPorto) reduziu em 10% o pessoal entre 2008 e 2014, redução esta que manteve até 2017. Os pressupostos de qualidade de uma medicina moderna inevitavelmente pressionaram no sentido da inversão da “curva” de decréscimo de RH da última década; contudo, não poderemos perder o sentido de uma gestão eficiente e racional dos recursos, não descurando a substituição geracional.
- ∴ Manutenção de uma forte aposta nos Sistemas de Informação.
- ∴ Qualidade - manter o processo de Acreditação global no CHUPorto.
- ∴ Modelo de Governação - criação de Centros Clínicos, alguns dos quais englobarão alguns dos atuais departamentos, que deverão ter uma estrutura que lhes permita maior autonomia de gestão e maior responsabilidade pelos resultados alcançados. A criação de CRI's mantém-se como um objetivo.

### 2. Integração com a Medicina Geral e Familiar

- ∴ Reforço das ligações clínicas com os cuidados primários privilegiando a consultadoria, tanto localmente como por via da telemedicina.
- ∴ Internalização no CHUPorto de análises clínicas dos ACeS da nossa área.
- ∴ Criação de equipas de Gestão da Doença Crónica em colaboração com os ACeS.
- ∴ Alargar o número de internamentos de hospitalização domiciliária.

### 3. Definir novas áreas de negócio

- A criação de um Centro Universitário com forte crescimento na área oncológica, tem obrigatoriamente de ter uma unidade de radioterapia e radiocirurgia pelo que o CHUPorto manterá o seu interesse em atingir esse objetivo.
- Criação de uma Unidade de Internacionalização da atividade clínica, particularmente a cirúrgica.
- Criação de uma unidade de cirurgia robótica.

### 4. Desenvolvimento da Qualidade Assistencial

- Consolidar a Acreditação a todo o CHUPorto.
- Monitorizar continuamente um conjunto de indicadores de qualidade.
- Reforçar a Ambulatorização de cuidados.
- Encerramento do circuito do medicamento.
- Modernizar e informatização completa dos circuitos de aprovisionamento e logística.

### 5. Reforço do Ensino, Formação e Investigação

- No âmbito do Centro Clínico Académico, manter o desígnio da criação de um centro de cirurgia experimental que permita o treino e desenvolvimento cirurgia de elevada complexidade.
- Expansão do atual centro de simulação biomédico, em parceria com o ICBAS.
- Integração das áreas da formação e investigação no Centro Clínico Académico.

### 6. Sustentabilidade Económica e Financeira

- Concentração de toda a área laboratorial.
- Garantir o reaproveitamento e esterilização de todo o material descartável passível de o fazer garantindo a redução de custos.
- Aprofundar as medidas de racionalização do consumo de fármacos, dispositivos médicos e de MCDT, incentivar o desenvolvimento e âmbito da Comissão da Avaliação de tecnologias da Saúde - Dispositivos Médicos.
- Criar um Quadro de Pessoal e otimizar a gestão do mesmo.

### 7. Preparar o Futuro

- Reabilitação da Ala Norte do Edifício Neoclássico.
- Modernização do Serviço de Urgência.
- Criação de uma Unidade para doentes Neuro-críticos.
- Criação de uma unidade de Cirurgia Robótica.
- Alargamento das áreas de bloco operatório.
- Aquisição de um PET scan.
- Criar um Serviço de Radioterapia/Radiocirurgia.
- Construir um novo edifício no polo CICAP que permita o alargamento do Hospital Dia e realocação do serviço de Maxilo Facial/Estomatologia, bem como a instalação da consulta de Ortopedia, Urologia e outros serviços com necessidade de crescimento das áreas da consulta. Nesse edifício será instalado um polo de imagiologia para dar resposta exclusiva ao ambulatório.
- Construir um parque de estacionamento com 400 lugares junto ao novo edifício de consultas.

De ressaltar que as linhas de ação no âmbito da estratégia definida identificadas, ficam sujeitas a avaliação posterior com eventuais adaptações à nova realidade em virtude da fusão do Centro Hospitalar Universitário do Porto, E.P.E., e do Hospital de Magalhães Lemos, E.P.E, ocorrida com efeitos a fevereiro de 2023 nos termos do Decreto-Lei n.º 7-A/2023 de 30 de janeiro.

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

Após a análise da produção total do CHUPorto, nas várias linhas de produção e comparativamente a períodos homólogos, analisaremos agora, na generalidade, o grau de concretização das metas de produção definidas em Contrato-Programa (para produção SNS), bem como dos objetivos de qualidade e eficiência também definidos em Contrato-Programa.

## Desvios de Produção SNS

| Linha de Produção                                                   | Realizado | Contratado | % Realização |
|---------------------------------------------------------------------|-----------|------------|--------------|
| <b>Internamento</b>                                                 |           |            |              |
| <b>GDH Médicos</b>                                                  | 17.419    | 17.711     | 98,4%        |
| <b>GDH Cirúrgicos Programados</b>                                   | 9.929     | 10.068     | 98,6%        |
| <b>GDH Cirúrgicos Urgentes</b>                                      | 5.103     | 5.183      | 98,5%        |
| <b>Consulta Externa (consultas médicas)</b>                         |           |            |              |
| <b>Primeiras</b>                                                    | 188.009   | 187.188    | 100,44%      |
| <b>Consultas com origem nos CSP referenciadas via CTH</b>           | 53.618    | 57.282     | 93,6%        |
| <b>Consultas Telemedicina</b>                                       | 3.403     | 3.500      | 97,2%        |
| <b>Consultas de Saúde Mental na Comunidade</b>                      | 804       | 900        | 89,3%        |
| <b>Consultas Centros Referência</b>                                 | 1.397     | 4.000      | 34,9%        |
| <b>Primeiras Consultas Cuidados Paliativos</b>                      | 185       | 196        | 94,4%        |
| <b>Consultas (sem majoração de preço)</b>                           | 128.602   | 121.310    | 106,0%       |
| <b>Subsequentes</b>                                                 | 524.851   | 522.102    | 100,5%       |
| <b>Consultas Telemedicina</b>                                       | 0         | 0          | 0,0%         |
| <b>Consultas de Saúde Mental na Comunidade</b>                      | 5.121     | 5.866      | 87,3%        |
| <b>Consultas Centros Referência</b>                                 | 16.569    | 18.000     | 92,1%        |
| <b>Consultas Subsequentes Cuidados Paliativos</b>                   | 780       | 536        | 145,5%       |
| <b>Consultas (sem majoração de preço)</b>                           | 502.381   | 497.700    | 100,9%       |
| <b>Hospital de Dia (sem gerar GDH)</b>                              |           |            |              |
| <b>Hematologia</b>                                                  | 6.222     | 5.922      | 105,1%       |
| <b>Psiquiatria</b>                                                  | 3.581     | 3.647      | 98,2%        |
| <b>H dia Base</b>                                                   | 24.696    | 21.204     | 116,5%       |
| <b>Cirurgia de Ambulatório</b>                                      |           |            |              |
| <b>GDH Cirúrgicos Programados</b>                                   | 20.595    | 19.893     | 103,5%       |
| <b>Ambulatório Médico</b>                                           |           |            |              |
| <b>GDH Médicos</b>                                                  | 12.450    | 12.450     | 100,0%       |
| <b>Urgência (sem internamento)</b>                                  |           |            |              |
| <b>Atendimentos</b>                                                 | 123.453   | 118.000    | 104,6%       |
| <b>Serviço Domiciliário</b>                                         |           |            |              |
| <b>Domicílios</b>                                                   | 3.020     | 1.907      | 158,4%       |
| <b>Planos de Saúde:</b>                                             |           |            |              |
| <b>Diagnóstico Pré-Natal (Protocolos I e II)</b>                    | 2.691     | 2.600      | 103,5%       |
| <b>Diagnóstico e Tratamento da Infertilidade (consultas)</b>        | 612       | 450        | 136,0%       |
| <b>Diagnóstico e Tratamento da Infertilidade (tratamentos)</b>      | 644       | 520        | 123,8%       |
| <b>Banco de Gâmetas</b>                                             | 235       | 180        | 130,6%       |
| <b>Programa de Tratamento Cirúrgico da Obesidade</b>                | 645       | 407        | 158,5%       |
| <b>Pat. Oncológica - Cancro Cólon e Recto</b>                       | 259       | 197        | 131,2%       |
| <b>Doentes em Tratamento Ambulatório TARC</b>                       | 2.860     | 2.860      | 100,0%       |
| <b>Doentes em Tratamento - Esclerose Múltipla</b>                   | 410       | 409        | 100,2%       |
| <b>Doentes em Tratamento - Doenças lisossomais</b>                  | 25        | 20         | 123,4%       |
| <b>Doentes em Tratamento - Hipertensão Pulmonar</b>                 | 119       | 89         | 134,2%       |
| <b>Doentes em Tratamento - Polineuropatia Amiloidótica Familiar</b> | 449       | 565        | 79,4%        |
| <b>Doentes em Tratamento - Hepatite C</b>                           | 112       | 150        | 74,7%        |

Nota: Valores realizados de acordo com o registo estatístico da EFR SNS; não têm em conta quaisquer conversão posterior de episódios para a EFR SNS.

De acordo com a análise dos principais desvios da produção SNS salienta-se o seguinte:

O movimento global do **Internamento** em GDH ficou abaixo do valor contratualizado em 1,6%. Refira-se, no entanto, que os GDH médicos ficaram aquém do contratado em 1,6% e os Cirúrgicos Programados e os Cirúrgicos Urgentes em 1,4% e 1,5%, respetivamente.

A atividade do **Ambulatório** ficou acima dos valores contratados nos GDH Cirúrgicos em 3,5% e em linha com o contratado nos GDH Médicos.

Note-se que, o mix de distribuição de GDH Médicos, Cirúrgicos Programados e Urgentes no Internamento, bem como dos GDH Cirúrgicos e Médicos de Ambulatório, assenta numa estimativa, dado que à presente data se aguarda a aferição do GDH de alguns episódios.

A **Consulta Externa** ficou globalmente acima das metas previstas em 4,0% - as Primeiras Consultas ficaram ligeiramente acima do contratado (Taxa de execução de 100,4%), bem como as consultas subsequentes (100,5%). Importa salientar que, os valores apresentados já se encontram expurgados dos episódios associados aos programas específicos de saúde, com financiamento próprio, pese embora continuem a ser de difícil contabilização e acompanhamento.

Os valores do **Hospital de Dia** superaram os valores de produção previstos nas sessões de Hospital Dia Base em 16,5%. No que respeita ao Hospital Dia de Psiquiatria, o desvio foi ligeiramente desfavorável em 1,8% e, no Hospital Dia Hematologia, no que respeita a sessões que não faturam por GDH, os valores realizados ficaram 5,1% acima do previsto. No entanto, para efeitos de faturação, a produção destas duas últimas linhas ainda está condicionada à verificação da inclusão de um conjunto mínimo de procedimentos, conforme o estabelecido no capítulo VIII ponto 3 da Circular Normativa nº15/2022 da ACSS de 27-09-2022.

A **Urgência**, em episódios sem destino Internamento, superou os valores contratados em 4,6%.

Os **Domicílios** registam um desvio positivo face aos valores previstos no Contrato Programa de 58,4%.

Na generalidade, os programas de financiamento por doente superaram os valores de produção propostos, com exceção dos programas da Hepatite C e da Paramiloidose, este último derivado de alguns constrangimentos de inclusão de novos doentes em programa.

Se consideradas todas as linhas objeto de financiamento no Contrato Programa de 2022, valorizadas aos preços de produção contratada, concluímos por uma **taxa global de cumprimento de 97%** (conforme se pode verificar no ponto 11.1 do Relatório e Contas).

## Objetivos de Desempenho do Serviço de Urgência

|                                                                                                           | 2022                        |       |      |                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------|------|-------------------------|
|                                                                                                           | Peso Relativo Indicador (%) | Meta  | Real | Grau de Cumprimento (%) |
|                                                                                                           | 100                         |       |      |                         |
| Peso dos episódios de urgência com Prioridade atribuída Verde/Azul/Branca                                 | 20                          | 30,00 | 33,2 | 89,3                    |
| Peso dos episódios de urgência com internamento                                                           | 20                          | 12,00 | 11,2 | 106,7                   |
| Percentagem de episódios de urgência atendidos dentro do tempo de espera previsto no protocolo de triagem | 20                          | 73    | 66,7 | 91,4                    |
| Peso dos utilizadores frequentes (> 4 episódios), no total de utilizadores do Serviço Urgência            | 20                          | 3,20  | 3,1  | 103,1                   |
| Rácio Consultas Externas/Atendimentos em Urgência                                                         | 20                          | 5,40  | 5,2  | 96,3                    |
| <b>Índice de Desempenho do Serviço de Urgência</b>                                                        |                             |       |      | <b>97,4</b>             |

Em 2022, à semelhança de anos anteriores, estão contemplados no Contrato Programa indicadores de acesso e qualidade assistencial no Serviço de Urgência, que visam aferir a componente do valor da Urgência em função do desempenho. No global, no conjunto dos 5 indicadores objeto de aferição o CHUPorto atingiu um índice de desempenho de 97,4%.

De salientar que o desempenho do indicador - peso de episódios de urgência com prioridade atribuída verde/azul e branca foi, em parte, perturbado pela resposta dos cuidados de saúde primários. Também o desempenho medido pela percentagem de episódios de urgência atendidos dentro do tempo de espera previsto no protocolo de triagem deteriorou-se pelo aumento do número de episódios de urgência verificados no ano de 2022.

Relativamente ao rácio Consultas Externas/Atendimentos em Urgência e uma vez verificada a evolução positiva na consulta externa, o resultado obtido foi também afetado pelo volume de urgências. Note-se que o número de urgências, comparativamente com 2021, aumentou 11,6%.

Os restantes indicadores obtiveram um nível de cumprimento superior a 100% .

## Objetivos de Qualidade e Eficiência

| Áreas                                           | Ponderação | Indicadores CP 2022                                                                                                                                                                                     | Meta                   | Realizado     |
|-------------------------------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------|
| Objetivos Nacionais (100%)                      |            |                                                                                                                                                                                                         |                        |               |
| <b>A. Acesso (60%)</b>                          | 10,0%      | <b>A.1.</b> Percentagem de pedidos em Lista de Espera para Consulta (LEC) dentro do TMRG                                                                                                                | <b>70,0</b>            | <b>62,5</b>   |
|                                                 | 10,0%      | <b>A.2.</b> Percentagem de consultas realizadas dentro dos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG)                                                                                                 | <b>90,0</b>            | <b>84,0</b>   |
|                                                 | 10,0%      | <b>A.3.</b> Percentagem de utentes em Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) dentro do TMRG                                                                                                             | <b>80,0</b>            | <b>80,4</b>   |
|                                                 | 10,0%      | <b>A.4.</b> Percentagem de doentes operados dentro do TMRG                                                                                                                                              | <b>90,0</b>            | <b>94,4</b>   |
|                                                 | 10,0%      | <b>A.5.</b> Percentagem de episódios de urgência atendidos dentro do tempo de espera previsto no protocolo de triagem                                                                                   | <b>73,0</b>            | <b>66,7</b>   |
|                                                 | 10,0%      | <b>A.6.</b> Percentagem de doentes referenciados para a RNCCI, avaliados/confirmados pela EGA em tempo adequado (até 2 dias úteis) após a referenciação, no total de doentes referenciados para a RNCCI | <b>50,0</b>            | <b>nd</b>     |
| <b>B. Desempenho Assistencial (20%)</b>         | 3,0%       | <b>B.1.</b> Percentagem reinternamentos em 30 dias, na mesma Grande Categoria de Diagnóstico                                                                                                            | <b>3,0</b>             | <b>2,49</b>   |
|                                                 | 3,0%       | <b>B.2.</b> Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório (GDH), para procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis                                                                               | <b>29,0</b>            | <b>25,8</b>   |
|                                                 | 3,0%       | <b>B.3.</b> Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas                                                                                                                           | <b>61,9</b>            | <b>70,8</b>   |
|                                                 | 4,0%       | <b>B.4.</b> Índice de Mortalidade Ajustada                                                                                                                                                              | <b>1,0</b>             | <b>0,9759</b> |
|                                                 | 4,0%       | <b>B.5.</b> Índice de Demora Média Ajustada                                                                                                                                                             | <b>1,0</b>             | <b>0,9032</b> |
|                                                 | 3,0%       | <b>B.6.</b> Demora média antes da cirurgia                                                                                                                                                              | <b>0,58</b>            | <b>0,56</b>   |
| <b>C. Desempenho Económico Financeiro (20%)</b> | 5,0%       | <b>C.1.</b> Gastos operacionais por doente padrão                                                                                                                                                       | <b>Melhor do grupo</b> | <b>n.d.</b>   |
|                                                 | 5,0%       | <b>C.2.</b> Doente padrão por Médico ETC                                                                                                                                                                | <b>80,0</b>            | <b>72,1</b>   |
|                                                 | 5,0%       | <b>C.3.</b> Doente padrão por Enfermeiro ETC                                                                                                                                                            | <b>71,0</b>            | <b>63,0</b>   |
|                                                 | 5,0%       | <b>C.4.</b> Percentagem de Gastos com Trabalho Extraordinário, Suplementos e FSE(Selecionados), no Total de Gastos com Pessoal                                                                          | <b>17,10%</b>          | <b>17,34%</b> |

Do Contrato-Programa do Centro Hospitalar para 2022 consta um conjunto de objetivos de qualidade e eficiência. Do cumprimento desses objetivos depende a atribuição de um incentivo negociado em sede de Contrato Programa no montante de 17.788.416,07€ (5% do valor global do Contrato Programa) e para o qual o CHUPorto é financiado na proporção do seu cumprimento.

À presente data, aguarda-se a validação desses objetivos por parte da ACSS, bem como do apresentado com a nota “n.d.”. No entanto, num “proxy” de cálculo elaborado pelo próprio Hospital, tendo em conta a metodologia de avaliação para a definição de preços e fixação de objetivos do Contrato-Programa de 2022 e de acordo com a informação disponível no SICA – Sistema de Informação, Contratualização e Acompanhamento (mapa “Índice de Desempenho Global”), podemos constatar que:

- Relativamente ao Acesso, considerou-se o cumprimento acima de 100% nos indicadores 'A.3. Percentagem de utentes em Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) dentro do TMRG' (100,5%) e 'A.4. Percentagem de doentes operados dentro do TMRG' (104,9%), enquanto no 'A.1. Percentagem de utentes em Lista de Espera para Consulta (LEC) dentro do TMRG' e no 'A.2. Percentagem de consultas realizadas dentro dos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG)', as taxas de concretização ficaram-se pelos 89,3% e 93,3%, respetivamente. De salientar que o ano 2022 assistiu a uma retoma significativa da atividade de referenciação dos Cuidados de Saúde Primários para consulta de especialidade hospitalar, o que se refletiu no aumento da extensão da lista de espera e apesar do aumento ao nível de resposta visível por um aumento sustentado no número de primeiras consultas não foi possível assegurar o cumprimento integral a 100% das metas estipuladas. No que respeito ao indicador 'A.5. Percentagem de episódios de urgência atendidos dentro do tempo de espera previsto no protocolo de triagem', cuja taxa de execução se ficou pelos 91,4% e, como já referido, sofreu igualmente perturbação pelo aumento do volume de episódios de urgência nesse ano. Já no que respeita ao indicador 'A.6. Percentagem de doentes referenciados para a RNCCI, avaliados/confirmados pela EGA até 2 dias úteis após a referenciação, no total de doentes referenciados para a RNCCI', de acordo com os dados publicados, constata-se dificuldades de concretização (taxa execução de 15,7%). Assim, relativamente ao Acesso e unicamente por influência negativa deste último indicador poder-se-á concluir por uma concretização global de 47,9% (num total de 60%).
- No que concerne aos indicadores de Desempenho Assistencial, os indicadores 'B.1. Percentagem reinternamentos em 30 dias, na mesma Grande Categoria de Diagnóstico', 'B.3. Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48h (%)', 'B.4. Índice de Mortalidade Ajustada', 'B.5. Índice de Demora Média Ajustada' e o indicador 'B.6. Demora média antes da cirurgia' superam as metas contratualizadas, com taxas de concretização de 117,0%, 114,4%, 102,4%, 109,7% e 103,4%, respetivamente. Estes indicadores demonstram elevados padrões de qualidade na assistência aos doentes no internamento. O indicador 'B.2. Percentagem de cirurgias realizadas em ambulatório - para procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis' apresenta um nível de concretização de 89,0%, o que atendendo aos resultados obtidos, não deixa de ser um bom resultado quando comparado com os pares (hospitais do grupo E). Ao nível do desempenho assistencial, para o conjunto de indicadores definidos, atendendo à informação disponível no SICA à presente data, e com as devidas ressalvas de que parte dos valores apurados possam ainda não ser os definitivos, o CHUPorto poderá atingir no global 21,2% no total de 20%.
- No que respeita aos indicadores de eficiência, o indicador 'C.1. Gastos operacionais por doente padrão', cuja meta é o resultado alcançado pelo melhor hospital do grupo, a sua avaliação está condicionada aos resultados finais a apurar para o Grupo E (grupo de hospitais a que o CHUPorto pertence) não sendo possível, à presente data, concluir pelo seu cumprimento. Os indicadores 'C.2. Doente padrão por Médico ETC' e 'C.3. Doente padrão por Enfermeiro ETC' apresentam níveis de concretização de 89,38% e 88,03%, respetivamente. O indicador 'C.4. Percentagem de custos com Horas Extraordinárias, Suplementos e Fornecimentos e Serviços Externos III (selecionados)' encontra-se dentro dos parâmetros estabelecidos (101,2%). Neste âmbito os valores atingem 14%, não considerando ainda o indicador C.1., pendente de avaliação superior, para um total de 20% atribuídos a estes indicadores de eficiência.

Após avaliação individual do nível de cumprimento dos indicadores, de acordo com os dados disponíveis e face aos constrangimentos inerentes ao processo de avaliação, tendo em conta que à presente data conseguimos avaliar 15 dos 16 indicadores, podemos concluir por um Índice de Desempenho global de 83%, podendo chegar aos 88% se o indicador C.1., condicionado à avaliação dos gastos operacionais/por doente padrão de todas as instituições do grupo E, vier a apresentar bons resultados.

Relativamente a medidas corretivas, o Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário do Porto prosseguiu, à semelhança do verificado em anos anteriores, junto dos níveis de gestão intermédia, aos ajustamentos possíveis tendo em vista a recuperação da atividade perturbada pelos efeitos da pandemia, reforçando o constante reajustamento, por exemplo, através do recurso à atividade adicional.

Em suma, face à perturbação ainda ocorrida no ano 2022 pela pandemia e em particular nos dois primeiros meses do ano, o CHUPorto atingiu uma taxa global de cumprimento de 97% da atividade do Contrato Programa e garantiu uma taxa de cumprimentos dos indicadores (IDG) previstos no Contrato Programa entre os 83% e 88%.

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

- ∴ A capacidade de resposta adequada aos desafios relacionados com o aumento progressivo das necessidades em saúde da população e das orientações emitidas pela Tutela acionista, nem sempre acompanhadas do necessário volume de financiamento.
- ∴ O equilíbrio dos resultados de exploração e o suporte financeiro do acionista Estado. A este respeito destaca-se:
  - A inovação dos dispositivos médicos e respetivos custos associados sem qualquer financiamento adicional associado;
  - Crescimento do peso dos custos dos medicamentos na estrutura de custos derivado da entrada de novos doentes crónicos (paramiloidose, hepatite C, esclerose múltipla, doenças autoimunes, transplantação, doenças raroterapêuticas órfãs);
  - Índice de case-mix enquanto fator de ajustamento de preços sem atualização, não refletindo a diferenciação ao longo dos anos.
- ∴ A qualidade e segurança são dois vetores nucleares no desenvolvimento de qualquer organização moderna e particularmente no setor da saúde, pelo que o CHUPorto deverá manter um forte investimento neste domínio.
- ∴ A manutenção do investimento na diferenciação e investigação para maximizar a sua atratividade, aproveitando a “janela” de oportunidade que é a aplicação efetiva da livre escolha por parte dos utentes.
- ∴ A segurança e a disponibilidade da informação fazem manter uma forte aposta nos Sistemas de Informação.

### 4. Evidenciação da atuação em conformidade com as orientações definidas pelos ministérios setoriais, designadamente as relativas à política setorial 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).

As orientações definidas pelo Ministério da Saúde designadamente as relativas à política setorial e às orientações do ponto vista estratégico, aos objetivos a alcançar no exercício da atividade operacional e ao nível do serviço público a prestar pelo CHUPorto são obtidas anualmente através da Metodologia do Contrato Programa.

A elaboração do Contrato Programa obedece às orientações da metodologia, com a definição dos objetivos a alcançar ao nível da produção, dos indicadores de qualidade assistencial e do desempenho económico-financeiro.

O Contrato Programa é sujeito a negociação e formalizado mediante a assinatura pelo CHUPorto e pela Tutela.

A execução do Contrato Programa é internamente monitorizada através dos suportes de informação para a Gestão existentes no CHUPorto, bem como através de relatórios e outra informação produzidos para a Tutela. A monitorização é efetuada mensalmente com a análise dos desvios identificados para posteriores medidas corretivas, nomeadamente as identificadas e discutidas entre o Conselho de Administração e as Direções de Serviços e Departamentos.



III.

# Estrutura de Capital



**1. Divulgação da estrutura de capital (consoante aplicável: capital estatutário ou capital social, número 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 Património/Capital em 31 de dezembro de 2022 no montante de 171.527.410€ está totalmente subscrito e realizado pelo Estado e pode ser aumentado ou reduzido por despacho conjunto dos Ministérios das Finanças e da Saúde.

Em outubro de 2021 houve um acréscimo no valor de 1.661.410€, tendo passado de 169.866.000€ para os atuais 171.527.410€.

Desde 2002, ano da passagem do Hospital Geral de Santo António a sociedade anónima com o capital social de 79.790.000€, ocorreram aumentos de capital em consequência da integração de outras unidades hospitalares e também de desequilíbrios económicos decorrentes de subfinanciamento da atividade hospitalar.

Durante o ano de 2018 verificou-se o registo de um aumento de capital em espécie, no montante de 3.166.000€, correspondente aos bens imóveis que integram o Hospital Joaquim Urbano, conforme previsto no Decreto-Lei n.º 30/2011 de 2 de março.

Em 2017 o Despacho nº1265/2017 determinou o aumento de capital estatutário das entidades públicas empresariais cuja identificação e montantes constam do Anexo ao Despacho, a serem aplicados exclusivamente no pagamento de dívida vencida, por ordem de maturidade. Nestes termos, o capital estatutário do CHUPorto foi aumentado em 21.996.000€, mas realizado em janeiro de 2018.

Em 2015 o Despacho nº10314-B/2015 e ao abrigo do n.º 1 do artigo 3.º e da alínea e) do n.º 2 do artigo 6.º -A, ambos do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 12/2015, de 26 de janeiro, e do n.º 2 do artigo 4.º dos Estatutos constantes do Anexo II ao referido diploma, foi aumentado o capital estatutário do CHUPorto em 2.000.000€ em numerário. O aumento de capital visou apoiar sobretudo os investimentos cofinanciados por fundos comunitários no âmbito do novo quadro comunitário de apoio, Portugal 2020, conforme o despacho constituiu uma oportunidade para apoiar a substituição de equipamentos e a realização de outros investimentos prioritários na área da saúde.

Há ainda a referir a Resolução do Conselho de Ministros (RCM) 38-A/2007 de 28 de fevereiro que estipulou um aumento de capital estatutário, faseado e em função do ritmo de concretização dos investimentos previstos no plano de negócios no valor total de € 76.100.000, reprogramado em 2008 pela RCM 116/2008, de 23 de julho, da seguinte forma:

| Capital estatutário a subscrever |            |             |             |             |
|----------------------------------|------------|-------------|-------------|-------------|
| Total                            | 2007       | 2008        | 2009        | 2010        |
| 76.100.000€                      | 6.758.000€ | 26.289.000€ | 28.489.000€ | 14.564.000€ |

Relembra-se que faltam 13.186.000 euros relativos à RCM 116/2008 por incorporação do CMIN no CHUPorto.

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

O capital do CHUPorto não é representado em ações.

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

Não existem acordos parassociais.



  
Museu do Centro  
Hospitalar do  
Porto  
Medical and  
Pharmaceutical  
Museum  
História de  
Medicina  
e Farmácia

IV.

# Participações Sociais e Obrigações Detidas



**1. Identificação das pessoas singulares (órgãos sociais) e/ou coletivas (empresa) que, direta ou indiretamente, são titulares de participações noutras empresas, com indicação detalhada da percentagem de capital e de votos imputáveis, bem como da fonte e da causa de imputação nos termos do que para o efeito estabelece o Código das Sociedades Comerciais (CSC) no seu artigo 447.º (vide alíneas a) e b) do n.º 1 do artigo 44.º do RJSPE).**

Não existente.

**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).**

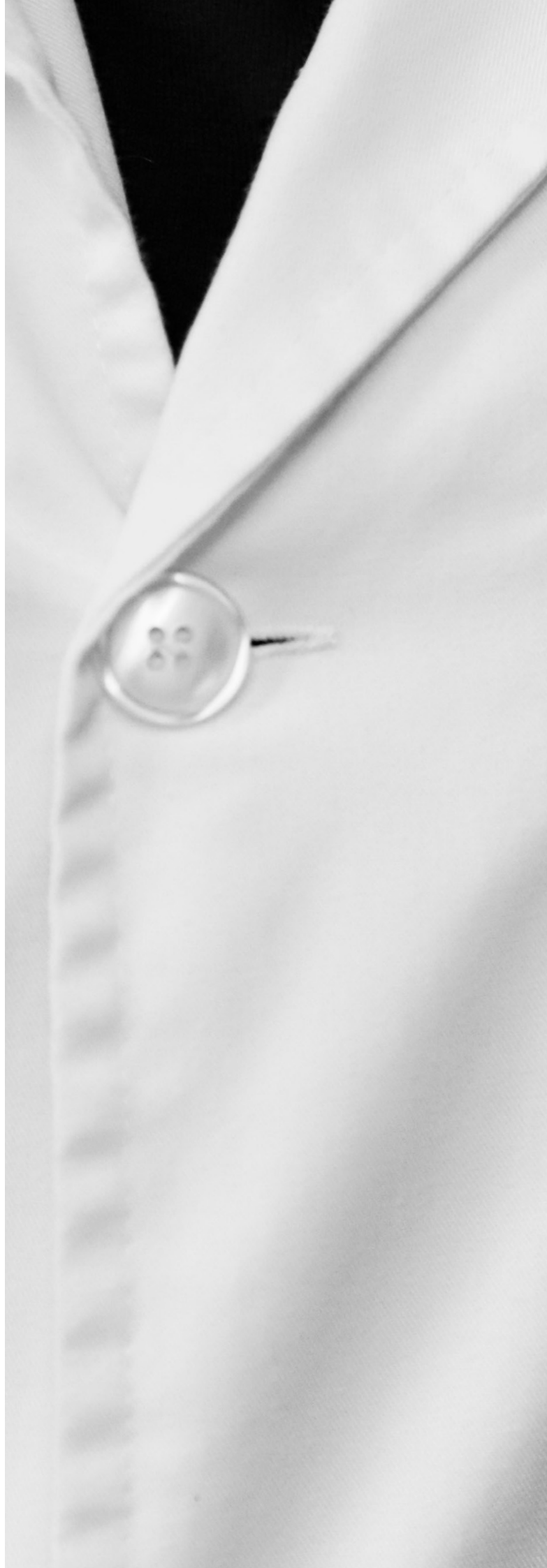
O CHUPorto é membro associado do SUCH - Serviço de Utilização Comum dos Hospitais.

**3. Indicação do número de ações e obrigações detidas por membros dos órgãos de administração e de fiscalização, quando aplicável nos termos do n.º 5 do artigo 447.º do CSC.**

Não existente.

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

Não existente.





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.

Em 2022 a administração e fiscalização esteve estruturada nos termos dos ESTATUTOS no anexo II do Decreto-Lei nº18/2017 de 10 de fevereiro e da Lei nº 148/2015 de 9 de setembro que estabelece o Regime Jurídico da Supervisão da Auditoria para as entidades classificadas de interesse público.

São Órgãos do Centro Hospitalar Universitário do Porto, E. P.E:

- a) O Conselho de Administração
- b) O Conselho Fiscal e Revisor Oficial de Contas
- c) O Conselho Consultivo.

A Lei nº99-A/2021 de 31/12 revogou a alínea l) do artigo 3º do regime Jurídico de Supervisão e Auditoria anexo à Lei nº148/2015, de 9 de setembro.

No entanto em agosto de 2022 com a entrada em vigor do novo Estatuto do SNS e dos Estatutos dos hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e unidades locais de saúde, EPE, o nº2 do artigo 68º do Decreto-lei nº52/2022 de 4 de agosto recupera o formato anterior, estabelecendo por si só que “são órgãos do estabelecimento de saúde, EPE:

- a) O conselho de administração
- b) O Conselho fiscal, um revisor oficial de contas ou uma sociedade de revisores oficiais de contas, e
- c) Conselho consultivo.

# B.

## Assembleia Geral

**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 início 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).**

Nos órgãos sociais dos Centros Hospitalares não existe Assembleia Geral, pelo que esta informação não é aplicável.

**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.**

O Estado é o único acionista, pelo que esta informação não é aplicável.

# 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 nomeação, composição, competências, funcionamento, vinculação e mandato do Conselho de administração regem-se pelos artigos 6º, 7º, 11º, 12º e 14º dos estatutos, anexo II do Decreto-Lei nº18/2017 de 10 de fevereiro.

Aos membros do conselho de administração aplica-se o estatuto de gestor público, aprovado pelo Decreto-Lei nº 71/2007 de 27 de março, alterado e republicado pelo Decreto-Lei nº 8/2012 de 18 de janeiro, sem prejuízo do disposto no artigo 20º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

Conforme artigo 13º do estatuto do gestor público, os gestores públicos “são designados por nomeação ou por eleição”.

A designação dos membros do CA compete aos membros do governo responsáveis pela área das finanças e pela área do respetivo setor de atividade, a saúde, mediante despacho dos mencionados membros do governo, nos termos da Resolução do Conselho de Ministros nº48/2022 de 1 junho 2022 que procedeu à delegação de competências para designação e exoneração dos membros dos órgãos de administração das entidades públicas empresariais.

Com a entrada em vigor em agosto de 2022 do novo Estatuto do SNS e dos Estatutos dos hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e unidades locais de saúde, EPE, constantes do capítulo IV do Decreto-lei nº52/2022 de 4 de agosto, a nomeação, composição, competências, funcionamento, vinculação e mandato do conselho de administração constam dos artigos 69º, 71º, 75º e 76º.

**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.**

O Conselho de Administração durante 2022 foi composto pelo presidente e um máximo de quatro vogais, com funções executivas, em função da dimensão e complexidade do hospital E. P. E., incluindo um diretor clínico, um enfermeiro-diretor e um vogal proposto pelo membro do Governo responsável pela área das finanças.

O mandato dos membros do conselho de administração tinha a duração de três anos renovável, uma única vez, permanecendo aqueles no exercício das suas funções até à designação dos novos titulares, sem prejuízo da renúncia a que houver lugar.

Com a entrada em vigor em agosto de 2022 do novo Estatuto do SNS e dos Estatutos dos hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e unidades locais de saúde, EPE, constantes do capítulo IV do Decreto-lei nº52/2022 de 4 de agosto, o conselho de administração deverá continuar a ser composto por:

- a) Um presidente e
- b) Um máximo de quatro vogais executivos, em função da dimensão e complexidade do estabelecimento de saúde, E. P. E., incluindo um diretor clínico, um enfermeiro-diretor e um vogal proposto pelo membro do Governo responsável pela área das finanças.

Quanto ao mandato dos membros do conselho de administração, com a entrada em vigor do Decreto-lei nº52/2022 de 4 de agosto, atrás referido, tem a duração de três anos e é renovável, até ao limite máximo de três renovações consecutivas, permanecendo aqueles no exercício das suas funções até à designação dos novos titulares, sem prejuízo de eventual renúncia.

**3. Caracterização da composição, consoante aplicável, do Conselho de Administração, do Conselho de Administração Executivo e do Conselho Geral e de Supervisão, com identificação dos membros efetivos, 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).**

| Mandato<br>(Início-Fim) | Cargo              | Nome                          | Designação                               |                           | Remuneração        |           |
|-------------------------|--------------------|-------------------------------|------------------------------------------|---------------------------|--------------------|-----------|
|                         |                    |                               | Forma (1)                                | Data                      | [Empresa pagadora] | (O/D) (2) |
| 2017-2019               | Presidente         | Paulo Jorge Barbosa Carvalho  | Resolução n.º 34/2017                    | 9 de fevereiro de 2017    | CHUPorto           | O         |
| 01/02/2019-2019         | Vogal              | Rita Gonçalves Moreira        | Resolução n.º 30/2019                    | 31 de janeiro de 2019     | CHUPorto           | O         |
| 13/01/2021-2021         | Vogal              | Rita Sofia da Silva Veloso    | Despacho das Finanças e Saúde nº777/2021 | 8 e 12 de janeiro de 2021 | CHUPorto           | O         |
| 2017-2019               | Diretor Clínico    | José Fernando da Rocha Barros | Resolução n.º 34/2017                    | 9 de fevereiro de 2017    | CHUPorto           | O         |
| 2017-2019               | Enfermeiro Diretor | Alfredo Eduardo Argulho Alves | Resolução n.º 34/2017                    | 9 de fevereiro de 2017    | CHUPorto           | O         |

Número estatutário mínimo e máximo de membros - [número mínimo] / [número máximo]: 1 Presidente e no máximo 4 vogais.  
Legenda: (1) Resolução (R) / Assembleia Geral (AG) / Deliberação Unânime p Escrito (DUE) / Despacho (D)  
(2) O/D – Origem / Destino

Tendo os membros do Conselho de Administração do CHUPorto cessado funções a 31 de dezembro de 2019, não tendo sido designados novos titulares, o Despacho nº11555/2020 da Ministra da Saúde de 11 de novembro de 2020 vem considerar essencial conferir estabilidade à gestão e funcionamento da referida unidade de saúde, beneficiando de toda a experiência já adquirida por aqueles membros no combate à pandemia de COVID -19, particularmente num momento em que se volta a exigir do SNS um esforço sem precedentes, em matéria de capacidade de resposta e gestão adequada e eficaz das suas instituições, determinando a manutenção das suas funções, nos termos legais, até 31 de dezembro de 2021 e que se veio a estender até fim de 2022.

Com a criação do Centro Hospitalar Universitário de Santo António, EPE, através do Decreto-Lei nº7-A/2023, de 30 de janeiro, resultante da fusão do Centro Hospitalar Universitário do Porto, EPE com o Hospital de Magalhães Lemos, EPE, o Despacho conjunto das finanças e saúde de 10 de fevereiro de 2023, designou os membros do CA da nova entidade para o mandato de 2023-2025.

**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<sup>1</sup>, ou, se aplicável, identificação dos membros independentes do Conselho Geral e de Supervisão (vide artigo 32.º do RJSPE).**

Todos os vogais membros do Conselho de Administração foram nomeados vogais executivos. Conforme a Resolução de Conselho de Ministros n.º 5/2014, de 5 de janeiro de 2014, Resolução do Conselho de Ministros n.º 34/2016, de 30 de novembro, Resolução do Conselho de Ministros n.º 34/2017 de 9 de fevereiro de 2017 e Resolução do Conselho de Ministros n.º 30/2019 de 31 de janeiro de 2019.

<sup>1</sup> A independência dos membros do Conselho Geral e de Supervisão e dos membros da Comissão de Auditoria afere-se nos termos da legislação vigente. Quanto aos demais membros do Conselho de Administração, considera-se independente o que não esteja associado a qualquer grupo de interesses específicos na empresa nem se encontre em alguma circunstância suscetível de afetar a sua isenção de análise ou de decisão.

## 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.

### A. Presidente do CA SINOPSE CURRICULAR

#### Paulo Jorge Barbosa Carvalho

Nasceu a 30/3/1962, no Porto.

Licenciado em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, que concluiu em outubro de 1986, com a média final de 13 valores.

Completo o Internato Complementar de Medicina Interna, em julho de 1995, com a classificação final de 18,4 valores no Hospital Geral de Santo António, em 1996 tomou posse como Assistente Hospitalar de Medicina Interna do quadro do Hospital Geral de Santo António, com a classificação de 19 valores.

Assistente Graduado de Medicina Interna, por concurso público em 2005.

Assistente Graduado Sénior de Medicina Interna, por concurso público em 2016.

Como formação complementar realizou um estágio de Reumatologia com a duração de 6 meses no hospital Cochin na cidade de Paris (Prof. Charles Menkès).

Nos últimos anos tem estado ligado à gestão na área da saúde tendo frequentado, em 2007, o Mastering Health Care Finance da Harvard Medical International.

De 2006 a 2009 foi Consultor da Entidade Reguladora da Saúde, tendo pertencido à Comissão Coordenadora do projeto SINAS - Sistema Nacional de Avaliação em Saúde, desta entidade. Durante o ano de 2009 frequentou com aproveitamento o Programa de Alta Direção de Instituições de Saúde (PADIS).

Funções desempenhadas no Centro Hospitalar do Porto/Hospital Geral de Santo António.

Foi Gestor da Consulta de Medicina, entre janeiro de 2000 e agosto de 2008.

Entre novembro de 2004 e agosto 2009, pertenceu ao Conselho de Gestão do Departamento de Medicina do Centro Hospitalar do Porto na qualidade de adjunto do diretor do Departamento.

Foi membro eleito do Conselho Geral do Hospital Geral de Santo António até à sua extinção por força da passagem do hospital a EPE.

Fez parte do Conselho de Formação do Departamento de Formação e Ensino pós-graduado do Hospital Geral de Santo António – SA.

Em diferentes períodos foi membro da Comissão de Farmácia e Terapêutica.

Diretor do Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar do Porto, entre setembro de 2008 e junho de 2009.

Presidente da Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica desde a sua criação, em fevereiro de 2013, até dezembro de 2016.

Membro da Comissão de Avaliação de Tecnologias da Saúde (CATS) até dezembro de 2016.

Diretor Clínico do Centro Hospitalar do Porto, entre junho de 2009 e novembro de 2016.

Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Porto, desde dezembro de 2016 até janeiro de 2017.

Outras funções:

- Professor Associado Convidado do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS).
- É membro agregado da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI)
- Foi vice-presidente do Núcleo de Estudo de Doenças Autoimunes (NEDAI) da SPMI.
- É membro da British Society of Rheumatology e do American College of Rheumatology.
- Assistente do ICBAS, desde 1992, e Professor Auxiliar Convidado, desde 2005, da disciplina de Clínica Médica do 5º ano.
- Responsável da disciplina opcional de “Imunologia Clínica” do 6.º ano do Mestrado Integrado de Medicina
- Faz parte da Comissão Científica do mesmo curso.
- É membro da Comissão Mista, órgão que dirige o Mestrado Integrado de Medicina do ICBAS, integrando o ciclo clínico e o ciclo básico.
- Pertenceu à comissão que realizou a acreditação dos serviços dos hospitais portugueses candidatos ao ensino médico em parceria com o Imperial College.
- Tem 164 trabalhos apresentados em reuniões científicas (trabalhos de investigação clínica e conferências) com cerca de 60% apresentados em reuniões internacionais.
- Tem 44 publicações a grande maioria em revistas de carácter internacional.
- É coautor do livro “O que é a Artrite Reumatóide” destinado a doentes com esta patologia.
- É coautor do livro de “guide-lines” de diagnóstico e tratamento das doenças autoimunes elaborado pela Unidade de Imunologia Clínica do Centro Hospitalar do Porto.

### B. Diretor Clínico SINOPSE CURRICULAR

#### José Fernando da Rocha Barros

Nasceu em 1961, em Irivo, Penafiel, onde viveu do ensino primário ao ano propedêutico (1968-80).

Doutorado em Ciências Médicas (2008-13) e licenciado em Medicina (1980-86) pelo Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar (ICBAS) da Universidade do Porto.

Assistente Graduado Sénior de Neurologia do Hospital de Santo António do Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUPorto), desde 2015. Professor Catedrático Convidado do ICBAS, desde 2017.

Cargos atuais:

- Diretor Clínico (desde 2016) e Diretor do Departamento de Neurociências (desde 2013) do CHUPorto.
- Regente de “Dissertação/Projeto/Estágio”, desde 2016, responsável pelo módulo “Semiologia Neurológica”, desde 2015, e membro da Comissão Científica do Mestrado Integrado em Medicina.

Atividade científica e cultural:

- Investigador clínico em Neurogenética, com artigos de fator de impacto elevado e centenas de citações na literatura. Identidade e publicações: CiênciaVitae ID 831F-E027-07F3, Scopus ID 57195293515, Orcid ID 0000-0001-6183-5050.
- Membro da Comissão Científica e da Comissão de História da Sociedade Portuguesa de Neurologia (SPN). Membro da Comissão Editorial da revista SINAPSE (ISSN1645-281X).
- Consultor da Unidade de Cultura da Reitoria da Universidade do Porto.

Carreira e formação no Hospital de Santo António:

- Transitou entre todos os graus e categorias da carreira especial médica, por avaliações ou concursos: Especialista e Assistente de Neurologia, em 1995, Assistente Graduado, em 2004, Consultor, em 2005, Assistente Graduado Sénior, em 2015.
- Internato de Neurologia, em 1989-95), intervalado por 15 meses como oficial miliciano médico do Exército. Estágios no Hospital de Crianças Maria Pia, no Hospital de Magalhães Lemos e no Hôpital Saint-Antoine (AP-Hôpitaux de Paris). Internato Geral, em 1987-88.

Outras competências:

- Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde pela Universidade Católica, em 2002-03,
- Competência em Gestão de Serviços de Saúde pela Ordem dos Médicos, em 2005, e Programa de Alta Direção de Instituições de Saúde da Escola de Gestão e Negócios da AESE Business School, em 2006.

Funções concluídas:

- Diretor da Consulta Externa, entre 2006 e 2016. Chefe de Equipa do Serviço de Urgência, entre 2010 e 2016). Diretor interino do Departamento de Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos, em 2012-13. Diretor do Departamento de Ambulatório, entre 2011 e 2013. Adjunto do Diretor Clínico, de 2006 a 2009 e de 2011 a 2016. Coordenador do Internato de Neurologia, entre 2001 e 2011). Vogal da Comissão de Farmácia e Terapêutica, entre 2002 e 2006).
- Presidente do Colégio de Neurologia da Ordem dos Médicos, entre 2012 e 2016. Presidente do Júri do Fundo de Investigação em Saúde do INFARMED, na Área Cérebro-Cardiovascular, em 2015. Presidente do Júri Nacional de Neurologia da Ordem dos Médicos, em 2007. Presidente de júris de recrutamento para a categoria de Assistente Graduado Sénior de Neurologia, Neuropediatria e Neuropatologia. Membro de júris de provas de avaliação final do internato e de habilitação ao grau de Consultor de Neurologia. Membro da Comissão de Avaliação de Tecnologias de Saúde do INFARMED, entre 2016 e 2022). Coordenador da comissão de definição da Rede de Referência Hospitalar de Neurologia, no âmbito do Ministério da Saúde, em 2016. Membro do Conselho da Comunidade dos Agrupamentos de Centros de Saúde de Gondomar, entre 2011 e 2016 e do Porto Ocidental, entre 2015 e 2022.
- Professor Auxiliar Convidado do ICBAS da Universidade do Porto, entre 2008 e 2017. Docente da Pós-Graduação em Medicina da Dor da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, entre 2009 e 2019. Membro de dezenas de júris (presidente, arguente ou orientador) de dissertações de Mestrado Integrado em Medicina do ICBAS. Membro de comissões de acompanhamento de Doutoramento em Ciências Médicas do ICBAS.
- Arguente de teses de Doutoramento na Universidade de Aveiro e na Universidade de Lisboa. Neurologista das equipas de investigação do Centro de Genética Preditiva e Preventiva do Instituto de Biologia Molecular e Celular da Universidade do Porto, entre 1999 e 2015 e do Rastreamento de Ataxias e Paraparesias Espásticas Hereditárias em Portugal, entre 1995 e 2004.
- Presidente do Conselho Fiscal da Sociedade Portuguesa de Neurologia, entre 2008 e 2011.
- Presidente da Direção, entre 2015 e 2018 e membro da Comissão Científica, entre 2009 e 2015 da Sociedade Portuguesa de Cefaleias. Fundador, diretor-adjunto, entre 2000 e 2004 e diretor, entre 2005 e 2007 da revista SINAPSE.

## C. Enfermeiro Diretor

### SINOPSE CURRICULAR

#### Alfredo Eduardo Argulho Alves

Nasceu a 27 de julho de 1959, na freguesia de Picote, concelho de Miranda do Douro.

Habilitações académicas - Licenciatura em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem D. Ana Guedes, Porto.

Habilitações profissionais:

- CESE em Enfermagem Médico-Cirúrgica pela Escola Superior de Enfermagem Cidade do Porto;
- CESE em Administração dos Serviços de Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem da Imaculada Conceição, Porto.
- Categoria profissional – Enfermeiro Gestor do mapa de pessoal do Centro Hospitalar Universitário do Porto, E.P.E (CHUPorto, EPE).

Atividade Profissional:

- De 19 de dezembro de 1983 a 14 de outubro de 1998 – Funções como Enfermeiro no Serviço de Cuidados Intensivos e Serviço de Urgência do Hospital Geral de Santo António;
- De 15 de outubro de 1998 a 31 de julho de 2000 – Funções como Enfermeiro Especialista, área Médico-Cirúrgica, no Serviço de Urgência e Serviço de Urologia do Hospital Geral de Santo António;
- De 01 de agosto de 2000 a 31 de agosto de 2002- Funções em regime de requisição na Divisão de Gestão de Recursos Humanos da Administração Regional de Saúde do Norte;
- De 1 de setembro de 2002 a 07 de outubro de 2007 – Enfermeiro Diretor do Hospital Geral de Santo António;
- De 08 de outubro de 2007 até 14 de novembro de 2011, Enfermeiro Diretor do Centro Hospitalar do Porto EPE, criado pelo DL nº 326/2007, 1ª Série, de 28 de setembro;
- De 15 de novembro de 2011 até 31 janeiro de 2014, Enfermeiro Diretor do Centro Hospitalar do Porto EPE, criado pelo DL nº 30/2011 de 2 março;
- De 1 de fevereiro de 2014 até ao presente momento, Enfermeiro Diretor do Centro Hospitalar e Universitário do Porto, criado pelo DL nº 61/2018, de 3 de agosto.
- Valorização profissional:
- Participação em eventos científicos, tendo proferido mais de três dezenas de palestras;
- É autor e ou coautor de alguns artigos científicos publicados em revistas médicas e de enfermagem;
- Frequentou com aproveitamento o “V PADIS – programa de Alta Direção de Instituições de Saúde”;
- Mastering Health Care Finance-Internacional Executive Program, organizado pelo Institute of Health Economics and Management da Université de Lausanne.

## **D. Vogal do CA - Iniciou funções a 01-02-2019 e cessou a 30/11/2022**

### **SINOPSE CURRICULAR**

#### **Rita Gonçalves Moreira**

Nascida a 11 de março de 1980.

Habilitações Académicas e Profissionais

- Licenciatura em Administração e Gestão de Empresas pela Universidade Católica Portuguesa — Centro Regional do Porto em 2004; diversas formações na área da gestão; participação em congressos e conferências no âmbito da saúde.

Experiência Profissional:

- Consultora na Deloitte (setembro 2004 a junho de 2008); Chefe do Departamento de Planeamento de Gestão da Prio SGPS (junho de 2008 a dezembro de 2009); Chefe do Departamento de Planeamento de Gestão da Prio Foods SGPS (janeiro de 2010 a abril de 2011); Assessora do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Norte, IP (abril de 2011 a dezembro de 2011);
- Assessora do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Porto, EPE (janeiro de 2012 a maio de 2016); Vice-Presidente da Administração Regional de Saúde do Norte, IP (maio 2016-janeiro 2019).

## **E. Vogal do CA - Iniciou funções a 13-01-2021**

### **SINOPSE CURRICULAR**

#### **Rita Sofia da Silva Veloso**

Nasceu a 23 de outubro de 1981, no Porto.

Formação académica:

- Doutoranda em Tecnologias da Informação e Comunicação na Universidade da Corunha, iniciado em 2021.
- Mestrado Integrado em Psicologia, área da Psicologia das Organizações, Social e do Trabalho, pela Universidade do Porto (2020);
- Pós-Graduação em Psicologia Social, pela Universidade do Porto (2006);
- Licenciatura em Psicologia, pela Universidade do Porto (2004) – Membro efetivo da Ordem dos Psicólogos.

Formação complementar:

- Curso de Especialização em Compras e Contratação Pública, pelo CEACAP – Comité de Estudos e Auditoria em Contratação Pública (2021)
- Diploma em Exercising Leadership: Foundational Principles, pela Harvard University (2020);
- PADIS – Programa de Alta Direção de Instituições de Saúde, pela AESE Business School (2019);
- HOPE Exchange Programme (2016);
- DEGESTUS – Diploma de Especialização em Gestão de Unidades de Saúde, pelo INA (2011);
- FORGEP – Programa de Formação em Gestão Pública, pelo INA (2011);
- CAP – Certificado Aptidão Pedagógica, pelo Instituto do Emprego e Formação Profissional, I.P. (IEFP) (2004).

Experiência profissional:

- Desde 2021, Vogal Executiva do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário do Porto. Pelouros: Bloco Operatório, Consulta Externa, Hospital de Dia, Serviço de Gestão de Doentes, Responsável Acesso à Informação, Encarregado de Proteção de Dados, Secretariado do Conselho de Administração, Arquivo Clínico e Não Clínico, Gabinete de Acesso a Informação Clínica, Gabinete Gestão Projetos, Promotor Interno de Tele saúde e Laboratório de Saúde Digital. Responsável pela implementação de projetos de inovação e transformação digital, unidade de cirurgia robótica e pelo acompanhamento da equipa do Centro Académico Clínico ICBAS-CHUPorto.
- Desde 01/12/2022, adicionalmente, com Pelouros: Serviços Financeiros, Serviço de Faturação, Serviço de Logística, Serviço Sistemas de Informação, Gabinete de Relações Públicas e Comunicação, Unidade de Alimentação, Administradores Hospitalares, Processo Clínico Eletrónico, Comissão de Sistemas de Informação, Comité de Risco e Segurança da Informação.
- Embaixadora Regional (Portugal) da HealthManagement.org;
- Membro do Grupo de Trabalho para a Gestão da Informação em Saúde da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares;
- Investigadora no Laboratório de Reabilitação Psicossocial (LabRP) da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto;
- Docente convidada em várias instituições de ensino superior nas áreas de Liderança, Gestão de Equipas, Comportamento Organizacional, Ética e Deontologia, Experiência do Doente, Gestão de Projetos de Inovação, Gestão em Saúde;
- De 2018 a 2021, Vogal Executiva do Conselho de Administração do Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim/Vila do Conde. Pelouros: Serviço de Gestão de Sistemas de Informação; Serviço de Gestão de Doentes; Gabinete de Gestão de Projetos; Gabinete de Codificação Clínica; Secretariado do Conselho de Administração; Arquivo clínico e não clínico; Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia (UHGIC); Grupo de Trabalho para a Implementação do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD); Gabinete do Utente; Responsável pelo Acesso à Informação; Comissão Local de Informatização Clínica e Comité do Risco e Segurança da Informação; Young Executive Leader da International Hospital Federation (2020);
- De 2009 a 2018, Diretora do Serviço de Gestão de Doentes no Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E.; Membro da Comissão de Qualidade e Segurança do Doente; Membro da Comissão Local de Informatização Clínica; Foi Responsável Acesso à Informação, Embaixadora da Plataforma de Dados de Saúde (PDS), Promotora Interna de Telemedicina e Gestora do Sistema de Informação Hospitalar do Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E.; Desempenho Excelente (SIADAP 2013-2014; 2015-2016); Reconhecimentos atribuídos a projetos que coordenou: Kaizen Lean, Kaizen Institute (2013, 2017); Boas Práticas de Valorização de Pessoas, INA (2015,2016); IDC (2013);
- De 2016 a 2018, Membro da Comissão de Tecnologias de Informação em Saúde do Health Parliament Portugal;
- De 2012 a 2015, Assistente Convidada na Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto;
- De 2008 a 2009, Consultora de IT na área da Saúde;
- De 2004 a 2006, Diretora de Recursos Humanos. Exerceu ainda funções de formadora na área da Psicologia.

**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).**

Dá-se conhecimento de que foram apresentadas as declarações de cada um dos membros do CA 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).

Habitualmente estas declarações eram publicadas em anexo a este relatório, no entanto o modelo de Relatório de Governo Societário de 2022 da UTAM apenas solicita que se dê conhecimento do procedimento efetuado, o qual no CHUPorto inclui a manutenção em arquivo das declarações e evidências do envio a todas as entidades definidas por lei, nomeadamente ao CA, ao Conselho Fiscal e ROC, bem como à IGF (Decreto-lei nº71/2007 de 27 de março e nº1 do artigo 52 do Decreto-lei nº133/2013 de 3 de outubro, nas versões atuais).

**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.

**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.**

Os Estatutos no Anexo II do Decreto-Lei nº 18/2017 de 10 de fevereiro ainda em vigor durante 2022, têm definidas as competências do Conselho de Administração no art.º 7 e as competências próprias do Presidente do Conselho de Administração, do Diretor clínico e do Enfermeiro diretor, respetivamente nos art.º 8º, 9º e 10º. Entretanto, com a entrada em vigor em agosto de 2022 do novo Estatuto do SNS e dos Estatutos dos hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e unidades locais de saúde, EPE, do capítulo IV do Decreto-lei nº52/2022 de 4 de agosto, as competências do Conselho de Administração estão definidas no art.º 71 e as competências próprias do Presidente do Conselho de Administração, do Diretor clínico e do Enfermeiro diretor, respetivamente nos art.º 72º, 73º e 74º.

Ao abrigo do disposto nos artigos 44.º a 50.º do Código do Procedimento Administrativo e nos termos do n.º 3 do artigo 7.º dos Estatutos do Centro Hospitalar constantes do Anexo II do Decreto-Lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro e no uso das faculdades conferidas pelo Despacho n.º 12023/2020, de 30 de novembro, do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, publicado no Diário da República, 2ª série, nº 239, de 10 de dezembro de 2020, o Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Porto - EPE delegou nos seus membros as seguintes competências:

## **PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO**

### **Dr. Paulo Barbosa**

Para além das competências próprias definidas no art.º 8º dos Estatutos do Centro Hospitalar Universitário do Porto, constantes do anexo II ao Decreto-Lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro, foram delegadas as seguintes competências no Presidente do Conselho de Administração - Dr. Paulo Barbosa:

- 1.** A supervisão do funcionamento e o acompanhamento da atividade dos seguintes Serviços: Departamento de Ensino, Formação e Investigação, Serviço de Auditoria Interna, Serviço de Gestão de Recursos Humanos, Serviço de Instalações e Equipamentos e Secretaria-Geral.
- 2.** No âmbito da gestão dos recursos humanos:
  - a)** Autorizar o trabalho a tempo parcial, de acordo com o legalmente estabelecido;
  - b)** Autorizar a prestação e o pagamento de trabalho em dias de descanso semanal, complementar e feriados;
  - c)** Autorizar os trabalhadores a comparecer em juízo, quando requisitados nos termos da lei de processo;
  - d)** Autorizar a inscrição e a participação do pessoal em estágios, congressos, reuniões, seminários, colóquios, formação/CGS ou outras iniciativas semelhantes, quando importem custos adicionais para a Instituição ou que, nas áreas da sua responsabilidade, não se encontrem em conformidade;
  - e)** Autorizar pedidos de equiparação a bolseiro no país ou no estrangeiro;
  - f)** Autorizar a atribuição de abonos e regalias a que os funcionários ou contratados tenham direito;
  - g)** Autorizar as deslocações em serviço do pessoal, qualquer que seja o meio de transporte, exceto avião, bem como, o processamento dos respetivos abonos e de ajudas de custo, antecipadas ou não, visando os respetivos boletins itinerários;
  - h)** Exonerar pessoal com vínculo à administração pública;
  - i)** Celebrar, prorrogar, renovar e rescindir contratos de pessoal, a termo ou sem termo, praticando os atos resultantes da caducidade ou revogação dos mesmos, em conformidade com as disposições legais em vigor;
  - j)** Homologar as avaliações de desempenho de todos os profissionais;
  - k)** Praticar todos os atos relativos à aposentação dos funcionários e agentes, salvo nos casos de aposentação compulsiva, e, em geral, de todos os atos respeitantes ao regime de segurança social, incluindo os referentes a acidentes em serviço;
  - l)** Promover a verificação domiciliária de doença, nos termos dos artigos 20º, 21º e 22º da Lei n.º 35/2014, de 20 de junho;
  - m)** Promover a submissão dos funcionários e agentes a junta médica da ADSE, nos termos dos artigos 23º, 24º e 26º da Lei n.º 35/2014, de 20 de junho;

- n)** Autorizar os pedidos de apresentação a junta médica da Caixa Geral de Aposentações;
  - o)** Decidir dos pedidos de concessão do estatuto de trabalhador estudante;
  - p)** Confirmar os requisitos legais, no âmbito dos processos de exercício dos direitos conferidos para a proteção da maternidade e da paternidade nomeadamente: concessão de licenças ao abrigo da parentalidade, dispensa para amamentação e aleitação;
  - q)** Justificar ou injustificar faltas ao serviço;
  - r)** Autorizar a passagem de certidões de documentos arquivados no processo individual dos funcionários, agentes e contratados, bem como a restituição de documentos aos interessados;
  - s)** Assinar a correspondência ou expediente necessário à execução das decisões proferidas nos processos relativos a assuntos de pessoal, bem como, autorizar publicações na imprensa diária e no Diário da República;
  - t)** Elaborar e propor o mapa de pessoal da Instituição;
  - u)** Aceitar a dispensa de prestação de trabalho noturno e serviço de urgência, de acordo com o previsto na lei;
  - v)** Aceitar a redução de uma hora no horário de trabalho semanal, conforme o previsto na carreira médica;
  - w)** Avaliar e decidir a atribuição de horários flexíveis ao abrigo da parentalidade;
  - x)** Autorizar a afetação de serviço de colaboradores;
  - y)** Autorizar sobre a integração em júris de concurso em outras instituições;
  - z)** Autorizar o gozo de férias, o respetivo plano anual e eventuais alterações bem como, transferência de férias para o ano seguinte, nos termos da lei;
  - aa)** Aprovar horários de trabalho, desde que em conformidade legal ou em conformidade com as diretivas do Conselho de Administração;
  - bb)** Autorizar a inscrição e a participação do pessoal em estágios, congressos, reuniões, seminários, colóquios, formação/ CGS ou outras iniciativas semelhantes, desde que não acarretem custos adicionais para a Instituição;
- As alíneas x), y) e z), aa) e bb) referem-se às áreas que estão sob a sua responsabilidade.

**3.** As funções atribuídas podem ser subdelegadas no todo ou em parte, mediante prévia autorização do Conselho de Administração, com exceção das constantes no art.º 8º dos Estatutos do Centro Hospitalar Universitário do Porto, constantes do anexo II ao Decreto-Lei nº 18/2017.

## DIRETOR CLÍNICO

### Professor Doutor José Barros

Para além das competências próprias definidas no art.º 9º dos Estatutos do Centro Hospitalar Universitário do Porto, constantes do anexo II ao Decreto-Lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro, foram delegadas as seguintes competências no Diretor Clínico – Professor Doutor José Barros:

- 1.** Assinar os termos de responsabilidade relativos às deslocações de utentes a outras Unidades de Saúde para realização de exames ou tratamento.

**2.** No âmbito da gestão dos recursos humanos, nas áreas sob a sua responsabilidade e desde que em conformidade legal:

- a)** Monitorizar o trabalho extraordinário;
- b)** Autorizar a afetação de serviço de colaboradores;
- c)** Autorizar sobre a integração em júris de concurso em outras instituições;
- d)** Autorizar o gozo de férias, o respetivo plano anual e eventuais alterações bem como, transferência de férias para o ano seguinte, nos termos da lei;
- e)** Aprovar horários de trabalho, desde que em conformidade legal ou em conformidade com as diretivas do Conselho de Administração;
- f)** Autorizar a inscrição e a participação do pessoal em estágios, congressos, reuniões, seminários, colóquios, formação/ CGS ou outras iniciativas semelhantes, desde que não acarretem custos adicionais para a Instituição e que não se encontrem em conformidade;

**3.** Acompanhar a execução dos planos de atividades dos Centros /Departamentos, responsabilizando aqueles pela gestão adequada e eficiente dos recursos colocados à sua disposição;

**4.** As funções atribuídas podem ser subdelegadas no todo ou em parte, mediante prévia autorização do Conselho de Administração, com exceção das competências próprias definidas no art.º 9º dos Estatutos do Centro Hospitalar Universitário do Porto, constantes do anexo II ao Decreto- Lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro.

## ENFERMEIRO- DIRETOR

### Enf. Eduardo Alves

Para além das competências próprias definidas no art. 10º dos Estatutos do Centro Hospitalar Universitário do Porto, constantes do anexo II ao Decreto-Lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro, foram delegadas as seguintes competências no Enfermeiro-Diretor - Enf. Eduardo Alves:

**1.** No âmbito da gestão dos recursos humanos, nas áreas sob a sua responsabilidade e desde que em conformidade legal:

- a)** Monitorizar o trabalho extraordinário;
- b)** Autorizar a afetação de serviço de colaboradores;
- c)** Autorizar sobre a integração em júris de concurso em outras instituições;
- d)** Autorizar o gozo de férias, o respetivo plano anual e eventuais alterações bem como, transferência de férias para o ano seguinte, nos termos da lei;
- e)** Aprovar horários de trabalho, desde que em conformidade legal ou em conformidade com as diretivas do Conselho de Administração;
- f)** Autorizar a inscrição e a participação do pessoal em estágios, congressos, reuniões, seminários, colóquios, formação/ CGS ou outras iniciativas semelhantes, desde que não acarretem custos adicionais para a Instituição e que não se encontrem em conformidade;
- g)** Determinar as medidas adequadas, se for caso disso, sobre as queixas e reclamações apresentadas pelos utentes.

As funções atribuídas podem ser subdelegadas no todo ou em parte, mediante prévia autorização do Conselho de Administração, com exceção das competências próprias definidas no art. 10º dos Estatutos do Centro Hospitalar Universitário do Porto, constantes do anexo II ao Decreto-Lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro.

## VOGAL DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

### Dra. Rita Moreira

1. Assegurar a regularidade da cobrança das dívidas e autorizar a realização e o pagamento da despesa do Centro Hospitalar Universitário do Porto.
2. Acompanhar a execução dos planos de atividades dos Centros /Departamentos, responsabilizando aqueles pela gestão adequada e eficiente dos recursos colocados à sua disposição;
3. No âmbito da gestão dos recursos humanos, nas áreas sob a sua responsabilidade e desde que em conformidade legal:
  - a) Monitorizar o trabalho extraordinário;
  - b) Autorizar a afetação de serviço de colaboradores;
  - c) Autorizar sobre a integração em júris de concurso em outras instituições;
  - d) Autorizar o gozo de férias, o respetivo plano anual e eventuais alterações bem como, transferência de férias para o ano seguinte, nos termos da lei;
  - e) Aprovar horários de trabalho, desde que em conformidade legal ou em conformidade com as diretivas do Conselho de Administração;
  - f) Autorizar a inscrição e a participação do pessoal em estágios, congressos, reuniões, seminários, colóquios, formação/ CGS ou outras iniciativas semelhantes, desde que não acarretem custos adicionais para a Instituição e que não se encontrem em conformidade;

As funções atribuídas podem ser subdelegadas no todo ou em parte, mediante prévia autorização do Conselho de Administração.

4. No âmbito do Departamento de Aprovisionamento e Logística
  - a) Autorizar a abertura de procedimentos, realização de despesa, adjudicação e outros atos inerentes a procedimentos de aquisição de bens e serviços até ao montante de € 214.000,00 (duzentos e catorze mil euros), ou o que em cada ano for legalmente fixado para a alínea c) do n.º 3 do artigo 474.º do CCP) e de medicamentos até ao limite do orçamento anual;
  - b) Praticar todos os atos subsequentes à autorização de despesa e escolha do procedimento;
  - c) Autorizar a imobilização de reparações que aumentem o valor do bem reparado ou a duração provável da sua utilização, nos termos do art.º 7.º do CIBE;
  - d) Autorizar a despesa de aquisição de imobilizado nos termos do art.º 0 34.0 do CIBE;
  - e) Autorizar a aquisição de artigos novos, ouvidas as comissões técnicas, exceto medicamentos.
5. Elaborar os planos anuais e plurianuais e respetivos Orçamentos a submeter à apreciação e aprovação do Conselho de Administração.

As funções atribuídas podem ser subdelegadas no todo ou em parte, mediante prévia autorização do Conselho de Administração.

## VOGAL DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

### Dra. Rita Veloso

Delegaram-se as seguintes competências na Vogal do Conselho de Administração - Dr.ª Rita Veloso:

1. No âmbito da gestão dos recursos humanos, nas áreas sob a sua responsabilidade e desde que em conformidade legal:
  - a) Monitorizar o trabalho extraordinário;
  - b) Autorizar a afetação de serviço de colaboradores;
  - c) Autorizar sobre a integração em júris de concurso em outras instituições;
  - d) Autorizar o gozo de férias, o respetivo plano anual e eventuais alterações bem como, transferência de férias para o ano seguinte, nos termos da lei;
  - e) Aprovar horários de trabalho, desde que em conformidade legal ou em conformidade com as diretivas do Conselho de Administração;
  - f) Autorizar a inscrição e a participação do pessoal em estágios, congressos, reuniões, seminários, colóquios, formação/ CGS ou outras iniciativas semelhantes, desde que não acarretem custos adicionais para a Instituição e que não se encontrem em conformidade;

As funções atribuídas podem ser subdelegadas no todo ou em parte, mediante prévia autorização do Conselho de Administração. As presentes competências produziram efeitos desde 13 de janeiro de 2021, ficando por este meio ratificados todos os atos, entretanto praticados no âmbito das competências agora definidas. Na sequência da transição da Dr.ª Rita Moreira para o Conselho de Gestão da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, a 2 de dezembro o Conselho de administração procedeu à redistribuição de competências dos membros do Conselho de Administração do CHUPorto, válida até à recomposição do Conselho de Administração:

1. Serviço de Informação de Gestão e Serviço de Aprovisionamento - Dr. Paulo Barbosa
2. Serviços Farmacêuticos - Prof. José Barros
3. Serviço de Logística, Serviço de Sistemas de Informação, Serviços Financeiros, Serviço Faturação e Unidade de Alimentação - Dr.ª Rita Veloso
4. Administradores Hospitalares, com as exceções de deliberações anteriores - Dr.ª Rita Veloso
5. Gabinete de Relações Públicas e Comunicação - Prof. José Barros e Dr.ª Rita Veloso.

9. Caracterização do funcionamento do Conselho de Administração, do Conselho Geral e de Supervisão e do Conselho de Administração Executivo<sup>2</sup>, indicando designadamente:

a) Número de reuniões realizadas e grau de assiduidade de cada membro às reuniões realizadas<sup>3</sup>;

| 2022                                 |    | Dr. Paulo Barbosa | Prof. Doutor José Barros | Drª Rita Moreira* | Drª Rita Veloso | Enf. Eduardo Alves |
|--------------------------------------|----|-------------------|--------------------------|-------------------|-----------------|--------------------|
| Nº Ausências                         | 52 | 4                 | 5                        | 5                 | 10              | 6                  |
| Nº Reuniões realiza-<br>das Ano 2022 |    |                   |                          |                   |                 |                    |
| % Assiduidade                        |    |                   |                          |                   |                 |                    |

\*Cessou funções a 30/11/2022

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:

| Membro do Órgão<br>de Administração        | Acumulação de funções |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                     |
|--------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
|                                            | Entidade              | Função                                                                                                                                                                                                                                                                               | Regime                                                              |
| Dr. Paulo Jorge Barbosa Carvalho           | ICBAS, UP             | Professor associado convidado da unidade curricular “Clínica Médica” (5º ano) do Mestrado Integrado (MIM) em Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto (ICBAS).                                                                             | Público                                                             |
| Prof. Doutor José Fernando da Rocha Barros | ICBAS, UP             | Professor catedrático convidado do ICBAS. Regente da unidade curricular “Dissertação/ Projeto/ Estágio” (6º ano) e responsável pelo módulo de “Semiologia Neurológica” da unidade curricular “Semiologia e Fisiopatologia II” (3º ano) do MIM. Membro da comissão científica do MIM. | Público                                                             |
| Enfº Alfredo Eduardo Argulho Alves         | n.a.                  | n.a.                                                                                                                                                                                                                                                                                 | n.a.                                                                |
| Drª Rita Gonçalves Moreira*                | SUCH                  | Vogal Não Executiva do Serviço de Utilização Comum dos Hospitais– SUCH (abril 2022-novembro 2022)                                                                                                                                                                                    | Público                                                             |
|                                            | IBMC                  | Vogal Conselho Fiscal IBMC (fevereiro 2019-dezembro 2019)                                                                                                                                                                                                                            | Público                                                             |
| Drª Rita Sofia da Silva Veloso             | Nova Medical School;  | Professor Convidado                                                                                                                                                                                                                                                                  | Estabelecimentos de ensino superior público ou de interesse público |
|                                            | ISAG                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                     |

\*Cessou funções a 30/11/2022

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;

Nos termos da legislação em vigor, nº2 do artigo 6º do Estatuto do Gestor Público, o Decreto-Lei nº71/2007 de 27 de março na sua redação atual, a avaliação do desempenho das funções de gestão compete aos membros do Governo responsáveis pela área das finanças e pelo respetivo setor de atividade.

De acordo com o nº1 do artigo 6º do mesmo diploma, o desempenho das funções de gestão deve ser objeto de avaliação sistemática, tendo por parâmetros os objetivos fixados nas orientações estratégicas e setoriais (artigo 24º do Decreto-Lei nº133/2013 de 3 de outubro na sua redação atual), bem como os definidos no contrato-programa.

d) Comissões<sup>4</sup> 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.

Comissão Farmácia e Terapêutica

A CFT do CHUPorto é constituída por 8 membros permanentes e um membro não permanente, em representação da Comissão de Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (CCI-RA) da instituição.  
A CFT foi renomeada em 19 de março de 2021, para o triénio 2021-2024.

- Os oito membros permanentes são os mesmos:
- Paulo Ilídio dos Santos Paiva, Médico, Presidente da CFT;
  - Patrocínia Maria Pinto de Castro Rocha, Farmacêutica, Diretora dos Serviços Farmacêuticos;
  - Josefina Maria de Sousa Santos Lascasas, Médica;
  - Filinto Bernardino Marcos Correia de Barros, Médico;
  - Sara Isabel Mendes Rocha, Médica;
  - Maria Teresa Fernandes Cunha, Farmacêutica, com função complementar de Secretariat a CFT;
  - Bárbara Gisela Bastos Santos, Farmacêutica, com função complementar de Secretariat a CFT;
  - Alexandra Maria da Costa Quintas, Farmacêutica, com função complementar de Secretariat a CFT.
- As competências da CFT do CHUPorto são:
- Atuar como órgão de ligação entre os serviços de ação médica e os Serviços Farmacêuticos;
  - Pronunciar-se sobre a adequação da terapêutica prescrita aos doentes, sem quebra das normas deontológicas;

<sup>2</sup> Deve ser ajustado ao modelo de governo adotado.  
<sup>3</sup> A informação poderá ser apresentada sob a forma de quadro.  
<sup>4</sup> Que incluam ou tenham a participação de elementos do órgão de administração ou supervisão

- Selecionar, designadamente entre as alternativas terapêuticas previstas no Formulário Nacional de Medicamentos (FNM) a lista de medicamentos que serão disponibilizados pela instituição, e implementar e monitorizar o cumprimento dos critérios de utilização de medicamentos emitidos pela Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica (CNFT) e dos protocolos de utilização na entidade;
- Monitorizar os dados resultantes da utilização de medicamentos e outras tecnologias de saúde, nomeadamente através dos registos que tenham sido considerados necessários no âmbito de decisões de financiamento;
- Representar a instituição na articulação com a CNFT e colaborar com a mesma disponibilizando a informação e os pareceres acerca da utilização dos medicamentos na sua instituição, sempre que para isso for solicitada;
- Analisar com cada serviço hospitalar os custos da terapêutica que lhe são imputados, auditando periodicamente e identificando desvios na utilização dos medicamentos;
- Em articulação com o Monitor da Prescrição Médica, monitorizar a prescrição interna de medicamentos com o objetivo de emitir relatórios trimestrais, obter indicadores relativos à sua prescrição e implementar mecanismos regulares de acompanhamento e discussão interpares dessa informação, em conformidade com o previsto no Despacho n.º 17069/2011.
- Zelar pelo cumprimento das obrigações decorrentes do Despacho n.º 13382/2012 nomeadamente no que se refere ao envio regular de informação sobre a prescrição e sobre a dispensa de medicamentos pela unidade hospitalar;
- Diligenciar a promoção de estratégias efetivas na utilização racional do medicamento na instituição;
- Colaborar com o Sistema Nacional de Farmacovigilância, nos termos da legislação em vigor;
- Articular com as diferentes Comissões com responsabilidades no âmbito do medicamento, nomeadamente com a CCIRA, estabelecendo mecanismos de monitorização e utilização racional de antimicrobianos dentro dos objetivos e competências da mesma;
- Propor o que tiver por conveniente dentro das matérias da sua competência.

A CFT funcionou em 2021 em reuniões regulares semanais dos membros permanentes, às quartas-feiras, das 14:30 às 17horas.

O membro em representação da CCIRA reuniu mensalmente em plenário da CFT numa das reuniões regulares.

Sempre que necessário ou solicitado pelo Diretor Clínico a CFT pode reunir de forma extraordinária, mediante convocatória do Presidente.

A CFT pronuncia-se sobre as questões que lhe são submetidas mediante a emissão de pareceres.

Os pareceres são sempre fundamentados e devem concluir de modo expresso e claro sobre todas as questões suscitadas.

Para o funcionamento regular do plenário da CFT devem estar presentes metade dos seus membros; durante 2020, a situação de emergência nacional obrigou a realizar as reuniões regulares por vezes com menos elementos, mas sempre com a presença do Presidente e da Diretora dos S. Farmacêuticos.

De cada reunião da CFT é elaborada uma Ata onde constam todas as decisões tomadas, a respetiva fundamentação e votação dos presentes. As atas são assinadas por todos os presentes.

Durante o ano 2022 a CFT teve 48 Reuniões Regulares. Foram produzidos centenas de pareceres sobre pedidos de medicamentos. Estas decisões incluíram:

1. Decisões no âmbito da utilização condicionada de medicamentos no CHUPorto;
2. Discussão e publicação de pareceres sobre estratégia de utilização de medicamentos;
3. Pareceres sobre introdução de novos medicamentos no CHUPorto;
4. Pareceres sobre pedidos de autorizações excecionais de medicamentos ainda sem avaliação finalizada pelo SNS e respetiva submissão ao Infarmed;
5. Pareceres sobre utilizações off-label.
6. Pareceres sobre protocolos terapêuticos.

As decisões da CFT, ratificadas pela Direção Clínica e/ou CA, são publicadas e implementadas no Circuito do Medicamento com articulação com a Equipa do CdM, com quem a CFT reúne mensalmente.

A CFT colabora com o Monitor da Prescrição Médica para a elaboração e envio, trimestralmente, para a ACSS dos Relatórios de Monitorização da Prescrição Médica da instituição.

O presidente da CFT e a Diretora dos Serviços Farmacêuticos participam e colaboram regularmente nos trabalhos da Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica do Infarmed. Para o efeito participaram nas reuniões mensais dessa instituição, que a partir de março de 2020 passaram a ser virtuais, em plataforma digital. Aí elaboraram diversos pareceres sobre utilização de medicamentos para o Formulário Nacional de Medicamentos.

Na dependência da CFT estão constituídas subcomissões especializadas ou consultas de grupo que atuam sectorialmente no âmbito das respetivas competências como assessorias técnicas da CFT.

Compete às subcomissões e consultas de grupo a emissão de pareceres técnicos sobre questões que lhes sejam especificamente colocadas.

Em 2022 funcionaram regularmente e emitiram documentos e pedidos ou pareceres para a CFT:

- Consulta de Grupo de VIH
- Consulta de Grupo de Doença Autoimunes, Dermatologia e DII.

### Comissão Farmacovigilância

A Comissão de Farmacovigilância tem a sua atividade coordenada pelo Gabinete de Governação Clínica do Departamento da Qualidade. Tem como objetivos estratégicos integrar na sua ação as orientações do 3º Desafio Mundial da Segurança do Paciente da OMS cujo tema é "Medicação sem Dano".

A sua atividade, tem sido desenvolvida no âmbito da promoção da notificação de eventos adversos, na vigilância e divulgação interna dos efeitos laterais reportados de novo sobre medicamentos em uso na Instituição e de emitir alertas de segurança que de forma preventiva possam contribuir para uma prática segura no circuito do medicamento no CHUPorto. Tem desenvolvido um papel importante na área dos medicamentos LASA – Look Alike Sound Alike, e dos Medicamentos de Alerta Máximo, sensibilizando e formando os profissionais para os temas assim como divulgando alertas respetivos e metodologias de trabalho mais seguras no circuito do medicamento.

## Comissão da Qualidade e Segurança

Composição: Presidente: Dr.<sup>a</sup> Isabel Alexandra Santos  
Elementos: Eng. Luís Filipe Pereira; Dr.<sup>a</sup> Cristina Fiúza Branco;  
Enf. Manuel Valente; Dr.<sup>a</sup> Rosa Areias; Dr.<sup>a</sup> Ernestina Reis; Enf.<sup>a</sup>  
Alexandra Fernandes; Dr. André Luís.

A Comissão da Qualidade e Segurança (CQS) do CHUPorto foi constituída em 2013 na sequência do Despacho nº 3635/2013.

Surge como uma estrutura funcional que se articula com a Direção Geral da Saúde (DGS) para concretizar os objetivos da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (ENQS).

As atividades da CQS no CHUPorto seguem o modelo definido pelo Departamento da Qualidade na Saúde, desenvolvendo localmente as prioridades estratégicas e as ações definidas na ENQS concretizada nos objetivos estratégicos do plano nacional para a segurança dos doentes. Este foi recentemente atualizado a 24 de setembro de 2021 e publicado o Despacho n.º 9390/2021, que aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 - 2026 (PNSD 2021 -2026). Assenta em 5 grandes pilares, com os respetivos objetivos estratégicos, a que acrescentam as respetivas ações e metas:

- Pilar 1: Cultura de segurança;
- Pilar 2: Liderança e governança;
- Pilar 3: Comunicação;
- Pilar 4: Prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente;
- Pilar 5: Práticas seguras em ambientes seguros; As ações da CQS concretizam-se em atividades de formação institucional no âmbito da governação clínica e da qualidade e segurança, como por exemplo, sobre notificação de eventos, auditoria clínica e quedas. A CQS reúne anualmente com o Departamento da Qualidade na Saúde da DGS. Essas reuniões são propostas pela DGS e têm como objetivo sistematizar os aspetos anuais da ENQS a priorizar nas instituições de saúde.

A CQS operacionaliza as atividades emanadas pela DGS, nomeadamente o questionário da cultura de segurança dos hospitais. Desempenha um papel importante na divulgação e dinamização das Normas de Orientação Clínica (NOC) emitidas pela DGS, assim como na implementação de auditorias clínicas propostas por estas NOC.

## Comissão de Transfusão e Alternativas Transfusionais

(Triénio de maio de 2021 a maio de 2024)

### Presidente

Marika Mónica Bini Antunes, Imuno-hemoterapeuta, Serviço de Hematologia

### Vogais

Ana Margarida Almeida, Pediatra, SCINP

Ana Maria Soares Oliveira, Enfermeira-Gestora, Serviço de Urologia

Ana Rita Teixeira Faria Mota, Enfermeira, SNCIP

André Filipe Monteiro Santos Luís, Cirurgião maxilofacial, Departamento da Qualidade

António Manuel Gamboa Canha, Cirurgião geral, Serviço de Cirurgia

Cidália Manuela Pereira Silva, TSDT, Departamento da Qualidade

Elizabete Maria Neutel Silva, Anestesiologista, Serviço de Anestesiologia

Maria Esmeralda Silva Cleto, Pediatra, Serviço de Pediatria

Graça M. Gouveia Carvalho Buchner, Obstetra, Departamento da Mulher

Helena Sofia Querido dos Santos, Enfermeira, Serviço de Pediatria

Heloísa Sandra Magalhães Babo Castro, Internista, Serviço de Cuidados Intensivos

João de Melo Sampaio de Araújo Correia, internista, Serviço de Medicina,

Marco Sampaio Gonçalves Pinto, Imuno-hemoterapeuta, Serviço de Hematologia

Maria Eduarda Ribeiro Valente, Farmacêutica, Serviço de Hematologia

Marta Maria Almeida Pereira, Farmacêutica, Serviços Farmacêuticos

Paula Alexandra Sá, Serviço de Anestesiologia

Sara Cristina Guimarães Gonçalves Morais Figueira, Pediatra, SCINP

SCINP- Serviço de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos  
TSDT- Técnica Superior de Diagnóstico e Terapêutica

A Comissão de transfusão e alternativas transfusionais é um órgão consultivo do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUPorto).

Nos termos do Artigo 20º do Regulamento Interno do Centro Hospitalar Universitário do Porto a Comissão de transfusão e alternativas transfusionais “tem competências na promoção de consensos e boas práticas de transfusão de sangue, hemoderivados e produtos alternativos, segurança transfusional, hemovigilância, educação, formação e auditoria na área”.

Para além das competências estabelecidas no Artigo 20º do Regulamento Interno do Centro Hospitalar Universitário do Porto, a Comissão transfusional esteve empenhada, ao longo do ano de 2022, na revisão da Conferência de Consenso sobre o uso de sangue e hemoderivados (ed. 2011).

Atualmente está a ser formatada a versão revista da Conferência de Consenso, com previsão de publicação no portal para este ano de 2023.

Em particular, na versão revista inserimos um capítulo dedicado ao “patient blood management” e foi completamente reelaborado o capítulo dedicado à transfusão de hemoderivados, face aos novos conhecimentos e produtos disponíveis.

Continuamos a trabalhar com os sistemas de informação no processo de desmaterialização da requisição da transfusão e hemoderivados e na informatização dos circuitos de hemovigilância no sentido de otimizar os registos e a segurança transfusional.

Não houve alterações à constituição da comissão transfusional no ano de 2022.

## Comissão Técnica de Certificação da Interrupção da Gravidez

### 1. Renovação da Composição da Comissão Técnica de Certificação da Interrupção da Gravidez (2022)

#### Presidente

Prof. Doutor Luís Guedes Martins (Assistente Hospitalar Graduado de Obstetrícia e Ginecologia, Diretor do Centro de Medicina Fetal-Medicina Fetal Porto / CMIN-CHUP)

#### Membros efetivos

Prof. Doutor Luís Guedes Martins (Assistente Hospitalar de Obstetrícia e Ginecologia, Diretor do Centro de Medicina Fetal-Medicina Fetal Porto / CMIN-CHUP) [OM 43831; N Mec 9829]

Dra Luísa Ferreira (Assistente Hospitalar Graduada de Obstetrícia e Ginecologia) [OM 29942; N Mec 4663]

Dra Luísa Carreira (Assistente Hospitalar de Pediatria/Neonatologia) [OM 28989; N Mec 4114]

#### Suplentes

Dra Cristina Dias (Assistente Hospitalar Graduada de Obstetrícia e Ginecologia) [OM 33893; N Mec 5288]

Dra Cármen Carvalho (Assistente Hospitalar Graduada de Neonatologia/Pediatria) [OM33322; N Mec 31112]

Dra Natália Tkachenko (Assistente Hospitalar de Genética Médica) [OM 50617; N Mec 25245]

Dra Paula Matos (Assistente Hospitalar de Pediatria/Nefrologia Pediátrica) [OM 28929; N Mec 4116]

Dra Céu Mota (Assistente Hospitalar de Pediatria/Neonatologia/Genética Médica) [OM 32421; N Mec 21095]

Dra Ana Cristina Cunha (Assistente Hospitalar Graduada de Obstetrícia e Ginecologia, Medicina Fetal) [OM 31860; N Mec 30679]

### 2. Competências da Comissão Técnica de Certificação da Interrupção da Gravidez

A competência essencial da comissão é avaliar/analisar os pedidos de interrupção médica da gravidez (efetuados pelos casais/grávida, após aconselhamento extenso) e decidir à luz da Lei corrente o caráter de elegibilidade para prosseguir com o pedido. É, portanto, a sua competência a certificação da situação prevista na alínea c) do n.º 1 do artigo 142.º do Código Penal (Não é punível a interrupção da gravidez efectuada por médico, ou sob a sua direcção, em estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido e com o consentimento da mulher grávida, quando houver seguros motivos para prever que o nascituro virá a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita, e for realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez, excepcionando-se as situações de fetos inviáveis, caso em que a interrupção poderá ser praticada em qualquer idade gestacional).

### 3. Atividade desenvolvida durante o ano de 2022

Todos os pedidos de interrupção médica da gravidez são efetuados em consulta especializada de Medicina Fetal, após aconselhamento extenso, por especialista em Obstetrícia/Ginecologia, com diferenciação em Medicina Fetal.

Em 2022 foram realizadas 66 interrupções médicas da gravidez por anomalias fetais no CMIN. A idade materna média foi 32.56 anos. Cerca de 90% das gestações resultaram de concepção espontânea e 23% apresentavam maus antecedentes obstétricos. A idade gestacional média no momento da reunião da Comissão Técnica de Certificação da Interrupção da Gravidez foi de 16 semanas com 98% dos casos antes das 25 semanas. Aproximadamente 30% dos casos foram referenciados do exterior. Os distúrbios genéticos foram a causa mais registada, sendo a trissomia 21 a cromossomopatia mais frequente. Defeitos do sistema nervoso central e cardíaco foram as outras anomalias mais comuns. O tempo médio compreendido entre o pedido do casal e a decisão da Comissão Técnica de Certificação da Interrupção da Gravidez foi 1.61 dias úteis e 2.5 dias entre esta decisão e o início do processo de IMG. Após protocolo medicamentoso, 8% dos casos precisaram de abordagem cirúrgica. Não se registaram complicações major associadas aos procedimentos descritos.

### Comissão de Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (CCIRA)

#### 1.Composição

A CCIRA é constituída por um núcleo executivo com atividade permanente e um vasto grupo consultivo. O grupo permanente é composto por 3 enfermeiros e 1 assistente técnica com horário dedicado completo, 1 médica com 26 horas semanais, outra com 20 e o médico coordenador com 30. Uma das médicas é responsável pelo Programa de Apoio à Prescrição de Antimicrobianos (PAPA). Os elementos do núcleo consultivo, necessário para dotar a comissão de capacidade para intervenção em áreas específicas, participam nas reuniões periódicas e desenvolvem trabalho pontual dirigido às suas áreas de intervenção: intensivismo, pediatria, neonatologia, cirurgia, farmácia e patologia clínica.

#### Núcleo Permanente

Coordenador: Júlio Rodrigues de Oliveira (Assistente Hospitalar Graduado de Medicina Interna). Responsável pelo PAPA: Ernestina Reis (Assistente Hospitalar Graduada de Medicina Interna).

Enfermeira Responsável: Alexandra Fernandes (Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária).

Manuel Mota (Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária), Paula Rodrigues (Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária), Soraia Almeida (Assistente Hospitalar de Infeciologia).

### Núcleo Consultivo

Cláudia Santos (Microbiologista e Assistente Hospitalar Graduado Patologia Clínica), José Polónia (Assistente Hospitalar Graduado de Cirurgia), Marisa Santos (Assistente Hospitalar Graduado de Cirurgia), Irene Aragão (Assistente Hospitalar Graduada de Anestesiologia e Cuidados Intensivos), Teresa Cardoso (Assistente Hospitalar Graduada de Medicina Interna e Cuidados Intensivos), Laura Marques (Assistente Hospitalar Graduada de Pediatria), Luísa Lopes (Neonatalogista e Assistente Hospitalar Graduado de Pediatria), Dr.<sup>a</sup> Cristina Soares (Farmacêutica Hospitalar).

### Rede de Interlocutores

Cada serviço ou unidade clínica do CHUPorto tem designados 1 par de elementos, médicos e enfermeiros, que representam a hierarquia do serviço, auditam as práticas de prevenção e controlo da infeção, comunicam os resultados analisados pela CCIRA aos seus pares, e implementam as medidas necessárias. Constituem-se como os elos de ligação entre cada serviço e a CCIRA.

## 2. Objetivos

A Comissão de Controlo da Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (CCIRA) do CHUPorto corresponde ao GCL- PPCIRA (Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo da Infeção e Resistência aos Antimicrobianos) definido na sua constituição e funções por Despacho do Secretário de Estado Adjunto do Ministério da Saúde, n.º 2902 de 2013, atualizado em 8 setembro de 2022 pelo Despacho 10901. São objetivos gerais, incluindo-se na ação do plano nacional prioritário PPCIRA, a redução da taxa de infeção associada aos cuidados de saúde, a promoção do correto uso de antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismos resistentes ao tratamento.

## 3. Atividade

O dia-a-dia da CCIRA tem atividade corrente permanente exigente no apoio à decisão sobre precauções de controlo da infeção em casos particulares, gestão de surtos e apoio à prescrição antimicrobiana. Para além da resposta imediata a solicitações de consultadoria, mantém vigilância permanente dos microrganismos epidemiologicamente significativos identificados pelo serviço de microbiologia e prescrições de antimicrobianos de uso restrito, particularmente dos carbapenemos. Quer a vigilância microbiológica quer a validação das prescrições estão centradas em programas informáticos que mantêm informação atualizada ao minuto. Sempre que pertinente, elementos da comissão visitam ou comunicam com os serviços no sentido de incentivar as boas práticas, corrigir intervenções ou prestar outros apoios.

A comissão intervém na Vigilância Epidemiológica, no Programa de Apoio à Prescrição de Antimicrobianos (PAPA), em Pareceres sobre aquisições e obras, em Formação e na Integração de outras comissões e grupos de trabalho do CHUPorto.

Durante 2022, estabeleceu-se definitivamente a fase de recuperação da pandemia COVID-19. Manteve-se a recuperação da atividade regular da instituição, ainda pontualmente condicionada pela flutuante prevalência da COVID-19 que ainda exigiu parte significativa da atividade da CCIRA. Os objetivos foram adaptados às circunstâncias tendo sido possível atingir parte das metas anuais.

## Comissão de Ética da Saúde

A Comissão de Ética (CE) tem uma composição multidisciplinar, sendo constituída por onze membros, não pertencentes aos órgãos de administração e gestão hospitalar e/ou académica.

No âmbito da CE funciona a Entidade de Verificação da Admissibilidade e Colheita para Transplante (EVA). Esta tem uma composição multidisciplinar, integrando três membros da CE.

- Prof. Doutor João Nuno Melo Beirão (Presidente)
- Dr.<sup>a</sup> Paulina Maria de Carvalho Araújo Fernandes Ferreira
- Aguiar (Vice-Presidente)
- Prof. Dr. Aníbal António Braga de Albuquerque
- Prof.<sup>a</sup> Doutora Carla Margarida Coelho Marques Abrantes Teixeira Claro Fonseca
- Dr.<sup>a</sup> Cármen Dolores Moreira de Carvalho
- Dr.<sup>a</sup> Fernanda Manuela Pereira da Costa
- Mestre Virgínio da Costa Ribeiro
- Prof. Doutor José António Pinho da Silva
- Prof.<sup>a</sup> Doutora Margarida Duarte Cerqueira Martins de Araújo
- Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria Strecht Monteiro Mata de Almeida
- Prof.<sup>a</sup> Doutora Susana Pinto Leite Vasconcelos Teixeira de Magalhães.

À CE compete exercer as competências gerais e específicas que lhe são atribuídas pelo Decreto-Lei n.º 80/2018, de 15 de outubro, bem como na legislação conexa e complementar, designadamente nos termos da Lei n.º 21/2014, de 16 de abril, e do Regulamento (UE) n.º 536/2014, do Parlamento e do Conselho de 16 de abril.

A comissão desenvolve a sua atividade no âmbito das suas competências gerais, da prática clínica assistencial, da investigação clínica e biomédica.

No exercício das suas competências, a CE pondera, em especial, o estabelecido na lei, nos códigos deontológicos, assim como nas convenções, declarações e diretrizes internacionais existentes sobre as matérias a apreciar.

Compete-lhe também, pronunciar-se sobre os pedidos para a utilização de medicamentos, fora das indicações previstas no respetivo Resumo das Características do Medicamento (RCM) – utilização fora do RCM, também designada por off-label – em todas as áreas do CHUPorto.

## Comissão Coordenação Oncológica

### Composição:

- Prof. Doutor António Araújo (Assistente Graduado Sénior de Oncologia)
- Dr. José Ramon Vázquez (Assistente Graduado de Anatomia Patológica)
- Dr. José Davide da Silva, (Assistente Graduado Sénior de Cirurgia Geral)
- Prof. Doutor Ricardo Jorge Pinto (Assistente Graduado de Gastroenterologia)
- Prof. Doutora Manuela França (Assistente de Radiologia)
- Prof. Doutor Avelino Fraga (Assistente Graduado Sénior de Urologia)
- Dra. Glória Rodrigues (Farmacêutica Hospitalar; Assistente)
- Dra. Cláudia Casais (Assistente Graduada de Hematologia)
- Dra. Joana Gonçalves (Assistente de Oncologia)
- Dra. Catarina Oliveira (Assistente de Pneumologia).

A composição da Comissão de Coordenação Oncológica sofreu alterações em 2022 em consequência da saída de elementos do CHUPorto. A nova composição foi aprovada em reunião do Conselho de Administração de 06.07.2022.

O estabelecido na Portaria nº 420/1990, de 08 de junho, complementada pela Resolução do Conselho de Ministros nº 129/2001, de 17 de agosto, não identifica um período de mandato, pelo que esta Comissão estará indigitada enquanto assim aprovar ao Conselho de Administração.

As competências da comissão coordenação Oncológica são as que decorrem da Portaria 420/90, de 08 de junho, nomeadamente as seguintes:

- a)** Organizar as consultas de grupo, multidisciplinares, com o objetivo de analisar e definir a estratégia de diagnóstico e terapêutica relativa a casos clínicos oncológicos;
- b)** Aprovar protocolos de atuação diagnóstica e terapêutica dos diversos tipos de doença oncológica;
- c)** Emitir parecer sobre a estrutura do hospital no âmbito da oncologia;
- d)** Promover e coordenar o registo hospitalar do cancro.

## **Comissão de Ventilação não Invasiva e Ventiloterapia Domiciliária**

### **1. Introdução**

A comissão foi criada em 1995 para planear a orientação em ambulatório de doentes com insuficiência respiratória e dependentes crónicos de ventilação artificial, facilitando a alta para o domicílio. Em 1996 abriu a Consulta de Ventiloterapia Domiciliária que incluiu médicos de Cuidados Intensivos e de Medicina Interna.

A comissão evoluiu no desenvolvimento da Ventilação Não Invasiva (VNI), permitindo tratamento da insuficiência respiratória aguda (IRA) fora das unidades intensivas.

Tem sido mantida ao longo dos anos a formação multiprofissional em eficácia e segurança, com a colaboração do DEFI, além da formação em serviço de médicos e enfermeiros.

Em 2002 a comissão incluiu dois enfermeiros e foram identificados interlocutores nos serviços onde se aplica a VNI (serviços de Urgência, Medicina e Cuidados Intensivos).

Em 2006 disponibilizaram-se ventiladores portáteis e promoveu-se a sua uniformização e a distribuição através do Parque de Equipamentos (um projeto pioneiro), além da revisão da política de armazenamento, manutenção, desinfeção e distribuição. Alargou-se o âmbito de utilizadores (Cardiologia, Pediatria) e de indicações.

Em 2008 a comissão passou a incluir todas as unidades do CHUPorto e integrou um Administrador Hospitalar, que foi uma mais-valia no desenvolvimento da VNI.

Em 2009 avançou-se para um concurso de aquisição de serviços respiratórios domiciliários, para doentes com insuficiência respiratória crónica grave em ventilação domiciliária, um passo inovador e de qualidade assistencial.

Em 2010 foi criada a prescrição eletrónica dos cuidados respiratórios crónicos domiciliários, percussora da prescrição nacional.

Em 2011 foi criado no Portal Interno uma página com disponibilização de informação técnica, normas e documentos internos.

### **2. Missão**

- Promover a utilização racional e adequada da VNI e o acompanhamento dos doentes ventilados cronicamente;
- Estimular a adesão dos profissionais e utentes internados à VNI, proporcionando formação a profissionais, utentes e cuidadores;
- Facilitar a antecipação das altas, garantindo apoio no domicílio;
- Garantir a gestão e requerer a auditoria dos circuitos de materiais e equipamentos.

### **3. Âmbito**

- Consultadoria técnica, trabalhando em conjunto com os serviços clínicos nas definições dos dispositivos, distribuição, manutenção, reposição e apreciação de inovações;
- Colaboração com estruturas transversais na definição de procedimentos que permitam uma distribuição atempada e adequada de todo o equipamento para a VNI.

### **4. Competências**

- Divulgar e garantir o cumprimento das boas práticas para utilização da VNI e dos cuidados respiratórios domiciliários de acordo com as normas da DGS;
- Emitir pareceres sobre a política de material;
- Definir e propor uma política de normalização dos equipamentos;
- Desenvolver normas de utilização e procedimentos transversais visando uma utilização racional dos recursos;
- Formação, em serviço e teórico-prática, sobre indicação, benefícios, riscos e regras.

### **5. Funcionamento**

- A comissão tem um coordenador médico e uma composição multidisciplinar;
- Reúne uma vez por mês e sempre que se justifique;
- Tem um secretariado administrativo partilhado;
- Equipa multidisciplinar e multiprofissional.

#### **Coordenadora**

Dr.<sup>a</sup> Elga René Freire, Serviço de Medicina

#### **Vogais**

Dr.<sup>a</sup> Ana Luísa Rego, Unidade de Cuidados Intermédios do Serviço de Cuidados Intensivos (SCI)

Enf.<sup>a</sup> Vera Ramos, Serviço de Urgência

Enf.<sup>a</sup> Fátima Silva, Serviço de Medicina Física e Reabilitação

Dr.<sup>a</sup> Irene Aragão, SCI, Comissão de Normalização de Material de Consumo e Equipamentos Clínicos

Dr.<sup>a</sup> Joana Gomes, Serviço de Pneumologia

Dr. João Neves, Serviço de Medicina

Dr.<sup>a</sup> Lurdes Morais, Serviço de Pediatria

Enf.<sup>a</sup> Rosário Sousa, Serviço de Pediatria.

Atividades da Comissão de VNI e Ventiloterapia Domiciliária do CHUPorto em 2022:

- Organização de um Curso de VNI, no DEFI no dia 30 de novembro
  - Reestruturado o curso em formato B-learning
  - 18 formandos (11 enfermeiros e 7 médicos).
- Colaboração com os responsáveis do parque de equipamentos e do aprovisionamento em relação ao material de VNI e Oxigénio de Alto Fluxo (aparelhos e consumíveis).
- Prescrição dos cuidados respiratórios no CDM: atualizada a proposta para a gestora do CDM.
- Manual de Políticas e Procedimentos do CHUPorto.
- Em elaboração proposta sobre VNI, Oxigénio alto Fluxo e Oxigenoterapia (a aguardar resolução do parque de equipamentos e aprovisionamento).
- Atualização do sub-portal.
- Participação num estudo nacional sobre os doentes com ELA e VNI, organizado pela SPP - Sociedade Portuguesa de Pneumologia (já autorizado pela Comissão de Ética do CHUPorto).
- Durante o ano de 2022 foram feitas oito reuniões presenciais da comissão cujas atas poderão ser fornecidas.

### **Comissão Hospitalar de Avaliação de Tecnologias da Saúde – Dispositivos Médicos (CHATS – DM)**

#### **Composição**

A comissão tem como Presidente um médico nomeado pelo CA, que propõe os restantes membros da comissão.

Deverá ser constituída por sete profissionais, cinco médicos, entre os quais está incluído o Presidente, um representante do grupo de enfermagem e o diretor do serviço de aprovisionamento:

Severo Torres – AH Graduado Sénior e Diretor de Serviço de Cardiologia, Prof. Associado convidado do ICBAS; José Maria La Fuente de Carvalho – AH Graduado Sénior de Urologia, Prof. Catedrático Convidado do ICBAS; Humberto Machado - AH Graduado Sénior e Diretor de Serviço de Anestesia, Prof. Associado convidado do ICBAS; Mário Santos – AH de Cardiologia, Prof. Auxiliar Convidado da FMUP e Docente Externo do ICBAS; Paulo Paiva – AH de Medicina Interna, Prof. Auxiliar Convidado do ICBAS, Diretor da Comissão de Farmácia e Terapêutica; Rui Mota – Engenheiro Mecânico, Diretor do Serviço de Aprovisionamento.

A CHATS – DM é um órgão de assessoria técnica e de ligação entre os serviços de ação médica e o serviço de aprovisionamento.

As principais competências podem ser agrupadas em duas categorias: Avaliação de novos Dispositivos Médicos (DM) e Otimização da utilização dos DM existentes.

Em linhas gerais, a CHATS-DM tem acompanhado a despesa em dispositivos médicos, sensibilizando os respetivos Serviços para a implementação de medidas para o seu controle e redução, estimulou a abertura de concursos de dispositivos, monitorizando o seu desenvolvimento, deu parecer sobre a introdução de novos dispositivos e colaborou com o projeto de gestão informatizada das consignações que está em desenvolvimento pelo Serviço de Aprovisionamento.

### **Comissão de Proteção contra Radiações (CPCR)**

Técnica Filomena Oliveira - RPR

Dr. João Xavier

Dra. Lúcia Costa

Prof. Doutora Manuela França

Técnica Cláudia Machado

Técnico Ruben Pinto

Técnico António Rodrigues

Técnico Marta Oliveira

#### **Constituição**

A Comissão é constituída por três médicos (um neurorradiologista, uma radiologista e uma nuclearista), quatro TSDT de radiologia e um TSDT de medicina nuclear, sendo assessorada por dois especialistas em física médica.

A Responsável pela Proteção Radiológica é Técnica de Radiologia e Perita Qualificada Nível 2.

#### **Competências**

Mantêm-se as competências constantes do relatório de 2021:

A Comissão de Proteção contra Radiações (CPCR) visa assegurar o desenvolvimento e implementação de políticas e procedimentos de proteção contra radiações ionizantes, assim como garantir a existência de um fórum institucional de consulta, comunicação e disseminação de informação em matéria de radiação. São suas competências:

1. Coordenar o programa de controlo de qualidade dos equipamentos, a avaliação da proteção radiológica das instalações, o licenciamento de equipamentos e avaliação do equipamento de proteção individual.
2. Monitorizar os relatórios de dosimetria individual e promover a iniciação do controlo dosimétrico de novos profissionais.
3. Apoiar tecnicamente o Serviço de Aquisições na elaboração de processos de aquisição de materiais e equipamentos de proteção radiológica e propor a sua seleção.
4. Desenvolver, implementar e manter atualizados políticas e procedimentos no âmbito da proteção radiológica.
5. Desenvolver ações de formação em Proteção Radiológica aos profissionais envolvidos em procedimentos com recurso a radiação ionizante.

#### **Atividades 2022**

A atividade desenvolvida:

1. Monitorização dos relatórios de dosimetria individual dos profissionais expostos a radiações e monitorizados por dosímetro termoluminescente;
2. Articulação com o Serviço de Saúde Ocupacional no acompanhamento dos profissionais expostos a radiação ionizante;
3. Acompanhamento dos processos de licenciamento dos equipamentos emissores de radiação;
4. Acompanhamento da avaliação das instalações radiológicas no âmbito da Proteção Radiológica, desencadeando os processos de correção das não conformidades;
5. Acompanhamento e monitorização do controlo de qualidade dos equipamentos radiológicos, desencadeando ações corretivas;
6. Avaliação dos eventos de notificação de dose elevada no paciente, desencadeando a sua análise de risco pelo Físico Responsável pela área de Radiodiagnóstico do CHUPorto;
7. Formação em Proteção e Segurança Radiológica a profissionais de valências cirúrgicas que recorrem a radiação ionizante durante as cirurgias ou procedimentos invasivos;

**8.** Emissão de pareceres sobre a aquisição de equipamento de proteção para salas de exames e cirúrgicas, onde são realizados procedimentos com recurso a radiação ionizante;

**9.** Júri de seleção para aquisição de equipamentos e fantasmas para verificação técnica de equipamentos e instalações radiológicas;

**10.** Desenvolvimento de trabalhos de investigação, na vertente da proteção radiológica dos trabalhadores e dos doentes, com apresentação de resultados em eventos científicos.

### **Comissão Normalização do Material de Consumo Clínico e Equipamentos**

A comissão de normalização de material de consumo clínico e equipamentos é um órgão consultivo responsável pela emissão de pareceres relativos à política de aquisição, manutenção e renovação de material e equipamentos, competindo-lhe, nomeadamente:

- a)** Emitir parecer acerca da introdução do material de consumo clínico e equipamentos;
- b)** Definir e propor uma política de normalização dos produtos dos consumíveis;
- c)** Apoiar o serviço de compras e logística na elaboração de processos de aquisição, em particular no que concerne à identificação e tipologia de produtos;
- d)** Pronunciar-se sobre os processos de aquisição de equipamentos que impliquem a utilização de consumíveis a pedido do serviço de compras e logística;
- e)** Desenvolver, em colaboração com outras comissões do CHUPorto, normas de utilização e procedimentos que sejam transversais na instituição e possibilitem uma utilização racional dos mesmos.

(exemplos: CCIRA, Comissão de Ventiloterapia)

No ano de 2022 esta Comissão não retomou ainda a atividade normal, que foi interrompida em fevereiro de 2020 no início da pandemia COVID 19. Muitos dos assuntos de material de consumo e equipamentos clínicos, neste período, foram sendo resolvidos à medida das necessidades, das faltas de produtos/e procura de novos fornecedores. Ainda não foi retomada a atividade prospetiva normal em colaboração com o Departamento de Aprovisionamento e Logística.

A oportunidade de trabalho conjunto com o Parque de Equipamentos, permitirá também retomar as propostas transversais para equipamentos e materiais mais eficientes.

Vários dos elementos da Comissão já não se encontram ao serviço e a oportunidade duma reformulação da mesma permitirá dar continuidade ao trabalho de assessoria desta Comissão, que se quer técnico, de proximidade entre a gestão e logística e as necessidades clínicas exigentes do CHUPorto.

### **Conselho Técnico dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica**

Ana Rosa Belo  
Ana Maria Silva  
Celso Cruz  
Eduardo Ribeiro  
Hélia Romeira  
Isabel Neves  
Isaías Paiva  
Maria dos Anjos Sá  
Maria Elisete Lopes  
Marta Oliveira  
Paula Fonseca

TSD  
Filomena Oliveira

#### **Constituição**

O Conselho Técnico (CT) dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica do CHUP é constituído pelos Técnicos Coordenadores das áreas de Análises Clínicas, Anatomia Patológica, Audiologia, Cardiologia, Dietética, Farmácia, Fisioterapia, Neurofisiologia, Ortótica, Radiologia e Terapia da Fala, sendo presidido pela Técnica Superior Diretora.

#### **Competências**

A nomeação da Técnica Superior Diretora impôs a revisão do regulamento interno do CT, que veio estabelecer a constituição, funcionamento e competências do mesmo, para além das genéricas já previstas no ponto 1, do artigo nº 13, do Dec. Lei nº 111/2017, assim como, definir as competências específicas da Técnica Superior Diretora.

Foram ainda subdelegadas na Técnica Superior Diretora competências do Vogal Executivo com funções de Diretor Clínico.

#### **Relatório de Atividades 2022**

- 1.** O CTTSDT reuniu ordinariamente na segunda 2ªfeira de cada mês e extraordinariamente sempre que convocado pelo seu Presidente, por decisão própria ou por solicitação de 2/3 dos seus membros;
- 2.** Foi efetuada uma avaliação da distribuição de recursos humanos por área funcional e por serviço;
- 3.** Apresentação superior de proposta, devidamente fundamentada, com mapa de necessidades para contratação de TSDT para 2023, por área funcional;
- 4.** Apresentação superior de proposta para vagas a disponibilizar para concursos de progressão na carreira, das diversas profissões das áreas de diagnóstico e terapêutica em 2023;
- 5.** Solicitação de abertura de procedimentos concursais para constituição de reservas de recrutamento para o exercício de funções em várias áreas de diagnóstico e terapêutica;
- 6.** Submissão de propostas para contratação de TSDT para substituições temporárias e definitivas;
- 7.** Articulação com o Conselho de Administração na apresentação de propostas para integração de TSDT em Comissões, do que resultou a integração de uma TSDT no Laboratório de Saúde Digital;
- 8.** Acompanhamento do cumprimento na aplicação de legislação aplicável aos TSDT;
- 9.** Elaboração de uma edição suplementar da Newsletter, a divulgar no início de 2023, sobre a temática dos TSDT na pandemia SARS- CoV-2.

## Comissão Sistemas de informação e do Processo Clínico Eletrónico

A Comissão de Sistemas de Informação e PCE (CSI e PCE) é um órgão multidisciplinar de apoio ao Conselho de Administração, sendo constituída por sete elementos: o vogal do CA que detém o pelouro do serviço de sistemas de informação, ou um elemento por si designado, que preside, o Diretor do Serviço de Sistemas de Informação ou um efetivo por ele designado, um administrador hospitalar, dois médicos, um enfermeiro, um técnico superior de saúde ou um técnico de diagnóstico e terapêutica e pelo Diretor do Departamento de Aprovisionamento e Logística ou um elemento por si designado.

### Competências

- a) Sistematizar e promover a integração das aplicações informáticas existentes no CHUPorto;
- b) Zelar pela adequação dos equipamentos e aplicações informáticas nos diferentes contextos de utilização no CHUPorto;
- c) Avaliar o grau de satisfação dos utilizadores relativamente aos programas disponíveis;
- d) Procurar soluções para dar resposta aos problemas levantados pela utilização das aplicações informáticas;
- e) Procurar soluções para automatizar processos do CHUPorto, clínicos e administrativos;
- f) Elaborar e manter atualizado o plano diretor de informática do CHUPorto;
- g) Acompanhar a implementação do plano estratégico;
- h) Dar parecer sobre os programas que internamente se pretendam adquirir ou instalar;
- i) Programar e dinamizar formações e ações informativas consideradas necessárias para uma correta utilização das aplicações informáticas;
- j) Promover as boas práticas de registo clínico;
- k) Coordenar o desenvolvimento contínuo do Processo Clínico Eletrónico tendo em vista o arquivamento estruturado e o acesso expedito à informação clínica integral;
- l) Zelar pela circulação adequada da informação no seio do CHUPorto e entre este e as restantes instituições do SNS;
- m) Acompanhar o trabalho da comissão terminologias clínicas;
- n) Zelar pela recolha de pequenas bases de dados espalhadas pelo CHUPorto com o desígnio à integração no PCE;
- o) Procurar novas soluções tecnológicas de melhoria contínua de processos de informação;
- p) Articulação com as iniciativas de promoção da Telemedicina identificado nos planos regionais para o desenvolvimento das teleconsultas, tele radiologia, rastreio de triagem dermatológica, rastreio de retinopatia diabética e em todas as especialidades prioritárias previstas no Despacho nº3571/2013.

Estão em análise as competências com a respetiva revisão de acordo com o Regulamento interno a definir na nova Entidade, o Centro Hospitalar Universitário Santo António.

### Direção de Enfermagem

Com a publicação do DL nº71/2019, de 27 de maio que regula a nova carreira de enfermagem a comissão de enfermagem passou a denominar-se de Direção de Enfermagem.

Segundo esse Decreto Lei a Direção de Enfermagem é composta pelo Enfermeiro Diretor e os enfermeiros com a categoria de enfermeiro gestor que se encontram em funções de direção e chefia. No entanto, para a mesma funcionar necessita de uma Lei que a regule.

Durante o ano de 2022, foram realizadas duas reuniões englobando os Enfermeiros Gestores e o Enfermeiros Gestores com Funções de Direção, tendo em conta o alívio gradual de medidas de comportamentos sociais impostas pelo necessário controlo da disseminação do SARS-COV-2.

Foi também realizada uma reunião envolvendo só os Enfermeiros Gestores com Funções de Direção.

Deu-se continuidade a algumas atividades iniciadas anteriormente, destacando-se:

- Atualização do manual transversal de funções de enfermagem tendo por base o DL nº 71/2019 de 27 de maio que regulamenta a carreira de Enfermagem;
- Apresentação e validação da lista dos interlocutores dos serviços nas diferentes comissões, cuja publicitação se encontra no portal interno de Enfermagem);
- Consultas de Enfermagem e seus atributos;
- História de Enfermagem no CHUPorto;
- Acreditação Idoneidade formativa “serviços piloto”;
- Apresentação dos documentos elaborados pelo CCA para ponderação curricular do Biênio 2021/2022;
- Validação de todos os documentos para avaliação do desempenho do Biênio 2023/2024, (Avaliadores, Cronograma, objetivos individuais e comportamentais na área da prestação de cuidados e gestão).

## Comissão de Prevenção da Violência no Setor da Saúde

A Comissão de Prevenção da Violência no Setor da Saúde do Centro Hospitalar e Universitário do Porto (CPVSS-CHUPorto) é uma comissão pluridisciplinar, nomeada em junho de 2021 e integrada no domínio do Departamento da Qualidade em maio de 2022. É atualmente constituída por treze membros, nomeadamente:

### Coordenadora

Cristiana Alexandra Rodrigues Almeida (Médica Internista; Ponto-Focal e Coordenadora).

### Vogais

André Filipe Monteiro Santos Luís (Médico de Cirurgia Maxilo-Facial; Gestor de Risco Clínico).

António Joaquim Santos P. Sá Marinho (Médico Internista; Equipa de Prevenção da Violência sobre Adultos).

Crisália Sofia Faria Barbosa (TSDT; Serviços Farmacêuticos).

José Carlos Baltazar Dias (Enfermeiro Gestor; Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do CMIN).

Luís Carlos Martins Delgado (Administrador Hospitalar do CGMJM).

Manuel José Gião Valente (Enfermeiro Gestor; Departamento da Qualidade).

Manuel Rocha Sousa Saraiva (Enfermeiro Gestor; UCIP do Serviço de Cuidados Intensivos, HSA).

Margarida Sara Salazar Mendes Moreira (Médica Psiquiatra; Diretora do Serviço de Humanização).

Maria Gabriela Machado Pereira (Enfermeira especialista; CICA).

Marlene Sofia Pereira Nogueira Bonifácio (Assistente Técnica; Serviço de Gestão de Doentes).

Rosa Susana Pacheco Correia (Psicóloga; Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental)

Tiago Fernandes Silva Montalvão Coelho (TS; Serviço de Logística).

A CPVSS, em articulação com as orientações emanadas pelo Grupo Operativo Regional para o Plano de Ação para a Prevenção da Violência no Setor da Saúde (PAPVSS), num paradigma de progressiva e contínua melhoria no âmbito preventivo, tem por base definir, coordenar e monitorizar intervenções que permitam prevenir e limitar, em número e em gravidade, assim como possíveis consequências de situações de violência sobre os profissionais de saúde do CHUPorto.

Durante o ano de 2022, foram desenvolvidas as seguintes atividades pela CPVSS:

1. Reuniões gerais, em formato híbrido, com uma periodicidade mensal média.
2. Elaboração da estrutura documental da Comissão, nomeadamente do “Regulamento da CPVSS” e da “Política de Prevenção da Violência e Segurança dos profissionais do Centro Hospitalar e Universitário do Porto”, e revisão do “Procedimento Geral - Gestão integrada da segurança e prevenção da violência nos profissionais do Centro Hospitalar e Universitário do Porto”.
3. Divulgação da temática prevenção da violência sobre profissionais no setor da saúde, âmbito da CPVSS, e gestão de conflitos nas ações de formação “Ética e humanização dos cuidados de saúde”, integradas no Plano de Formação Institucional do Departamento de Ensino, Formação e Investigação (DEFI); assim como divulgação da temática na reunião de Interlocutores da Qualidade (InQs), promovendo a definição de interlocutores (Grupo Operativo Local), nos Departamentos/ Serviços / Unidades.
4. Reuniões com os Pontos Focais de Segurança das 9ª e 18ª Esquadras da PSP.
5. Ação de sensibilização “Saúde em Segurança – Prevenção da Violência no Setor da Saúde”, realizada no CMIN, conjuntamente com a 18ª Esquadra da PSP.
6. Integração de informação proveniente do Gabinete de Segurança Nacional e do Grupo Operativo Regional, considerando necessidades no âmbito da promoção de ambientes de trabalho físico-espaciais protetores e seguros e de recursos associados a vigilância humana.
7. Promoção, junto do Serviço de Sistemas de Informação (SSI), da criação e estruturação funcional da plataforma eletrónica para “Notificação de Violência Contra Profissionais”, constante no Portal Interno.
8. Reuniões parcelares intercalares, sem periodicidade definida, com um mínimo de dois elementos da CPVSS, para avaliação de notificações de violência contra profissionais de saúde do CHUPorto, determinando a causa-raiz do problema e medidas preventivas.

9. Monitorização de indicadores relacionados com violência contra profissionais de saúde:

**9.1** N.º de situações de violência a profissionais do CHUPorto notificadas ao SSO, na forma de comunicação de acidente de trabalho;

**9.2** N.º de Consultas Médicas do SSO e N.º de Consultas de Psicologia do Trabalho, efetuadas no âmbito dos episódios de violência notificados;

**9.3** N.º de incidentes notificados no sistema interno de notificação geral de eventos adversos, enquadrados como “comportamento indevido” e N.º de ocorrências registadas pelos seguranças destacados no CHUPorto, ambos relacionados com violência contra profissionais de saúde;

**9.4** N.º de ações/ horas de formação anual efetuadas no DEFI relacionadas com gestão de conflitos, bem-estar e prevenção da violência e N.º de profissionais abrangidos.

## D. Fiscalização<sup>5</sup>

### 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.

A fiscalização do CHUPorto compete a um Conselho Fiscal e a 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 (artigo 15.º, n.º 2 dos Estatutos).

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 (artigo 15.º, n.º 3 dos Estatutos).

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 (artigo 15.º, n.º 4 dos Estatutos).

Nestes termos, o despacho conjunto das Finanças e da Saúde de 04-09-2018, designou para o mandato de 2018-2020 os membros do Conselho Fiscal para o CHUPorto e o despacho conjunto das Finanças e da Saúde de 18-12-2018 nomeou o Revisor Oficial de Contas para o mandato de 2018-2020.

À falta de nomeação para o ano de 2021 e 2022, de acordo com o n.º 6 do artigo 15º dos Estatutos, Anexo II do Decreto-Lei nº18/2017 de 10 de fevereiro, cessando o mandato do conselho fiscal e do revisor oficial de contas, mantêm-se os titulares em exercício de funções até à designação de novos ou à declaração ministerial de cessação de funções, o que tem vindo a suceder.

<sup>5</sup> Relativamente ao Fiscal Único deverá ser prestada a informação a que se referem os pontos 1 a 4 deste tópico V.D. Fiscalização e bem assim a informação a que se refere o tópico V.E. Revisor Oficial de Contas (ROC).

Com a entrada em vigor em agosto de 2022 do novo Estatuto do SNS e dos Estatutos dos hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e unidades locais de saúde, EPE, do capítulo IV do Decreto-lei nº52/2022 de 4 de agosto, o artigo 79º nº2, nº3 e nº4 sucedem o anterior artigo 15º e números 2, 3 e 4 respetivamente.

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

### **PRESIDENTE DO CONSELHO FISCAL**

**Carla Manuela Serra Galdes**

#### **Resumo**

- Manager de Auditoria na Deloitte entre 1996 e 2003.
- Revisora Oficial de Contas desde dezembro de 2001.
- Partner na Crowe Portugal desde 2004.

#### **Experiência profissional**

- Experiência profissional de 26 anos em auditoria financeira, tendo desenvolvido a sua atividade em diversas entidades nacionais e internacionais de natureza privada e pública, abrangendo diversos setores de atividade, nomeadamente, indústria, comércio, saúde, transportes, construção, setor público da educação (universidades e institutos politécnicos), setor público local (Municípios e empresas locais), bem como entidades do setor não lucrativo (associações e fundações).
- Membro do Conselho Fiscal de diversas entidades.
- Coautora do livro “Novo Normativo Contabilístico para as Entidades do Setor não Lucrativo – Casos Práticos”.

#### **Associações Profissionais**

- Membro da Ordem dos Revisores Oficiais de Contas.
- Membro da Ordem dos Economistas.
- Membro da Ordem dos Contabilistas Certificados.

#### **Formação**

- Licenciatura em Economia pela Universidade do Porto (Faculdade de Economia do Porto).
- Revisor Oficial de Contas.
- Pós-graduação em “Sistema de Normalização Contabilística para as Administrações Públicas” pelo IPCA – Instituto Politécnico do Cávado e do Ave.

### **VOGAL DO CONSELHO FISCAL**

**Maria das Dores de Sousa Silva**

#### **Experiência profissional**

- Chefe de equipa multidisciplinar da Inspeção-Geral de Finanças - Autoridade de Auditoria, desde 2015. Inspetora de Finanças da IGF, desde 1996.
- Outras atividades: Formadora no domínio da Contabilidade Pública.
- Membro suplente do Conselho Geral da Comissão de Normalização Contabilística, 2017 a 2020.
- Vogal do júri dos concursos das apostas mútuas da S.C.M. de Lisboa, em 2018.
- Vogal do júri do concurso “Fatura da Sorte”, de 2015 a 2018.
- Monitora do Programa Integrado de Cooperação e Assistência Técnica em Finanças Públicas – Cooperação com São Tomé e Príncipe, em 2010.

#### **Formação**

- Licenciatura em Economia, na Universidade Autónoma de Lisboa.
- Curso de Estudos Superiores Especializados em Auditoria no Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Lisboa.
- Pós-Graduação em Gestão e Controlo Financeiro e Orçamental na NOVA Information Management School.

### **VOGAL DO CONSELHO FISCAL**

**Fernando Manuel de Sousa de Pires de Matos**

#### **Formação**

- Licenciatura em Economia pela Faculdade de Economia do Porto.
- Prémio Doutor José António Sarmiento pela melhor classificação em Teoria Geral da Contabilidade.

#### **Experiência Profissional**

- Revisor Oficial de Contas desde março de 1991.
- Professor do ISAG – Instituto Superior de Administração e Gestão em disciplinas de Contabilidade de 1985 a 2005.
- Professor na Universidade Portucalense na disciplina de Cálculo Financeiro de 1985 a 2000.
- Técnico superior no Banco Português do Atlântico – Direção de Estudos em 1986.
- Técnico superior no Banco Nacional Ultramarino – Direção Comercial de 1986 a 1988.
- Membro da Direção Nacional da ANJE de 1990 a 1995.
- Membro do Conselho Fiscal da ANJE de 1996 a 2002
- Membro do Conselho Fiscal da Gescartão SGPS, S.A. de 2007 a 2008
- Membro do Conselho Fiscal da APCL Financeira SGPS, S.A. de 2009 a 2010
- Membro do Conselho Fiscal da VIC (SGPS), S.A. de 2009 a 2011
- Membro do Conselho Fiscal da Sogrape Investimentos SGPS, S.A. de 2007 a 2015
- Membro da Comissão de Auditoria da Liga Portuguesa de Futebol profissional
- Membro do Conselho Fiscal da Fundação da Juventude
- Membro da Direção da Associação dos Antigos Alunos da Faculdade de Economia do Porto
- Partner da Grant Thornton & Associados SROC, Lda.

### **REVISOR OFICIAL DE CONTAS**

**André Miguel Andrade e Silva Junqueira Mendonça**

André Miguel Andrade e Silva Junqueira Mendonça, 45 anos, é licenciado em Economia, está inscrito na Ordem dos Revisores Oficiais de Contas e na Ordem dos Contabilistas Certificados.

Em 2000 iniciou a sua experiência profissional na KPMG & Associados, SROC, S.A., onde permaneceu até maio de 2009. Em 2015 assumiu o cargo de Administrador Único de Santos Carvalho & Associados, SROC, S.A. (Nexia Portugal) e atualmente coordena uma equipa de 20 profissionais, quatro sócios e um ROC contratado. Em representação da Nexia Portugal, é atualmente responsável em diferentes trabalhos junto de um número significativo de entidades dos setores privado, público e financeiro.

### 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 existir auditor externo.

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

O órgão de fiscalização não desempenhou outras funções. Não existe Comissão para as Matérias Financeiras.

(Nota: os pontos seguintes são aplicáveis quando o órgão de fiscalização não seja Fiscal Único)

### 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 Conselho Fiscal deverá ser constituído por três membros efetivos e um suplente, sendo um deles o Presidente (artigo 15.º, n.º 2 dos Estatutos). O membro suplente do Conselho Fiscal, em 2021, passou a efetivo. O Mandato do Conselho Fiscal é de três anos, renovável uma vez.

### 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, identificando os 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). Informação a apresentar segundo o formato seguinte:

| Mandato<br>(Início-Fim) | Cargo      | Nome                                                   | Designação           |                                      |
|-------------------------|------------|--------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------------|
|                         |            |                                                        | Forma <sup>(1)</sup> | Data                                 |
| 2018-2020               | Presidente | Carla Manuela Serra Geraldes                           | Despacho SES e SET   | 31 de agosto e 4 de setembro de 2018 |
| 2018-2020               | Vogal      | Maria das Dores de Sousa Silva                         | Despacho SES e SET   | 31 de agosto e 4 de setembro de 2018 |
| 2018-2020               | Vogal      | Fernando Manuel de Sousa Pires de Matos <sup>(2)</sup> | Despacho SES e SET   | 31 de agosto e 4 de setembro de 2018 |

Número estatutário mínimo e máximo de membros – 4/4

Legenda: (1) SES- Secretário de Estado da Saúde; SET – Secretário de Estado do Tesouro

(2) Vogal efetivo a partir de 2 de setembro de 2021

À falta de nomeação para o ano de 2021 e 2022, de acordo com o n.º 6 do artigo 15º dos Estatutos, Anexo II do Decreto-Lei nº18/2017 de 10 de fevereiro, 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, o que tem vindo a suceder.

Com a entrada em vigor em agosto de 2022 do novo Estatuto do SNS e dos Estatutos dos hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e unidades locais de saúde, EPE, do capítulo IV do Decreto-lei nº52/2022 de 4 de agosto, o artigo 79º nº2, nº3 e nº4 sucedem o anterior artigo 15 º e números 2, 3 e 4 respetivamente.

### 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.

Consideram-se independentes, para efeitos do nº 5 do artigo 414º do Código das Sociedades Comerciais, todos os membros do Conselho Fiscal, na sua atual composição.

## 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, apresentados segundo o formato seguinte:

| N.º Reuniões                   | Local de realização                                                        | Intervenientes na reunião                                                                                                                                         | Ausências dos membros do Órgão de Fiscalização |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <b>Ata nº 44 de 18.01.2022</b> | Videoconferência                                                           | Presidente e Vogais do Conselho Fiscal                                                                                                                            | Não se verificaram ausências                   |
| <b>Ata nº 45 de 26.01.2022</b> | Videoconferência                                                           | Presidente e Vogais do Conselho Fiscal                                                                                                                            | Não se verificaram ausências                   |
| <b>Ata nº 46 de 08.02.2022</b> | Videoconferência                                                           | Presidente e Vogais do Conselho Fiscal                                                                                                                            | Não se verificaram ausências                   |
| <b>Ata nº 47 de 28.02.2022</b> | Centro Hospitalar Universitário do Porto, Largo Prof. Abel Salazar - Porto | Presidente e Vogais do Conselho Fiscal                                                                                                                            | Não se verificaram ausências                   |
| <b>Ata nº 48 de 22.03.2022</b> | Centro Hospitalar Universitário do Porto, Largo Prof. Abel Salazar - Porto | Presidente e Vogais do Conselho Fiscal, Presidente e Vogal do Conselho de Administração (Área Financeira) e Revisor Oficial de Contas                             | Não se verificaram ausências                   |
| <b>Ata nº 49 de 28.04.2022</b> | Videoconferência                                                           | Presidente e Vogais do Conselho Fiscal                                                                                                                            | Não se verificaram ausências                   |
| <b>Ata nº 50 de 19.05.2022</b> | Centro Hospitalar Universitário do Porto, Largo Prof. Abel Salazar - Porto | Presidente e Vogais do Conselho Fiscal                                                                                                                            | Não se verificaram ausências                   |
| <b>Ata nº 51 de 07.07.2022</b> | Centro Hospitalar Universitário do Porto, Largo Prof. Abel Salazar - Porto | Presidente e Vogais do Conselho Fiscal, Vogal do Conselho de Administração (Área Financeira) e Diretoras (Serviços Financeiros e Serviço de Informação de Gestão) | Não se verificaram ausências                   |
| <b>Ata nº 52 de 18.07.2022</b> | Videoconferência                                                           | Presidente e Vogais do Conselho Fiscal                                                                                                                            | Não se verificaram ausências                   |
| <b>Ata nº 53 de 21.09.2022</b> | Centro Hospitalar Universitário do Porto, Largo Prof. Abel Salazar - Porto | Presidente e Vogais do Conselho Fiscal                                                                                                                            | Não se verificaram ausências                   |
| <b>Ata nº 54 de 04.10.2022</b> | Centro Hospitalar Universitário do Porto, Largo Prof. Abel Salazar - Porto | Presidente e Vogais do Conselho Fiscal                                                                                                                            | Não se verificaram ausências                   |
| <b>Ata nº 55 de 20.10.2022</b> | Centro Hospitalar Universitário do Porto, Largo Prof. Abel Salazar - Porto | Presidente e Vogais do Conselho Fiscal                                                                                                                            | Não se verificaram ausências                   |
| <b>Ata nº 56 de 23.11.2022</b> | Centro Hospitalar Universitário do Porto, Largo Prof. Abel Salazar - Porto | Presidente e Vogais do Conselho Fiscal, Vogal do C.A. (Área financeira) e Diretora (Serviço de Informação de Gestão)                                              | Não se verificaram ausências                   |
| <b>Ata nº 57 de 15.12.2022</b> | Centro Hospitalar Universitário do Porto, Largo Prof. Abel Salazar - Porto | Presidente e Vogais do Conselho Fiscal e Diretora (Serviço de Informação de Gestão)                                                                               | Não se verificaram ausências                   |

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.

Não prestou nem presta quaisquer outros serviços ao CHUPorto, EPE.

Durante o exercício, os membros do órgão de fiscalização desempenharam as funções referidas no ponto 2 acima, no âmbito das suas atividades profissionais.

# 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).

### Anos de 2021 e 2022:

Identificação do ROC

Santos Carvalho & Associados, SROC., S.A., registada na Ordem dos Revisores Oficiais de Contas (OROC) sob o n.º 71 e na Comissão de Mercado de Valores Mobiliários (CMVM) sob o n.º 20161406, com sede na Avenida da Boavista, 2881 – 2.º, Escritórios 14 e 15, 4100-136 Porto, representada pelo Revisor Oficial de Contas André Miguel Andrade e Silva Junqueira Mendonça, registado na OROC sob o n.º 1530.

### Mandato 2018-2020:

Identificação do ROC para o mandato 2018-2020

Santos Carvalho & Associados, SROC., S.A., registada na Ordem dos Revisores Oficiais de Contas (OROC) sob o n.º 71 e na Comissão de Mercado de Valores Mobiliários (CMVM) sob o n.º 20161406, com sede na Avenida da Boavista, 2881 – 2.º, Escritórios 14 e 15, 4100-136 Porto, representada pelo Revisor Oficial de Contas André Miguel Andrade e Silva Junqueira Mendonça, registado na OROC sob o n.º 1530.

| Mandato<br>(Início-Fim) | Cargo | Identificação SROC / ROC                                               |                          |                        | Designação           |            |            | N.º de anos<br>de funções<br>exercidas |
|-------------------------|-------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------------|----------------------|------------|------------|----------------------------------------|
|                         |       | Nome                                                                   | N.º inscrição<br>na OROC | N.º registo<br>na CMVM | Forma <sup>(1)</sup> | Data       | Contratada |                                        |
| 2018-2020               | ROC   | Santos Carvalho & Associados,<br>SROC, S.A.                            | 71                       | 20161406               | D                    | 13/12/2018 | 03/01/2019 | 5                                      |
|                         |       | representada por André Miguel<br>Andrade e Silva Junqueira<br>Mendonça | 1530                     | 20161140               |                      |            |            |                                        |

Legenda: (1) Assembleia Geral (AG) / Deliberação Unânime por Escrito (DUE) / Despacho (D)

Nota: Mencionar o efetivo (SROC e ROC) e o suplente (SROC e ROC)

Foi designada ROC do CHUPorto, por despacho conjunto das Finanças e Saúde, de 13 de dezembro de 2018, a sociedade Santos Carvalho & Associados, SROC, S.A., representada por André Miguel Andrade e Silva Junqueira Mendonça, para um mandato de 2018 a 2020. O referido despacho não nomeou um ROC suplente.

À falta de nomeação para o ano de 2021 e 2022, de acordo com o n.º 6 do artigo 15º dos Estatutos, Anexo II do Decreto-Lei nº18/2017 de 10 de fevereiro, cessando o mandato do revisor oficial de contas, mantêm-se os titulares em exercício de funções até à designação de novos ou à declaração ministerial de cessação de funções, o que tem vindo a suceder.

Com a entrada em vigor em agosto de 2022 do novo Estatuto do SNS e dos Estatutos dos hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e unidades locais de saúde, EPE, do capítulo IV do Decreto-lei nº52/2022 de 4 de agosto, o artigo 79º nº2, nº3 e nº4 sucedem o anterior artigo 15º e números 2, 3 e 4 respetivamente.

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

Os estatutos do CHUPorto dispõem que o ROC é nomeado por um período de três anos, renovável por uma única vez, e que, após a cessação de mandato, o ROC se deve manter em funções até ocorrer nova nomeação ou até à declaração ministerial de cessação de funções.

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:

| Mandato<br>(Início-Fim) | Cargo                     | Identificação SROC / ROC                 |                       |                     | Designação           |            |            | N.º de anos de funções exercidas no grupo | N.º de anos de funções exercidas na empresa |
|-------------------------|---------------------------|------------------------------------------|-----------------------|---------------------|----------------------|------------|------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------|
|                         |                           | Nome                                     | N.º inscrição na OROC | N.º registo na CMVM | Forma <sup>(1)</sup> | Data       | Contratada |                                           |                                             |
| 2018-2020               | Revisor Oficial de Contas | Santos Carvalho & Associados, SROC, S.A. | 71                    | 20161406            | D                    | 18/12/2018 |            | 0                                         | 3                                           |
| 2021 e 2022             | Revisor Oficial de Contas | Santos Carvalho & Associados, SROC, S.A. | 71                    | 20161406            | *                    | 07/02/2022 |            | 0                                         | 2                                           |

Legenda: (1) Assembleia Geral (AG) / Deliberação Unânime por Escrito (DUE) / Despacho (D)/ Tendo terminado o mandato, o Revisor Oficial de Contas mandatado para 2018-2020 manteve-se em funções nos termos e ao abrigo do disposto no n.º 6 do artigo 15.º do Anexo II ao Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, e n.º 6 do artigo 79.º dos Estatutos do Serviço Nacional de Saúde publicado com o Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto (\*).

| Nome ROC                                                                                                 | Remuneração Anual 2022 (€)<br>Bruta |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Santos Carvalho & Associados, SROC, SA, representada por André Miguel Andrade e Silva Junqueira Mendonça | 26.700,00 € *                       |

\* Ao qual acresce IVA à taxa legal em vigor.

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

Não aplicável.

# F. Conselho Consultivo (caso aplicável)

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).

O Despacho n.º 12493/2014 nomeou o Presidente do Conselho Consultivo o Eng.º Luís Valente Oliveira, com efeito a partir de 10 de outubro de 2014, cuja atividade não é remunerada.

Em 2015 e de acordo com o número 1 do artigo 18º dos estatutos, o Conselho Consultivo foi constituído pelos restantes elementos: um representante do Município do Porto; um representante da ARS Norte; um representante dos Utentes; um representante eleito pelos Trabalhadores; um representante do Voluntariado a Liga dos Amigos do CHUPorto e dois Profissionais de saúde escolhidos pelo CA.

| Mandato<br>(Início - Fim) | Cargo                                    | Nome                                  | Data  |
|---------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------|-------|
| 2014                      | Presidente                               | Professor Eng.º Luís Valente Oliveira | 2014  |
| 2015                      | Representante da ARS Norte               | Dr. Ponciano Oliveira                 | 2015* |
| 2015                      | Representante do Município do Porto      | Dr. Fernando Paulo                    | 2015  |
| 2015                      | Representante dos Utentes                | Enf.º Carlos Figueiras                | 2015  |
| 2015                      | Representante eleito pelos Trabalhadores | Enf.º António Manuel Silva            | 2015  |
| 2015                      | Representante do voluntariado            | Dr Manuel Campos                      | 2015  |
| 2015                      | Profissional de saúde                    | Dr. António Leuschner                 | 2015  |
| 2015                      | Profissional de saúde                    | Dr. Rui Medon                         | 2015* |

\* Cessou funções em 2021 e até à data não foi substituído.

## G.

### Auditor Externo (caso aplicável)

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, apresentados segundo o formato seguinte:

Não há auditor externo pelo que esta informação não se aplica.

2. Explicação<sup>6</sup> 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.

Não há auditor externo pelo que esta informação não se aplica.

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.

Não há auditor externo pelo que esta informação não se aplica.

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<sup>7</sup> e discriminação da percentagem respeitante aos seguintes serviços, apresentada segundo o formato seguinte:

Não há auditor externo pelo que esta informação não se aplica.

<sup>6</sup> Acompanhada de menção à legislação aplicável.

<sup>7</sup> Para efeitos desta informação, o conceito de rede é o decorrente do Regime Jurídico da Supervisão de Auditoria, aprovado pelo artigo 2.º da Lei n.º 148/2015, de 9 de setembro, na sua redação atual.



VI.

# Organização Interna



# A.

## Estatutos e Comunicações

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

Os Estatutos do CHUPorto em vigor durante 2022 encontram-se no ANEXO II do Decreto-Lei nº18/2017 de 10 de fevereiro.

Com a entrada em vigor em agosto de 2022 do novo Estatuto do SNS, os Estatutos do CHUPorto são os que constam do capítulo IV do Decreto-lei nº52/2022 de 4 de agosto, aplicáveis todos os hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e unidades locais de saúde do SNS.

O CHUPorto é uma EPE do Serviço Nacional de Saúde e integrada no Setor Público Empresarial cujas alterações aos Estatutos têm por base o desenvolvimento do regime jurídico estabelecido pela Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei nº95/2019, de 4 de setembro, e nos termos da alínea c) nº1 do artigo 198º da Constituição.

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

O CHUPorto orienta a sua atividade por valores de responsabilidade, integridade, transparência e ética. De forma complementar a estes princípios institucionais, o CHUPorto tem definidas orientações de conduta claras para todos os profissionais, órgãos e quadros dirigentes, divulgadas através do seu Código de Ética.

Assente nos princípios orientadores dos Estatutos de uma política interna de comunicação de irregularidades, o CA do CHUPorto aprovou em 17/02/2016 o regulamento que define as regras e procedimentos da comunicação interna de irregularidades, proposto pelo Serviço de auditoria interna.

Na sequência do Regime Geral de Prevenção da Corrupção – Decreto-lei nº109-E/2021 - o CHUPorto iniciou já em 2022 a adaptação do procedimento e regulamento existentes e a implementação do canal de denúncias nos termos do Regime de Proteção de Denunciantes que a Lei nº93/2021 veio estabelecer pela transposição da Diretiva Europeia (EU) 2019/1937 do Parlamento Europeu e do Conselho.

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

O CHUPorto tem um Plano de Prevenção de Risco de Gestão incluindo de Corrupção e Infrações Conexas, que tem vindo a ser criado e implementado com base no referencial a metodologia do CPC e do TC e subsidiariamente outras normas de gestão de risco (Norma NP ISSO 31000:2018 – Gestão do risco, Linhas de orientação: a Norma de Gestão de Riscos da Federation of European Risk Management Associations (FERMA) e o Enterprise Risk Management – integrated framework do COSO (Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission)).

Pretende-se que este plano de prevenção de risco de gestão incluindo de corrupção e infrações conexas seja o resultado de uma reflexão interna desenvolvida pelos serviços numa perspetiva contínua, responsabilização e envolvimento de todos os colaboradores na atividade e cultura organizacional, através do qual os serviços identificam os potenciais riscos desta natureza, causas desses riscos e se desenham possíveis controlos à sua mitigação.

Na sequência das Medidas de Prevenção da corrupção do Decreto-lei nº109-E/2021 de 9 de dezembro que cria o Mecanismos Nacional Anticorrupção e estabelece o regime geral de prevenção da corrupção, o plano existente deverá ser avaliado e reestruturado por forma a que o objetivo principal e prioritário seja os riscos e as situações que possam expor a entidade a atos de corrupção e infrações conexas, incluindo áreas de administração, de direção, operacionais ou de suporte e que contenha:

- a) A identificação, análise e classificação dos riscos e das situações que possam expor a entidade a atos de corrupção e infrações conexas, incluindo aqueles associados ao exercício de funções pelos titulares dos órgãos de administração e direção, considerando a realidade do setor e as áreas geográficas em que a entidade atua;
- b) Medidas preventivas e corretivas que permitam reduzir a probabilidade de ocorrência e o impacto dos riscos e situações identificados.

# B.

## Controlo Interno e Gestão de Riscos<sup>8</sup>

### 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 CHUPorto dispõe de um Sistema de Controlo Interno, competindo ao Conselho de Administração assegurar a sua implementação e manutenção.

O sistema de controlo interno compreende o conjunto de estratégias, políticas, processos, regras e procedimentos estabelecidos no CHUPorto com vista a garantir:

- a) Um desempenho eficiente da atividade que assegure a utilização eficaz dos ativos e recursos, a continuidade, a segurança e a qualidade da prestação de cuidados de saúde, através de uma adequada gestão e controlo dos riscos da atividade, da prudente e correta avaliação dos ativos e responsabilidades, bem como da definição de mecanismos de prevenção e de proteção do serviço público contra atuações danosas;
- b) A existência de informação financeira e de gestão que suporte as tomadas de decisão e os processos de controlo, tanto no nível interno como no externo;
- c) O respeito pelas disposições legais e regulamentares aplicáveis, bem como pelas normas profissionais e deontológicas aplicáveis, pelas regras internas e estatutárias, regras de conduta e de relacionamento, orientações tutelares e recomendações aplicáveis de entidades externas como o Tribunal de Contas.

Existem Procedimentos e Instruções de trabalho, bem como outra documentação de suporte ao funcionamento dos Serviços/Departamentos, disponíveis no Manual de Políticas e Procedimentos (MPP) no Portal Interno e nos próprios Serviços.

No que respeita a gestão de riscos clínicos e não clínicos do âmbito da atividade do Departamento da Qualidade, o CHUPorto mantém e tem desenvolvido a gestão de riscos de modo a melhorar a segurança e a qualidade da resposta do hospital e a minorar os riscos para doentes, profissionais e população.

Enquadrado no Processo de Acreditação de Qualidade, na unidade do Hospital Santo António existe o Manual de Políticas e Procedimentos (MPP) disponível no Portal Interno, cuja extensão às outras unidades se vai fazendo de forma gradual.

De entre os vários mecanismos e instrumentos que são parte integrante do sistema de controlo interno, destacamos os seguintes:

- a. Código de Ética.
- b. Regulamento Interno.
- c. Manual de Políticas e Procedimentos (MPP).
- d. Segregação de Funções.

e. Apresentação e discussão de resultados dos Departamentos/Serviços com a análise dos desvios com o CA para posteriores medidas corretivas.

f. Gestão de riscos clínicos e não clínicos, através do Departamento da Qualidade, de modo a melhorar a qualidade da resposta do CHUPorto e a minorar os riscos para doentes, profissionais e população.

g. Acreditação Internacional da Qualidade pelo CHKS ao Hospital de Santo António (com Manual de Políticas e Procedimentos dos diversos Serviços/departamentos envolvidos, divulgado no portal interno), bem como a atribuição inaugural ao Centro Materno-Infantil do Norte Albino Aroso e aos 16 centros de referência nacionais de doenças raras ou complexas.

h. Certificação para doze dos serviços com maior risco e exigência de qualidade e segurança (NPEN ISO 9001).

i. Plano de Prevenção de Riscos de Gestão incluindo de Corrupção e Infrações Conexas.

j. Regulamento de Comunicação Interna de Irregularidades.

k. Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD).

### 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.

O Conselho de Administração é o órgão máximo com responsabilidades no sistema de controlo interno e de gestão do risco, incluindo de corrupção e infrações conexas e o sistema de comunicação interna de irregularidades, competindo-lhe assegurar a sua implementação e manutenção.

Compete aos Diretores e Administradores dos Departamentos e Serviços a responsabilidade pela organização, aplicação e acompanhamento do sistema de controlo interno incluindo do plano de prevenção de riscos de gestão, incluindo de corrupção e infrações conexas na parte respetiva às suas áreas de atuação.

Cabe aos serviços identificar, recolher e comunicar qualquer ocorrência de risco e respetiva avaliação de gravidade e medidas de controlo associadas, responsabilizando-se pela eficácia das medidas de controlo do risco na área de responsabilidade respetiva.

Ao Serviço de Auditoria Interna compete apoiar os serviços na conceção da gestão de riscos e avaliar do Plano de Prevenção do risco de Gestão incluindo de corrupção e Infrações Conexas com emissão do Relatório Anual.

Ao Serviço de Auditoria Interna - artigo 19º do Decreto-Lei nº18/2017 de 10 de fevereiro - compete a análise e a avaliação dos processos de controlo interno e de gestão de risco 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;

<sup>8</sup> Querendo, a empresa poderá incluir síntese ou extrato(s) de Manual ou Código que satisfaça(m) o requerido. Tal formato de prestação da informação implica que o texto seja acompanhado das adequadas referências que permitam identificar as partes da síntese ou extrato(s) que satisfazem cada uma das alíneas.

- b)** Receber as comunicações de irregularidades sobre a organização e funcionamento do hospital E. P. E. 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 execução.

As competências e responsabilidades dos serviços de auditoria dos Centros Hospitalares têm vindo a ser aumentadas e alargadas no seu âmbito desde a atualização dos ESTATUTOS pelo Decreto-Lei nº18/2017 de 10 de fevereiro.

Os Estatutos dos Centros Hospitalares determinam que o auditor interno é apoiado por uma equipa de três técnicos auditores e as recomendações da IGAS aos hospitais EPE sobre o assunto, dão indicação aos CA para que tomem as medidas necessárias a dotarem os serviços de auditoria de recursos humanos adequados com um mínimo de três elementos.

O Serviço de Auditoria Interna do CHUPorto é constituído unicamente pela auditora interna. Contudo na sequência de vários pedidos de recursos humanos da auditora interna, o CA aprovou o recrutamento de um técnico de auditoria, cujo processo se encontra na fase de publicação dos resultados finais das entrevistas realizadas em fevereiro de 2023.

As responsabilidades e competências do Serviço de Auditoria Interna impõem por si só a necessidade de uma equipa de técnicos que apoiem a auditora interna (pelo menos 2).

A par das responsabilidades e do teor técnico da atividade de auditoria, a dimensão da Entidade CHUPorto e a complexidade da atividade desenvolvida, traduzida nas suas operações e no volume do orçamento envolvido, impõem a constituição de uma equipa de auditoria interna adequada a essa realidade. O CHUPorto pertence ao grupo dos cinco maiores hospitais do SNS.

### **3. Em caso de existência de um plano estratégico e de política de risco da empresa, transcrição da definição de níveis de risco considerados aceitáveis e identificação das principais medidas adotadas.**

A política de risco do CHUPorto tem por base a identificação e descrição dos tipos de risco identificados no capítulo VI. B.6, nomeadamente: riscos clínicos, riscos gerais, riscos de gestão, riscos de informação, riscos de reputação e imagem, riscos de compliance ou conformidade e riscos financeiros.

Considerando estas categorias de risco, a identificação, avaliação, acompanhamento, controlo, gestão e mitigação dos riscos têm-se estruturado em três grandes processos:

- 1.** Risco Clínico,
- 2.** Risco Geral e de Segurança e Higiene do Trabalho,
- 3.** Risco de Gestão incluindo de Corrupção e infrações Conexas, informação, reputação e compliance.

O risco é a combinação do grau de probabilidade com a gravidade da consequência, através da qual é determinada a graduação do risco. Cada risco é avaliado e estimado na matriz de risco estabelecida para a sua graduação e classificado como elevado, moderado ou fraco, de acordo com o processo de identificação, avaliação, acompanhamento, controlo, gestão e mitigação de riscos.

A avaliação o risco deve permitir que o risco seja priorizado com base na probabilidade e impacto nos resultados e com base nessa avaliação, a política é a de minimizar o risco, não estando previsto nesta fase haver riscos considerados aceitáveis.

### **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 Serviço de Auditoria Interna do CHUPorto depende, em termos orgânicos, do Presidente do Conselho de Administração, nos termos dos Estatutos, nº14 do artigo 19º do Decreto-lei nº 18/2017 de 10 de fevereiro, e que se mantém nos novos Estatutos do capítulo IV do Decreto-lei nº52/2022 de 4 de agosto.

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

O CHUPorto tem áreas funcionais específicas com competências no controlo do risco clínico, dos riscos gerais e riscos de informação, nomeadamente:

**a.** Gabinete de Governação Clínica (GGC) – Ao GGC incumbe assegurar que a governação clínica constitui uma prioridade estratégica da organização, com vista à melhoria contínua dos cuidados e dos resultados na saúde e na promoção e consolidação das diversas vertentes que contribuem para a "Segurança do Doente" no CHUPorto.

Em articulação com o Gabinete de Higiene e Segurança (GHS) tem como competências fundamentais: identificar, analisar e hierarquizar os riscos presentes na Instituição. Compete-lhe, ainda, definir as prioridades de ação face aos critérios de aceitabilidade e de controlo desses riscos, sua probabilidade de ocorrência e potencial impacto. Para esta atividade contribuem de forma substancial a informação proporcionada pelo sistema de notificação de eventos, anónimo e confidencial, o programa de auditorias clínicas transversais desenvolvidas na instituição e as inspeções de higiene e segurança desenvolvidos em todos os serviços.

**b.** Gabinete de Higiene e Segurança (GHS) – Ao GHS compete a definição de uma política integrada da gestão do risco geral (não clínico), bem como a promoção da Segurança e Higiene do Trabalho na Instituição em colaboração com o SSOMF, tendo em vista a melhoria contínua das condições existentes e a gestão dos riscos profissionais que ponham em causa a segurança e a saúde dos trabalhadores. Compete-lhe ainda a definição dos planos de emergência interno assim como a sua divulgação. É responsável pela programação anual dos simulacros de incêndio em colaboração com as entidades externas envolvidas na sua execução.

**c. Serviço de Saúde Ocupacional e Medicina Familiar (SSOMF) –** O SSOMF tem a responsabilidade de garantir a todos os profissionais a promoção e prevenção da saúde nos locais de trabalho, condicionado pelo contexto da organização, ambiente e os riscos profissionais. Tem responsabilidades associadas ao aconselhamento, acompanhamento médico e monitorização de todos os profissionais da instituição, com um propósito eminentemente preventivo, suportado em acompanhamento periódico nos termos da Lei mas facultando ao trabalhador a iniciativa de contacto, sempre que o entender oportuno.

A integração de uma Psicóloga no SSO trouxe uma nova área de acompanhamento, que se revelou particularmente importante e crítica no contexto do período pandémico. Funciona por auto - referênciação, referênciação médica e referência para outros níveis de abordagem sempre que necessário.

**d. Encarregado(a) da Proteção de Dados –** A Proteção de Dados Pessoais é um valor subjacente à atividade do Centro Hospitalar Universitário do Porto, quer cumprindo a legislação em vigor ( Lei nº 58/2019, de 8 de agosto -Lei Nacional de Execução do RGPD; Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro – Informação Genética Pessoal e Informação de Saúde ; Lei nº 26/2016 de 22 de agosto - Acesso aos Documentos Administrativos e Informação Administrativa; ...) bem como adotando as medidas organizativas e técnicas necessárias, nomeadamente no âmbito da segurança da informação.

De acordo com essa visão e na sequência da aprovação do Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD), cujo cumprimento é obrigatório para os Estados Membros da UE desde de 25 de maio de 2018, o CHUPorto nomeou a Encarregada da Proteção de Dados (EPD) e um Grupo de Trabalho.

O Grupo de Trabalho coordenado pela EPD, elaborou uma proposta de implementação do RGPD no CHUPorto, que foi aprovada pelo Conselho de Administração em 7 de dezembro de 2017.

O Projeto de Implementação engloba colaboradores do CHUPorto das diversas áreas de atividade integrados em 3 núcleos de competências (processual, jurídica e tecnológica). Este projeto consubstancia um contributo para a estratégia de Gestão da Informação, bem como para os mecanismos de Governança de Dados e respetiva arquitetura tecnológica para a sua implementação.

No ano de 2022, o Centro Hospitalar Universitário do Porto, manteve a sua estratégia quanto à proteção de dados desenvolvendo diversas ações, reforçando o papel da Encarregada da Proteção de Dados no contexto organizacional e apostando no reforço das competências dos seus colaboradores. Destacamos as ações de formação concretizadas pela Encarregada da Proteção de Dados bem como, as sessões de sensibilização com enfoque na investigação clínica e na integração dos médicos internos.

Concretizou-se o projeto " Avaliação do Nível de Maturidade da Implementação do RGPD", cujo relatório final apresentou um conjunto de recomendações de nível geral e específico, estando prevista para 2023, a elaboração do Plano de Ação para a sua execução.

**e. Responsável pelo Acesso à Informação -** A fim de dar cumprimento ao estatuído na Lei nº 26/2016, de 22 de agosto, com as alterações introduzidas pela Lei nº58/2019, de 8 de agosto, nos termos do seu art.º 9º, o Conselho de Administração do CHUPorto, designou um responsável pelo acesso à informação (RAI), a quem compete garantir que o acesso a dados é sempre feito dentro da legalidade, cumprindo as disposições da supracitada Lei.

O acesso a informação e a documentos nominativos, nomeadamente quando incluam dados de saúde, rege-se pela presente lei:

- Quer quando efetuado pelo titular dos dados;
- Por terceiro se estiver munido de autorização escrita do titular dos dados que seja explícita e específica quanto à sua finalidade e quanto ao tipo de dados a que quer aceder;
- Ou por terceiro se demonstrar fundamentadamente ser titular de um interesse direto, pessoal, legítimo e constitucionalmente protegido suficientemente relevante, após ponderação (vide nº 3 do art.º 1º e n 5º do art.º 6º).

De igual modo compete ao RAI acompanhar a tramitação dos pedidos de acesso e reutilização de dados clínicos para fins educativos ou de investigação e desenvolvimento.

Sendo que, não podem ser objeto de reutilização, documentos nominativos, salvo autorização do titular, disposição legal que a preveja expressamente ou quando os dados pessoais possam ser anonimizados sem possibilidade de reversão, devendo nesse caso aplicar -se, no âmbito da autorização concedida e nos termos do n.º 1 do artigo 23.º, a previsão de medidas especiais de segurança destinadas a proteger os dados sensíveis.

O legislador, quando invoca a autorização dos titulares dos registos clínicos, ou a anonimização dos mesmos, pretende assegurar a privacidade, a confidencialidade, direito à intimidade da vida privada do titular dos registos clínicos e o sigilo institucional, sem prejudicar o objetivo da realização de um espaço europeu de investigação e de uma sociedade do conhecimento.

O acesso e a reutilização da informação administrativa são assegurados de acordo com os demais princípios da atividade administrativa, designadamente os princípios da igualdade, da proporcionalidade, da justiça, da imparcialidade e da colaboração com os particulares.

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

Os riscos no CHUPorto são entendidos do seguinte modo:

- a)** Riscos clínicos que decorrem da atividade clínica, suscetíveis de afetar negativamente a saúde e a qualidade de vida do doente, sob a gestão do Gabinete de Governança Clínica.
- b)** Riscos gerais que afetam todas as atividades do hospital são os riscos de incêndio; de segurança de pessoas, incluindo de violência e/ou agressão, de rapto de crianças e de fuga de doentes; de segurança do património do hospital e dos bens dos profissionais e utentes; ameaças de bomba; riscos das edificações e das instalações técnicas; riscos provenientes de materiais, de fluxos (incluindo gases medicinais e não medicinais) e de efluentes; riscos ambientais; catástrofes naturais; riscos profissionais. Sob a ação e responsabilidade Gabinete de Higiene e Segurança.

**c)** Riscos de gestão resultantes da inadequação ou deficiências administrativas, contabilísticas e de gestão nos processos da Produção, Gestão de Compras, Logística, Contabilidade Geral/Orçamental/Analítica, Gestão de Imobilizado, Gestão de Contas a Pagar, Gestão de Recursos Humanos, Gestão de Contas a Receber e Gestão de Tesouraria.

**d)** Riscos da informação, os que são resultado de erros ou falhas na segurança da informação (acessos não autorizados ou inadequados) de deficiente gestão, preservação da informação e garantia de confidencialidade em particular da informação clínica e de dados pessoais; erros ou falhas na informação administrativa, contabilística e de gestão.

**e)** Riscos de reputação e imagem, resultantes de uma percepção negativa da imagem pública da instituição, fundamentada ou não, por parte do acionista (Tutela), clientes, fornecedores, colaboradores, órgãos da imprensa, opinião pública e outros stakeholders.

**f)** Riscos de compliance ou conformidade, resultantes de violações ou desconformidades relativamente às leis, regulamentos, contratos, códigos de conduta, práticas instituídas ou princípios éticos.

**g)** Riscos financeiros resultantes de desequilíbrio económico-financeiro persistente.

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

Considerando as categorias de risco identificadas e referidas no ponto anterior, o processo de identificação, avaliação, acompanhamento, controlo, gestão e mitigação de riscos estrutura-se, resumidamente, da seguinte forma:

### Risco Clínico

As atividades de gestão do risco clínico encontram-se disseminadas por toda a organização, uma vez que todos os profissionais são entendidos como parceiros e colaboradores nas atividades de identificação de riscos e no planeamento e implementação de mecanismos que permitam mitigá-los.

O Gabinete de Governação Clínica (GGC) do Departamento da Qualidade (DQ) procura a segurança do doente e a qualidade dos cuidados prestados na instituição. A gestão do risco clínico insere-se na atividade do GGC e tem, na sua essência, a identificação proactiva e reativa de aspetos críticos para a segurança do doente, a análise sistemática da causa raiz e de causa-efeito dos mesmos, e o estabelecimento de estratégias para a sua prevenção, minimização e controlo.

Está formalmente nomeado um Gestor de Risco Clínico integrado no GGC. O GGC coordena a Comissão de Farmacovigilância, colabora com a Comissão de Proteção contra Radiação, integra a Comissão de Transfusão e Alternativas Transfusionais e colabora com a Comissão de Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (CCIRA).

Existe no CHUPorto uma rede de interlocutores com funções no âmbito das atividades do DQ, designados por Interlocutores da Qualidade e Segurança (InQS). São nomeados pelas direções de cada Serviço, clínico e não clínico. No que concerne às atividades do InQS mais diretamente relacionadas com a gestão do risco clínico, as mesmas dizem respeito à participação na realização de auditorias de Risco Clínico no seu Serviço e à colaboração na identificação de áreas a melhorar. Trimestralmente o DQ reúne com todos os InQS da instituição para divulgação da análise dos resultados das auditorias em curso, identificação de novas áreas a tratar e difusão de informações relacionadas relevantes.

### Prevenção do Risco Clínico

A intervenção na prevenção do risco clínico é inerente à promoção da segurança do doente. É uma área de intervenção complexa, multifatorial e multidisciplinar.

Merecem particular destaque o papel crucial da formação dos profissionais nos temas da segurança do doente, o desenvolvimento de protocolos, a implementação de normas de orientação clínica e o desenvolvimento de auditorias clínicas. Com base na identificação das necessidades formativas institucionais e individuais nas matérias da segurança e qualidade, o GGC e o DQ colaboram anualmente com o Departamento de Ensino, Formação e Investigação (DEFI) na elaboração do plano de formação de interesse institucional aprovado pelo Conselho de Administração.

No âmbito documental, existe uma biblioteca clínica virtual na Intranet onde se disponibilizam os Protocolos e Normas de Orientação Clínica (POC e NOC). Os POC são produzidos pelos diversos serviços clínicos do CHUPorto. As NOC são emanadas pela Direção Geral da Saúde (DGS). A sua função é a de facilitar aos profissionais informação sobre os cuidados apropriados em determinadas condições, baseados na evidência, diminuindo o risco inerente à variabilidade dos procedimentos. Estes protocolos e NOC são passíveis de auditoria clínica.

A definição de áreas prioritárias de intervenção obedece a requisitos externos, de organismos superiores nesta matéria - a Organização Mundial de Saúde, o Ministério da Saúde e a DGS - e a exigências internas que resultam da identificação, caracterização e priorização de áreas específicas de intervenção.

Na identificação das áreas críticas para a Gestão de Risco Clínico, realçamos o papel da notificação espontânea, anónima e confidencial de eventos, pelo sistema de notificação de eventos adversos, disponível no CHUPorto desde 2005. A análise da tipologia dos eventos assente na gravidade e na frequência dos mesmos orienta o tipo de monitorização preventiva do risco através da implementação de medidas que podem incluir a aplicação de checklists, de sistemas de alerta e de avaliações periódicas. Este sistema tem no CHUPorto um histórico significativo. Amplamente divulgado, com uma frequência de notificação que denota a confiança dos utilizadores possibilita, de forma diária ao nível da Instituição, identificar a pirâmide de eventos, os pontos críticos do sistema, os fatores contributivos e as consequentes ações corretivas a implementar.

As auditorias clínicas desempenham um papel fundamental em todas as fases da gestão do risco clínico. Desta assunção resulta o desenvolvimento de um plano de auditorias que procura responder à priorização das áreas identificadas, incluindo naturalmente as áreas mais críticas. A avaliação e o controlo da implementação dos procedimentos e protocolos existentes na Instituição baseiam-se num sistema de auditorias transversais e de serviço, coordenadas pelo Gabinete de Governação Clínica. Com o exposto pretende-se cumprir o objetivo fundamental de crescer no processo de melhoria contínua e na consolidação da Cultura de Segurança do Doente no CHUPorto, minimizando os riscos para utentes e profissionais, proporcionando cuidados seguros e de excelência.

### Risco Geral

Ao Gabinete de Higiene e Segurança (GHS) compete a definição de uma política integrada da gestão do risco geral (não clínico), bem como a promoção da Segurança e Higiene do Trabalho na Instituição, tendo em vista a melhoria contínua das condições de trabalho existentes e a identificação, mitigação e gestão dos riscos profissionais que ponham em causa a segurança e a saúde dos trabalhadores. O GHS trabalha em permanente e profícua colaboração com o Serviço de saúde Ocupacional.

Dando sequência ao trabalho que o Gabinete de Higiene e Segurança (GHS) tem vindo a desenvolver no Centro Hospitalar Universitário do Porto E.P.E., em matéria de Risco Geral e de Segurança e Higiene do Trabalho, o ano 2022 assistiu à realização de visitas aos Serviços tendo como objetivo mitigar os riscos associados à transmissão entre profissionais da COVID-19. Estas visitas enquadram-se no âmbito das visitas periódicas aos locais de trabalho, tendo como intuito a identificação dos fatores de risco a que os profissionais e/ou utentes possam estar expostos e, face às situações detetadas, foram propostas medidas de controlo adequadas, tendo em vista a promoção da melhoria contínua das condições existentes.

Integrado igualmente no processo de melhoria contínua, o Gabinete de Higiene e Segurança (GHS) manteve as atividades de investigação dos fatores contributivos que estiveram na origem das notificações rececionadas e classificadas como situações do âmbito do Risco Geral ou da Segurança e Higiene do Trabalho.

Foram mantidas atividades de investigação para análise das causas que estiveram na origem da ocorrência de acidentes de trabalho. Em ambos os casos se procedeu à implementação de ações de melhoria, sempre que estas foram consideradas necessárias e/ou relevantes.

Mantiveram-se as rotinas periódicas de análise da qualidade da água para consumo, assim como das águas residuais, de modo a detetar eventuais anomalias que possam comprometer o ambiente e a segurança dos ocupantes dos edifícios. De igual modo, foram mantidas as avaliações da qualidade do ar interior nos edifícios, em particular nas salas/espacos de maior risco, para a deteção precoce de poluentes que possam existir no ar interior, assim como carências na renovação do ar novo nessas salas/espacos, que possam comprometer a segurança dos ocupantes do edifício.

### Riscos de Gestão incluindo de Corrupção e Infrações Conexas, Informação, Reputação e Compliance

O processo de identificação, avaliação, acompanhamento, controlo, gestão e mitigação de riscos implica uma atuação disciplinada em várias fases:

- a)** Identificação e definição do risco – Nesta fase deve proceder-se ao reconhecimento e à classificação de factos cuja probabilidade de ocorrência e respetiva gravidade de consequências configurem riscos de gestão incluindo riscos de corrupção e de infrações conexas.
- b)** Análise do risco – para classificar o risco segundo critérios de probabilidade e de gravidade na ocorrência, devem ser estabelecidos conjuntos de critérios, medidas e ações, distribuindo-se por tipos consoante as consequências sejam estratégicas ou operacionais;  
O nível de risco será a combinação do grau de probabilidade com a gravidade da consequência da respetiva ocorrência, através da qual se determina a graduação do risco.
- c)** Avaliação e Graduação do risco - A cada risco identificado deverá ser atribuído uma graduação a partir da avaliação da probabilidade e da gravidade da consequência, divididos por tipos consoante as consequências sejam estratégicas ou operacionais.

Cada risco será avaliado e estimado na matriz de risco estabelecida para a sua graduação e classificado como elevado, moderado ou fraco.

O Conselho de Administração é o órgão máximo com responsabilidades no sistema de controlo interno e de gestão do risco, incluindo de corrupção e infrações conexas, competindo-lhe assegurar a sua implementação e manutenção.

Os Diretores e Administradores dos Departamentos e Serviços são os responsáveis pela organização, aplicação e acompanhamento do Plano de Risco na parte respetiva às áreas de sua responsabilidade.

O Serviço de Auditoria Interna apoia os serviços no processo de risco e elabora o Relatório anual de execução.

Na sequência das Medidas de Prevenção da corrupção do Decreto-lei nº109-E/2021 de 9 de dezembro que cria o Mecanismos Nacional Anticorrupção e estabelece o regime geral de prevenção da corrupção, o plano existente deverá ser avaliado quanto aos riscos e situações que possam expor a entidade a atos de corrupção e infrações conexas, incluindo áreas de administração, de direção, operacionais ou de suporte e que contenha:

- a)** A identificação, análise e classificação dos riscos e das situações que possam expor a entidade a atos de corrupção e infrações conexas, incluindo aqueles associados ao exercício de funções pelos titulares dos órgãos de administração e direção, considerando a realidade do setor e as áreas geográficas em que a entidade atua;
- b)** Medidas preventivas e corretivas que permitam reduzir a probabilidade de ocorrência e o impacto dos riscos e situações identificados.

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

Relativamente ao processo de informação financeira o sistema de controlo interno do CHUPorto abrange as áreas da Contabilidade Geral/Orçamental/Analítica, Gestão de Contas a Pagar, Gestão de Contas a Receber e Gestão de Tesouraria.

O sistema de controlo interno no que se refere à informação financeira visa garantir a qualidade da informação produzida, a integridade e exatidão dos registos contabilísticos.

Destacamos os principais elementos do SCI e de gestão de risco implementados nesta área:

- Procedimentos e Instruções de trabalho que formalizam as regras e tarefas de controlo instituídas, bem como outra documentação de suporte ao funcionamento dos Serviços/Departamentos, disponíveis no MPP e nos próprios Serviços.
- Segregação de Funções.
- Reporte e análise interna de informação de execução orçamental, económica e financeira.
- Em matéria de controlo financeiro e deveres especiais de informação, o CHUPorto tem instituído submeter aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, os seguintes elementos:
  - Os planos de atividades e os orçamentos;
  - Os documentos de prestação de contas;
  - Os indicadores de atividade, económico-financeiros, de recursos humanos e outros definidos pelos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde.
- Plano de Prevenção de Riscos de Gestão incluindo de Corrupção e Infrações Conexas.

## 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.

O CHUPorto, EPE pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, dotado de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, foi criado e modificado pelos seguintes diplomas:

- Decreto-Lei nº326/2007 de 28 de setembro, que cria o Centro Hospitalar do Porto, EPE integrando por fusão o HGSA, o HMP e a MJD com efeitos em 01-10-2007;
- Decreto-Lei nº30/2011 de 2 de março, que altera o Centro Hospitalar do Porto EPE, por fusão do Centro Hospitalar do Porto, EPE e do Hospital Joaquim Urbano;
- Decreto-Lei nº 68/2013 de 17 de maio, o qual procede à transferência de competências do INSA, I.P., exercidas pelo Centro de Genética Médica Doutor Jacinto Magalhães no âmbito dos laboratórios de unidades do Departamento de Genética do INSA, I.P., para o Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.

Já em 2023, o Centro Hospitalar Universitário do Porto por fusão com Hospital de Magalhães Lemos deu lugar ao Centro Hospitalar Universitário de Santo António do Porto nos termos do Decreto-Lei nº7-A/2023 de 30 de janeiro.

A atividade desenvolvida durante 2022 pelo CHUPorto, estava enquadrada pela seguinte legislação:

- Decreto-Lei nº18/2017 de 10 de fevereiro, anexo II, Estatutos. Com a entrada em vigor em agosto de 2022 do novo Estatuto do SNS, os Estatutos do CHUPorto são os que constam do capítulo IV do Decreto-lei nº52/2022 de 4 de agosto, aplicáveis todos os hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e unidades locais de saúde do SNS.
- Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, Regime jurídico do setor público empresarial, na versão atual, estabelece os princípios e regras aplicáveis ao sector público empresarial, incluindo as bases gerais do estatuto das empresas públicas e contem os princípios e regras aplicáveis à monitorização e controlo a que estão submetidas as empresas públicas.
- Lei n.º 95/2019, de 04 de setembro que aprova a Lei de Bases da Saúde e revogou anterior Lei n.º 48/90, de 24 de agosto.
- Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro que aprovou o Regime jurídico da gestão hospitalar com as alterações do Decreto-Lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro.
- Decreto-Lei nº52/2022 de 4 de agosto que aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde que revogou o Decreto-Lei n.º 11/93 de 15 de janeiro.

Em matéria de aquisições de bens e serviços, o CHUPorto EPE rege-se pelo Código dos Contratos Públicos, aprovado pelo Decreto-Lei 18/2008, com as sucessivas atualizações até à data. O decreto-lei estabelece a disciplina aplicável à contratação pública e o regime substantivo dos contratos públicos que revistam a natureza de contrato administrativo.

Trata-se do primeiro diploma com um tal duplo objeto no ordenamento jurídico português, assumindo-se, por isso, como um importante marco histórico na evolução do direito administrativo nacional e, em especial, no domínio da atividade contratual da Administração. Para além do objetivo de alinhamento com as mais recentes diretivas comunitárias, a cuja transposição é feita no diploma, o CCP procede ainda a uma nova sistematização e a uma uniformização de regimes substantivos dos contratos administrativos atomizados até agora.

Desde 2012, o CHUPorto encontra-se abrangido pela Lei dos Compromissos e dos Pagamentos em Atraso (LCPA) (Lei n.º 8/2012, de 21 de fevereiro), que estabelece as regras aplicáveis à assunção de compromissos e aos pagamentos em atraso das entidades públicas e cujo princípio fundamental reside no facto de a execução orçamental não poder conduzir à acumulação de pagamentos em atraso.

Na sequência da aprovação da LCPA, veio o Decreto-Lei n.º 127/2012, de 21 de junho disciplinar os Procedimentos à aplicação da LCPA e à operacionalização da prestação de informação.

No âmbito de regulamentação interna, o Regulamento Interno do CHUPorto homologado em 05/07/2013 pelo Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde Norte, IP, disponível no site institucional dará lugar ao Regulamento interno do Centro Hospitalar Universitário de Santo António.

Existem Procedimentos e Instruções de trabalho, bem como outra documentação de suporte ao funcionamento dos Serviços/Departamentos, disponíveis no Manual de Políticas e Procedimentos (MPP) no Portal Interno e nos próprios Serviços.

## 2. Código de Ética:

**a)** Referência à existência de um código de ética que contemple exigentes comportamentos éticos e deontológicos, indicando a data da última atualização e a forma como é efetuada a sua divulgação junto dos seus colaboradores, clientes e fornecedores;

O Código de Ética do CHUPorto pode ser consultado em:  
<https://www.chporto.pt/v0B0P0C/codigo-de-etica>

O Código de Ética está disponível no site institucional e divulgado no portal interno acessível a todos os colaboradores (artigo 47º do Decreto-Lei nº133/2013).

O Código de ética tem por base o Despacho nº 9456-C/2014 – Enquadramento de Princípios Orientadores do Código de ética dos serviços e organismos do Ministério da Saúde, foi aprovado pelo CA em 27 de setembro de 2017 e encontra-se atual.

O Código de ética é aplicável a todos os profissionais.

**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).

Tal como é transmitido no Código de Ética, os colaboradores comprometem-se:

- A respeitar as leis e os regulamentos aplicáveis à sua atividade em vigor na Instituição;
- A promover entre si o espírito de equipa, lealdade, solidariedade e colaboração, com vista ao adequado desempenho da sua missão, atribuições ou tarefas;
- A pautar as suas relações por critérios de transparência, abertura e respeito no trato social; a reger o seu relacionamento com terceiros por um espírito de estreita cooperação, designadamente através da prestação de informações, sem prejuízo dos deveres de reserva profissional.
- No atendimento ao público deve ser salvaguardada:
- Atuação de modo consciencioso, correto, cortês e acessível, garantindo o exercício dos direitos dos cidadãos e o cumprimento dos seus deveres;
- A resposta completa e exata às questões colocadas pelos cidadãos e o seu encaminhamento, sempre que o assunto em apreço seja da responsabilidade ou competência de outra entidade;
- A prestação de informações e de esclarecimentos, de modo a assegurar que o cidadão está consciente dos seus direitos e deveres, tendo sempre presente as suas circunstâncias individuais, designadamente a capacidade para compreender a informação que lhe é prestada e os esclarecimentos para consentir ou aceitar qualquer proposta de intervenção de saúde, quando aplicável;

- A informação prestada é compreendida quando o cidadão não domina a língua portuguesa e a informação aos cidadãos sobre os meios através dos quais podem exercer o seu direito de participação.

Em matéria de Respeito pelos Direitos Humanos e Laborais o CHUPorto através do Código de Ética, compromete-se a respeitar e a promover os Direitos Humanos e as práticas laborais condignas e os seus colaboradores comprometem-se a agir de acordo com os compromissos do CHUPorto no âmbito dos direitos humanos e laborais, a cumprir e fazer cumprir as normas de higiene e segurança no trabalho.

Também no Código de ética, em matéria de Igualdade de oportunidades, o CHUPorto garante a plena igualdade de oportunidades a todos os seus colaboradores combatendo de forma persistente todas as formas de discriminação:

- Respeito pelo princípio da não discriminação;
- Respeito à reserva da intimidade da vida privada;
- Respeito pela promoção da liberdade de oportunidades.

## 3. Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PGRIC):

**a)** Referência à existência do PGRIC para prevenir fraudes internas (cometida por um Colaborador ou Fornecedor de Serviços) e externas (cometida por Clientes ou Terceiros) e identificação das ocorrências e das medidas tomadas para a sua mitigação;

O Plano de Prevenção de Riscos de Gestão incluindo de Corrupção e infrações Conexas do CHU Porto de 13 de fevereiro de 2019, cuja revisão está em curso, deverá ser o resultado de uma reflexão interna desenvolvida com e pelos responsáveis dos serviços numa perspetiva de melhoria contínua, responsabilização e envolvimento de todos os colaboradores na atividade e cultura organizacional.

Na sequência das Medidas de Prevenção da corrupção do Decreto-lei nº109-E/2021 de 9 de dezembro que cria o Mecanismos Nacional Anticorrupção e estabelece o regime geral de prevenção da corrupção, o plano existente deverá ser avaliado e atualizado quanto aos riscos e situações que possam expor a entidade a atos de corrupção e infrações conexas, incluindo áreas de administração, de direção, operacionais ou de suporte e que contenha:

- a)** A identificação, análise e classificação dos riscos e das situações que possam expor a entidade a atos de corrupção e infrações conexas, incluindo aqueles associados ao exercício de funções pelos titulares dos órgãos de administração e direção, considerando a realidade do setor e as áreas geográficas em que a entidade atua;
- b)** Medidas preventivas e corretivas que permitam reduzir a probabilidade de ocorrência e o impacto dos riscos e situações identificados.

**b)** Data da última atualização e indicação sobre o cumprimento da legislação e da regulamentação em vigor relativas à prevenção da corrupção e sobre a elaboração do Relatório Identificativo das Ocorrências, ou Risco de Ocorrências (vide 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<sup>9</sup>;

A última atualização do Plano de Prevenção de Riscos incluindo de Corrupção e infrações Conexas do CHU Porto é de 13 de fevereiro de 2019. Tal como referido está em curso a sua revisão e atualização.

É uma preocupação da Auditora Interna a existência de um Plano adequado e atualizado à realidade do CHU Porto, cuja sistematização e revisão têm vindo a ser tratadas com os serviços. No entanto, não foi possível concluir a revisão e atualização do plano de modo a satisfazer os objetivos definidos e a alcançar o grau de desenvolvimento e maturidade considerados necessários. As principais circunstâncias que estiveram na origem desta situação, foram:

- ∴ A situação pandémica com efeito negativo sobre a obtenção de informação e disponibilidade dos serviços e dos profissionais que estiveram orientados para outras atividades mais urgentes, sobretudo durante 2020 e 2021;
- ∴ A falta de recursos humanos no serviço de auditoria interna.

A Gestão de risco é uma responsabilidade dos serviços. Compete aos serviços identificar e monitorizar os eventos de risco das suas áreas de atuação e implementar as medidas de controlo interno adequadas à mitigação dos riscos identificados de corrupção e infrações.

O plano existente deverá ser revisto e atualizado de acordo com o Decreto-lei n.º109-E/2021 de 9 de dezembro que cria o Mecanismos Nacional Anticorrupção e estabelece o regime geral de prevenção da corrupção.

O plano existente deverá assim ser avaliado quanto aos riscos e situações que possam expor a entidade a atos de corrupção e infrações conexas, incluindo áreas de administração, de direção, operacionais ou de suporte e que contenha:

- a)** A identificação, análise e classificação dos riscos e das situações que possam expor a entidade a atos de corrupção e infrações conexas, incluindo aqueles associados ao exercício de funções pelos titulares dos órgãos de administração e direção, considerando a realidade do setor e as áreas geográficas em que a entidade atua;
- b)** Medidas preventivas e corretivas que permitam reduzir a probabilidade de ocorrência e o impacto dos riscos e situações identificados.

O Relatório Anual de Execução é apresentado pelo serviço de auditoria interna e depois de aprovado é submetido pelo conselho de administração ao conselho de prevenção da corrupção e aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, nos termos dos atuais Estatutos no n.º14 do artigo 86.º do Capítulo IV do Decreto-lei n.º52/2022 de 4 de agosto.

**c)** Disponibilidade do Relatório Anual de Execução do PGRIC para publicitação no sítio na internet da UTAM.

O Relatório Anual é disponibilizado pelo conselho de administração ao conselho de prevenção da corrupção e aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, nos termos do artigo 86.º do Capítulo IV do Decreto-lei n.º52/2022 de 4 de agosto – Estatutos e é disponibilizado através da sua publicação no site Institucional no seguinte Link de acesso: <https://www.chporto.pt/v0B0P0G/plano-de-prevencao-de-riscos-degestao>

## 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).**

Para cumprimento dos deveres de obrigação de divulgação de informação, previstas no artigo n.º44.º do Decreto-Lei n.º133/2013 de 3 de outubro, o CHU Porto utilizou durante 2022 as plataformas de reporte de dados do SIRIEF – Sistema de Recolha de Informação Económica e Financeira, os serviços online da ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, o site institucional e site do SNS: **SNS – Portal do SNS**

Para cada alínea indica-se a hiperligação para o site institucional.

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

Não há prestação de garantias financeiras ou assunção de dívidas ou passivos de outras entidades nem mesmo casos em que assumam organização de grupo.

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

<https://www.chporto.pt/v0B0P0E/relatorio-e-contas>

**c)** Planos de atividades e orçamento, anuais e plurianuais, incluindo os planos de investimento e as fontes de financiamento; <https://www.chporto.pt/v0B0P0H/plano-de-atividades-e-orcamento>

**d)** Orçamento anual e plurianual; <https://www.chporto.pt/v0B0P0H/plano-de-atividades-e-orcamento>

<sup>9</sup> O Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, foi aprovado no dia 2 de dezembro de 2021, e entrou em vigor 180 dias após a sua publicação (artigo 29.º), tendo revogado a Lei n.º 54/2008, de 4 de setembro (artigo 27.º). O Regime Geral da Prevenção da Corrupção ("RGPC") é aplicável "aos serviços e às pessoas coletivas da administração direta e indireta do Estado, das regiões autónomas, das autarquias locais e do setor público empresarial que empreguem 50 ou mais trabalhadores (...)" (n.º 2 do artigo 2.º do RGPC). "Os serviços e as pessoas coletivas da administração direta e indireta do Estado, das regiões autónomas, das autarquias locais e do setor público empresarial que não sejam considerados empresas abrangidas adotam instrumentos de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas adequados à sua dimensão e natureza, incluindo os que promovam a transparência administrativa e a prevenção de conflitos de interesses" (n.º 5 do artigo 2.º do RGPC).

**e)** Documentos anuais de prestação de contas;  
<https://www.chporto.pt/v0B0P0E/relatorio-e-contas>

**f)** Relatórios trimestrais de execução orçamental acompanhados dos relatórios do órgão de fiscalização.  
<https://www.chporto.pt/v0B0P0E/relatorio-e-contas>

**d)** Documentos de prestação de contas anuais e, caso aplicável, semestrais;  
<https://www.chporto.pt/v0B0P0E/relatorio-e-contas>

**e)** Obrigações de serviço público a que a empresa está sujeita e os termos contratuais da prestação de serviço público;  
<https://www.chporto.pt/v0B0P0D/relatorio-de-governo-societario>

**f)** Modelo de financiamento subjacente e apoios financeiros recebidos do Estado nos últimos três exercícios.  
<https://www.chporto.pt/v0B0P0D/relatorio-de-governo-societario>

**2. Indicação da plataforma utilizada para cumprimento dos deveres de transparência a que a empresa se encontra sujeita, nomeadamente os relativos a informação a prestar anualmente ao titular da função acionista e ao público em geral sobre o modo como foi prosseguida a sua missão, 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 (vide n.º 1 do artigo 45.º do RJSPE).**

As plataformas utilizadas são o SIRIEF – Sistema de Recolha de Informação Económica e Financeira, os serviços online da ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, o site Institucional do CHUPorto e o site do SNS.

O CHUPorto publica toda a informação relevante no seu site, nomeadamente a publicação do Relatório e Contas e o Relatório de Governo Societário. O CHUPorto, remete ainda toda a informação solicitada para a publicação no site do Setor Empresarial do Estado.

## **E.** **Sítio na Internet**

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

**a)** Sede e, caso aplicável, demais elementos mencionados no artigo 171.º do CSC;  
<https://www.chporto.pt/v0B0A/apresentacao>

**b)** Estatutos e regulamentos de funcionamento dos órgãos e/ou comissões;  
<https://www.chporto.pt/v0B0P0A/estatutos-regulamento-interno>

**c)** Titulares dos órgãos sociais e outros órgãos estatutários e respetivos elementos curriculares, bem como as respetivas remunerações e outros benefícios;  
<https://www.chporto.pt/v0B0P0D/relatorio-de-governo-societario>

**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;  
<https://www.chporto.pt/v0B0P0A/estatutos-regulamento-interno>

**b)** Código de Ética;  
<https://www.chporto.pt/v0B0P0C/codigo-de-tica>

**c)** Relatório Anual de Execução do PGRIC (vide artigo 46.º do RJSPE);  
<https://www.chporto.pt/v0B0P0G/plano-de-prevencao-de-ricos-de-gestao>

**d)** Relatório sobre remunerações por género (vide n.º 2 da Resolução do Conselho de Ministros n.º 18/2014, de 7 de março).  
<https://www.chporto.pt/v0B0V0D/relatorio-sobre-remuneracoes-pagas>

**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:**

Não aplicável.

# F.

## Prestação de Serviço Público ou de Interesse Geral (caso aplicável)

### **1. Referência ao contrato celebrado com a empresa pública em que lhe tenha sido confiada 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).**

O processo de contratualização que se encontra implementado no Serviço Nacional de saúde (SNS) estabelece o relacionamento entre acionistas, financiadores/compradores e prestadores de cuidados de saúde, encontrando-se vertido num Contrato-Programa trienal, atualizado anualmente por um Acordo Modificativo a este Contrato-Programa, através do qual se explicitam os resultados a alcançar em cada instituição do SNS.

Este processo de contratualização baseia-se na responsabilidade de todas as entidades envolvidas, nomeadamente: Tutela (Ministério da Saúde e Ministério das Finanças), Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), Administrações Regionais de Saúde (ARS) e Entidades Prestadoras de Cuidados (Hospitais, Centros Hospitalares e Unidades Locais de Saúde).

Mais se refere que a contratualização da atividade e definição dos níveis de produção e respetiva remuneração entre outros parâmetros de atividade é feita nos termos referidos e não se enquadra no âmbito do n.º 3 do artigo 48.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 que se refere à concessão de subvenções públicas de acordo com o Decreto-Lei n.º 167/2008 que estabelece este regime jurídico.

### **2. Quando aplicável, 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 (vide n.ºs 1, 2 e 4 do artigo 48.º do RJSPE)<sup>10</sup>, das quais deverão constar os seguintes elementos: Associação de metas quantitativas a custos permanentemente auditáveis; Modelo de financiamento, prevendo penalizações em caso de incumprimento; Critérios de avaliação e revisão contratuais; Parâmetros destinados a garantir níveis adequados de satisfação dos utentes; Compatibilidade com o esforço financeiro do Estado, tal como resulta das afetações de verbas constantes do Orçamento do Estado em cada exercício; Metodologias adotadas tendo em vista a melhoria contínua da qualidade do serviço prestado e do grau de satisfação dos clientes ou dos utentes. A empresa deve apresentar declaração<sup>11</sup> do seguinte:**

De acordo com o referido no ponto anterior, este ponto não é aplicável.

**a)** Que elaborou uma proposta de contratualização da prestação de serviço público;

De acordo com o referido no ponto anterior, este ponto não é aplicável.

**b)** Que essa proposta foi apresentada ao titular da função acionista e ao membro do Governo responsável pelo respetivo setor de atividade;

De acordo com o referido no ponto anterior, este ponto não é aplicável.

**c)** Que a proposta cumpre com todos os requisitos legais definidos no n.º 1 do artigo 48.º do RJSPE.

De acordo com o referido no ponto anterior, este ponto não é aplicável.

<sup>10</sup> Caso não tenha contrato celebrado ou, tendo, caso haja apresentado nova proposta.

<sup>11</sup> Esta declaração, no próprio RGS, pode apenas mencionar que foi cumprido o disposto no n.º 1 do artigo 48.º do RJSPE.



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.

Esta matéria é regulada pelo disposto no artigo 28º do Estatuto do Gestor Público, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, na sua versão atual, referindo que o vencimento mensal dos gestores públicos é determinado em função de critérios decorrentes da complexidade, exigência e responsabilidade inerentes às respetivas funções, fixados por resolução do Conselho de Ministros.

Nesta sequência a Resolução do Conselho de Ministros 34/2017, de 2 de março que nomeou o Conselho de Administração do CHU Porto para o triénio 2017-19, determina que "...a remuneração dos membros do conselho de administração desta entidade pública empresarial obedece ao disposto no n.º 5 da Resolução do Conselho de Ministros n.º 18/2012, de 21 de fevereiro, e à classificação atribuída pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 36/2012, de 26 de março, alterada pelas Resoluções do Conselho de Ministros n.ºs 97/2012, de 21 de novembro, 45/2013, de 19 de julho, e 48/2013, de 29 de julho". Refere ainda que "Foi ouvida, nos termos do n.º 3 do artigo 13.º do Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro, e alterado pelo Decreto-Lei n.º 39/2016, de 28 de julho, a Comissão de Recrutamento e Seleção para a Administração Pública, que se pronunciou favoravelmente sobre as nomeações constantes da presente resolução."

No que respeita à remuneração do Conselho Fiscal e ROC foram fixadas por Despachos conjunto das Finanças e da Saúde em 31/08/2018 e 04/09/2018 para o Conselho fiscal e em 13/12/2018 para o ROC.

### 2. Identificação dos mecanismos<sup>12</sup> 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).

As despesas efetuadas diretamente por cada membro do Conselho de Administração são submetidas a autorização ao Conselho de Administração.

No âmbito do artigo 51º do Decreto-Lei nº133/2013 de 3 de outubro, foram efetuadas as declarações de independência dos membros do Conselho de Administração.

Para além das declarações anteriores e de acordo com o Estatuto do Gestor Público no seu art.º 22, nº8 e o nº1 do art.º 11º da Lei nº64/93, de 26 de agosto foram remetidas à Procuradoria-Geral da República declarações de inexistência de incompatibilidades ou impedimento para o exercício de funções dos membros do Conselho de Administração.

### 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.

Dá-se conhecimento de que foram apresentadas as declarações de independência nos termos do artigo 51º do Decreto-Lei nº133/2013, nas quais cada um dos membros declara que não intervém nas decisões que envolvam os seus próprios interesses, designadamente na aprovação de despesas por si realizadas, conforme determina o artigo 51º do decreto-Lei nº 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

Habitualmente estas declarações eram publicadas em anexo a este relatório, no entanto o modelo de Relatório de Governo Societário de 2022 da UTAM apenas solicita que se dê conhecimento do procedimento efetuado, o qual no CHU Porto inclui a manutenção em arquivo das declarações e evidências do envio a todas as entidades definidas por lei, nomeadamente ao CA, ao Conselho Fiscal e ROC, bem como à IGF (Decreto-lei nº71/2007 de 27 de março e nº1 do artigo 52 do Decreto-lei nº133/2013 de 3 de outubro, nas versões atuais).

# 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.

Não existe comissão para a fixação de remunerações, razão pela qual esta informação não é aplicável.

<sup>12</sup> Mecanismos diversos dos inerentes à evidenciação ou menção a que se refere o ponto 3, seguinte.

# C.

## Estrutura das Remunerações

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

A política de remunerações dos gestores públicos é regulada pelo Estatuto do Gestor Público, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março na sua versão atual. Resumidamente, a política de remunerações define o vencimento mensal e as regras para outros abonos. O vencimento mensal é determinado em função de critérios decorrentes da complexidade, exigência e responsabilidade inerentes às respetivas funções, fixados por resolução do Conselho de Ministros identificadas na secção A.

Quanto ao órgão de fiscalização, a remuneração dos elementos do Conselho fiscal e do ROC está fixada por Despacho conjunto das Finanças e da Saúde.

### 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.

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 entidade, assente num contrato de gestão proposto pela Tutela e subscrito por cada um dos membros da Administração. A remuneração variável encontra-se suspensa e dependente da legislação em vigor para cada ano.

### 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.

A remuneração variável será atribuída nos termos dos objetivos de gestão. No entanto a mesma encontra-se suspensa nos termos do referido anteriormente.

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

Idem.

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

Idem.

### 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 existem.

# 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. A apresentar segundo os formatos seguintes:

| Membro do Órgão de Administração | Estatuto do Gestor Público |               |                              |                        |
|----------------------------------|----------------------------|---------------|------------------------------|------------------------|
|                                  | Fixado                     | Classificação | Remuneração mensal bruta (€) |                        |
|                                  | [S/N]                      | [A/B/C]       | Vencimento                   | Despesas Representação |
| Paulo Jorge Barbosa Carvalho     | S                          | B             | 5.016,36 €                   | 1.683,00 €             |
| José Fernando da Rocha Barros    | S                          | B             | 5.016,36 €                   | 1.574,72 €             |
| Alfredo Eduardo Argulho Alves    | S                          | B             | 3.937,79 €                   | 1.574,72 €             |
| Rita Gonçalves Moreira           | S                          | B             | 3.937,79 €                   | 1.574,72 €             |
| Rita Sofia Silva Veloso          | S                          | B             | 3.937,79 €                   | 1.574,72 €             |

Nos termos do nº 3 da Resolução do Conselho de Ministro nº 34/2017, de 2 de março, foi autorizado ao Presidente do Conselho de Administração e ao Diretor Clínico a opção pelo vencimento do lugar de origem.

| Membro do Órgão de Administração | Remuneração Anual 2022 (€) |              |             |
|----------------------------------|----------------------------|--------------|-------------|
|                                  | Fixa (1)                   | Variável (2) | Bruta       |
| Paulo Jorge Barbosa Carvalho     | 90.921,12 €                | 0,00 €       | 90.921,12 € |
| José Fernando da Rocha Barros*   | 89.621,76 €                | 0,00 €       | 89.621,76 € |
| Alfredo Eduardo Argulho Alves    | 74.025,70 €                | 0,00 €       | 74.025,70 € |
| Rita Gonçalves Moreira**         | 73.529,68 €                | 0,00 €       | 73.529,68 € |
| Rita Sofia Silva Veloso          | 74.025,70 €                | 0,00 €       | 74.025,70 € |

1) O valor da remuneração fixa corresponde ao vencimento mais despesas de representação.  
(2) Prémios de Gestão.  
\* Ao valor indicado acresce 551,25€ de remuneração auferida no âmbito do despacho de Sua Excª o Ministro da Saúde, Adalberto Campos Fernandes, de 27 de setembro de 2017, que autorizou exercício de atividade médica, de natureza assistencial, de forma remunerada, ao Professor Doutor José Fernando da Rocha Barros, Diretor Clínico, no CHUPorto, nos termos do nº 2, artigo 3º dos Estatutos dos Centros Hospitalares, constante do anexo II, do Decreto-Lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro.  
\*\* Cessou funções no cargo de vogal executiva do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário do Porto, E.P.E com efeitos a 2 de dezembro de 2022.

| Membro do Órgão de Administração | Benefícios Sociais (€) |               |                           |               |                 |                |        |        |
|----------------------------------|------------------------|---------------|---------------------------|---------------|-----------------|----------------|--------|--------|
|                                  | Subsídio de Refeição   |               | Regime de Proteção Social |               | Seguro de Saúde | Seguro de Vida | Outros |        |
|                                  | Valor/Dia*             | Encargo Anual | Regime                    | Encargo Anual | Encargo Anual   | Encargo Anual  | N/a    | Valor  |
| Paulo Jorge Barbosa Carvalho     | 4,77 €                 | 1.118,13 €    | CGA                       | 21.593,82 €   | 0,00 €          | 0,00 €         | -      | 0,00 € |
| José Fernando da Rocha Barros    | 4,77 €                 | 1.089,08 €    | CGA                       | 21.416,22 €   | 0,00 €          | 0,00 €         | -      | 0,00 € |
| Alfredo Eduardo Argulho Alves    | 4,77 €                 | 1.044,00 €    | CGA                       | 17.581,22 €   | 0,00 €          | 0,00 €         | -      | 0,00 € |
| Rita Gonçalves Moreira           | 4,77 €                 | 1.028,87 €    | SEG. SOCIAL               | 17.463,30 €   | 0,00 €          | 0,00 €         | -      | 0,00 € |
| Rita Sofia Silva Veloso          | 4,77 €                 | 1.113,79 €    | SEG. SOCIAL               | 17.581,10 €   | 0,00 €          | 0,00 €         | -      | 0,00 € |
|                                  |                        | 5.393,87 €    |                           | 95.635,66 €   | 0,00 €          | 0,00 €         | -      | 0,00 € |

\* Por aplicação da Portaria n.º 280/2022, de 18 de novembro, que fixa a atualização do subsídio de refeição aos trabalhadores da Administração Pública, o valor do subsídio de refeição foi atualizado para 5,20€, a partir de 1 de outubro de 2022

## 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 existem outras empresas em relação de domínio ou de grupo, pelo que esta informação não é aplicável.

## 3. Indicação da 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.

Não há este tipo de remuneração pelo que esta informação não é aplicável.

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

Não houve indemnizações pagas ou devidas a ex-administradores executivos relativamente à cessação das suas funções durante o exercício.

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.

| Conselho Fiscal                         | Remuneração Anual 2022 (€) |
|-----------------------------------------|----------------------------|
| Carla Manuela Serra Geraldes            | 19.297,60 €                |
| Maria das Dores de Sousa Silva          | 14.473,06 €                |
| Fernando Manuel de Sousa Pires de Matos | 14.848,98 €                |
| Total                                   | 48.619,64 €                |

Nota: incluído subsídio de férias e subsídio de natal

| Revisor Oficial de Contas              | Valor Anual do Contrato de Prestação de Serviços - 2022 (€) | Valor Anual de Serviços Adicionais - 2022 (€) |            |
|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------|
|                                        | Valor                                                       | Identificação do Serviço                      | Valor      |
| Santos Carvalho & Associados, SROC, SA | 32.841,00 €                                                 | Outras despesas*                              | 1.876,50 € |

\*Outras Despesas

|                                                                      |     |            |
|----------------------------------------------------------------------|-----|------------|
| Deslocações e alimentação e Taxa CMVM referente ao serviço ROC 2022: | 0%  | 1.200,00 € |
|                                                                      | 6%  | 22,58 €    |
|                                                                      | 13% | 399,44 €   |
|                                                                      | 23% | 254,48 €   |
|                                                                      |     | 1.876,50 € |

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

Não existe Assembleia geral nos órgãos dos Centros Hospitalares pelo que a informação não se aplica.

VIII.

# Transações com Partes Relacionadas e Outras



## 1. Apresentação de mecanismos implementados pela empresa para efeitos de controlo de transações com partes relacionadas<sup>13</sup> e indicação das transações que foram sujeitas a controlo no ano de referência.

As transações 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.

A atividade assistencial prestada aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde tem como resultado a faturação à ACSS, I.P., que constitui a maior parcela da faturação de prestação de serviços do CHUPorto, EPE.

O Contrato-Programa é monitorizado e avaliado pela ARS Norte, pela ACSS e ainda pela DGO no que respeita ao Orçamento Económico.

Em termos de mecanismos de controlo há ainda a referir a divulgação da existência de relacionamentos entre partes relacionadas, bem como a divulgação da informação acerca destas nos documentos de prestação de contas anuais, nos termos da NCP 20. Em 2022 esta informação pode ser consultada e verificada no Relatório e Contas na nota 20 - Divulgações de partes relacionadas (capítulo 14 - Anexo às Demonstrações Financeiras).

O detalhe das transações entre partes relacionadas, bem como o respetivo saldo em 31 de dezembro de 2022, era o seguinte:

| Entidade Terceira                                      | NIF       | Faturação emitida pelo CHUPorto em 2022 | Faturação emitida pelas Entidades Terceiras em 2022 | Saldo de Cliente | Saldo de Fornecedor |
|--------------------------------------------------------|-----------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------|---------------------|
|                                                        |           |                                         |                                                     | 31-12-2022       | 31-12-2022          |
| ACSS                                                   | 508188423 | 336.166.801,26                          | 0                                                   | 1.008.253,58     | 0                   |
| Instituto Nacional Emergência Médica, IP               | 501356126 | 74.778,03                               | 0                                                   | 0                | 0                   |
| Instituto Português do Sangue e da Transplantação, IP  | 502423943 | 70.605,60                               | 713.888,23                                          | 0                | 183.756,70          |
| Instituto Nacional Saude Dr.Ricardo Jorge, IP, INSA IP | 501427511 | 10.158,05                               | 80.751,17                                           | 8.557,81         | 3.857,32            |
| Hospital Dr. Francisco Zagalo                          | 501510150 | 0                                       | 0                                                   | 0                | 0                   |
| ARS Norte, IP                                          | 503135593 | 6.638.045,63                            | 2.405.618,86                                        | 2.511.516,61     | 213.472,61          |
| ARS Centro, IP                                         | 503122165 | 179.638,88                              | 0                                                   | 311.133,05       | 0                   |
| ARS Lisboa V.T., IP                                    | 503148776 | 0                                       | 0                                                   | 3.733,17         | 0                   |
| Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE                   | 506361659 | 0                                       | 153,3                                               | 0                | 0                   |
| Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE                   | 506361608 | 0                                       | 0                                                   | 0                | 0                   |
| Hospital Distrital Figueira Foz, EPE                   | 506361527 | 3.074,50                                | 1.115,41                                            | 3.074,50         | 0                   |
| Hospital de Santa Maria Maior, EPE                     | 506361381 | 146.721,99                              | 0                                                   | 112.924,01       | 0                   |
| Hospital Distrital de Santarém, EPE                    | 506361462 | 937,9                                   | 0                                                   | 384,9            | 0                   |
| Hospital Garcia de Orta, EPE                           | 506361470 | 1.686,20                                | 0                                                   | 1.645,00         | 0                   |
| Unidade Local de Saúde Matosinhos, E.P.E.              | 506361390 | 1.028.850,26                            | 88.839,43                                           | 722.804,50       | 577,45              |
| Centro Hospitalar e Univ. de Coimbra, EPE              | 510103448 | 29.019,50                               | 38.869,35                                           | 35.261,80        | 5.893,12            |
| Instituto Portug.Oncologia - Lisboa , EPE              | 506361616 | 170,7                                   | 0                                                   | 113,8            | 0                   |
| Instituto Português Oncologia - Porto , EPE            | 506362299 | 46.979,85                               | 212.971,47                                          | 32.050,49        | 33.609,45           |
| Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.          | 507618319 | 3.809,90                                | 669,9                                               | 3.258,80         | 166,5               |
| Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.                   | 507606787 | 763,2                                   | 602,8                                               | 663,2            | 301,4               |
| Hospital Espírito Santo Évora, EPE                     | 508085888 | 25,6                                    | 0                                                   | 25,6             | 0                   |
| Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, EPE | 508080142 | 50.917,50                               | 455,5                                               | 71.407,10        | 0                   |
| Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE     | 508100496 | 574.350,97                              | 180.004,44                                          | 434.022,64       | 63.539,90           |
| Centro Hospitalar Médio Ave, EPE                       | 508093937 | 8.887,63                                | 0                                                   | 23.415,21        | 0                   |
| Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE       | 508142156 | 272.488,86                              | 10.979,66                                           | 241.850,33       | 3.935,31            |
| Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE               | 508318262 | 464.292,46                              | 7.420,40                                            | 416.277,31       | 3.700,16            |
| Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE      | 508481287 | 64.157,80                               | 0                                                   | 56.550,80        | 0                   |
| Centro Hospitalar Povoa Varzim/Vila Conde, EPE         | 508741823 | 17.259,50                               | 0                                                   | 19.044,97        | 0                   |
| Unidade Local de Saúde Alto Minho, EPE                 | 508786193 | 154.988,11                              | 309,82                                              | 154.405,90       | 250,92              |
| Unidade Local de Saúde Guarda, EPE                     | 508752000 | 5.186,40                                | 0                                                   | 5.137,40         | 0                   |
| Hospital Magalhães Lemos, EPE                          | 502828790 | 237.070,29                              | 275.664,66                                          | 4.005,10         | 115.512,35          |
| ULSBA - Unidade Local de Saúde Baixo Alentejo, EPE     | 508754275 | 514,2                                   | 0                                                   | 514,2            | 0                   |
| Unidade local de Saúde de Castelo Branco, EPE          | 509309844 | 0                                       | 0                                                   | 0                | 0                   |
| Centro Hospitalar Entre o Douro e Vouga, EPE           | 508878462 | 137.111,59                              | 0                                                   | 101.705,42       | 0                   |
| Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, EPE                | 509822932 | 0                                       | 0                                                   | 0                | 0                   |
| Hospital Fernando da Fonseca, EPE                      | 503035416 | 1.435,30                                | 0                                                   | 1.098,50         | 0                   |
| Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE                | 509186998 | 946,1                                   | 0                                                   | 711,2            | 0                   |
| Centro Hospitalar São João, EPE                        | 509821197 | 1.025.523,50                            | 11.728,89                                           | 9.540.376,92     | 466,3               |
| Hospital de Braga, E.P.E.                              | 515545180 | 203.270,74                              | 0                                                   | 344.413,89       | 0                   |
| Centro Hospitalar de Baixo Vouga, EPE                  | 510123210 | 297.806,94                              | 0                                                   | 161.788,94       | 0                   |
| Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE                   | 509822940 | 17.401,62                               | 0                                                   | 16.182,72        | 0                   |
| Unidade Local de Saúde de Nordeste, EPE                | 509932584 | 76.883,98                               | 0                                                   | 71.070,21        | 0                   |
| Unidade Local Saúde do Litoral Alentejano, EPE         | 510445152 | 684,4                                   | 0                                                   | 684,4            | 0                   |
| Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE        | 510745997 | 512,9                                   | 0                                                   | 512,9            | 0                   |
| Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, EPE        | 508080827 | 119.645,27                              | 0                                                   | 94.425,94        | 0                   |
| Centro Hospitalar do Oeste                             | 514993871 | 0                                       | 0                                                   | 1.343,30         | 0                   |

<sup>13</sup> Para efeitos do conceito de parte relacionada tenha-se em conta o que se encontra definido na NCRF 5 (Norma contabilística e de relato financeiro 5. Divulgações de Partes Relacionadas), e também no n.º 4 do artigo 63.º do CIRCI (Código do Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Coletivas).

## 2. Informação sobre outras transações:

### a) Procedimentos adotados em matéria de aquisição de bens e serviços;

- Decreto-Lei nº 18/2008, de 29 de janeiro, revisto pelo Dec-Lei nº 111-B/2017, de 31 de agosto, na redação em vigor, onde se estabelece a disciplina aplicável à contratação pública e o regime substantivo dos contratos públicos que revistam a natureza de contratos administrativos; reforma operada pela Lei nº 30/2021, de 21 de maio, com início de vigência em 21 de junho de 2021 (cria regras especiais transitórias para articulação com o PRR e altera substancialmente o CCP);
- Despacho nº 851-A/2017, de 16 de janeiro que “Emite recomendações no âmbito dos procedimentos que mitiguem o risco e previnam a violação dos princípios da transparência, concorrência e prossecução do interesse público, na área da contratação pública”;
- Lei nº 8/2012, de 21 de fevereiro – Lei dos Compromissos e dos Pagamentos em Atraso (LCPA), que estabelece as regras aplicáveis à assunção de compromissos e aos pagamentos em atraso das entidades públicas;
- Decreto-Lei nº 127/2012, de 21 de junho, que contempla as normas legais disciplinadoras dos procedimentos necessários à aplicação da LCPA e à operacionalização da prestação da informação;
- Acórdão do STA de 04-11-2021 estabelecendo a orientação segundo a qual «I - A violação do art. 7.º do Decreto-Lei n.º 127/2012, de 21 de junho implica a nulidade do contrato. II - Nos termos conjugados dos art. 5.º, n.º 4 e 9º n.º2 da Lei n.º 8/2012, de 21 de fevereiro não é possível a sanção da referida nulidade nem aplicação da solução do art. 289º do CC de restituição do valor da prestação»;
- Lei nº 118/2019, de 17 de setembro em particular os seguintes artigos: 1 - As ações de contencioso pré[1]contratual que tenham por objeto a impugnação de atos de adjudicação relativos a procedimentos aos quais é aplicável o disposto no n.º 3 do artigo 95.º ou na alínea a) do n.º 1 do artigo 104.º do Código dos Contratos Públicos, desde que propostas no prazo de 10 dias úteis contados desde a notificação da adjudicação a todos os concorrentes, fazem suspender automaticamente os efeitos do ato impugnado ou a execução do contrato, se este já tiver sido celebrado. 4 - O efeito suspensivo é levantado quando, ponderados todos os interesses suscetíveis de serem lesados, o diferimento da execução do ato seja gravemente prejudicial para o interesse público ou gerador de consequências lesivas claramente desproporcionadas para outros interesses envolvidos;
- Dec-Lei nº 10-A/2020, de 13 de março capítulo II: aprova um Regime Excecional de contratação pública e de autorização de despesa;
- Dec-Lei nº 10-E/2020, de 24-03 Alarga o âmbito de aplicação daquele Dec-Lei nº 10-A/2020;
- Lei nº 1-A/2020, de 19 de março relativa à resposta à situação epidemiológica provocada pelo coronavírus sars-cov-2 na versão atualizada pela lei n.º 4-b/2021, de 01/02;
- Lei nº 27-A/2020, de 24-07. Artigo 7º Altera o artigo 48º da Lei Orgânica do Tribunal de Contas (consagrando o limiar de € 750.000,00 para isenção dos contratos de sujeição a procedimento de visto prévio do Tribunal);
- Decreto-Lei nº 78/2022, de 7 de novembro que altera a Lei nº 30/2021, de 21-05 e aprova medidas especiais de contratação pública;
- Lei nº 30/2021, de 21-05 que aprova medidas especiais de contratação pública, em ordem à agilização dos investimentos do PRR e altera várias normas do CCP;
- Dec-Lei nº 36/2022, de 20-05 que estabelece um regime excecional e temporário de revisão de preços nas empreitadas (em face do incremento de preços associado ao aumento das matérias-primas).

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

Nada a assinalar.

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

| Código CHUP | Entidade                                         | Valor Faturado 2022 c/ IVA | Peso | NIF       |
|-------------|--------------------------------------------------|----------------------------|------|-----------|
| 9807552     | IBERDROLA PORTUGAL UNIPessoal, LDA.              | 3.559.666,20 €             | 7,5% | 502124083 |
| 9800343     | SUCH - SERVIÇO DE UTILIZAÇÃO COMUM DOS HOSPITAIS | 3.439.584,82 €             | 7,2% | 500900469 |
| 9801925     | ITAU - INSTITUTO TÉCNICO ALIMENTAÇÃO, SA         | 2.945.985,12 €             | 6,2% | 500142858 |
| 9807743     | IBERLIM - SOCIEDADE TÉCNICA DE LIMPEZAS, SA      | 2.549.309,66 €             | 5,4% | 502117281 |
| 9800310     | PETROGAL, SA (PETRÓLEOS PORTUGAL)                | 2.543.949,87 €             | 5,3% | 500697370 |
| 972000      | ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE, IP     | 2.404.041,86 €             | 5,0% | 503135593 |

IX.

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



Caracterização dos elementos seguidamente explicitados, podendo ser feita remissão para ponto do relatório onde já conste esta informação<sup>14</sup>:

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

1.1. Otimização da performance produtiva, igualando, por serviço, o melhor resultado observado no biénio anterior.

| Departamento/Indicador                                               | Ano 2019 | Ano 2020 | Ano 2021 | Ano 2022 | Var.<br>2019-2020 | Var.<br>2020-2021 | Var.<br>2021-2022 |
|----------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Centro de Genética Medica Dr. Jacinto Magalhaes                      |          |          |          |          |                   |                   |                   |
| Consultas Médicas                                                    | 4.319    | 5.281    | 6.604    | 6.198    | 22%               | 25%               | -6%               |
| Centro de Transplantação                                             |          |          |          |          |                   |                   |                   |
| Doentes Saídos                                                       | 298      | 306      | 272      | 297      | 3%                | -11%              | 9%                |
| Consultas Médicas                                                    | 3.925    | 4.123    | 4.093    | 3.910    | 5%                | -1%               | -4%               |
| Dep. da Infancia e Adolescência                                      |          |          |          |          |                   |                   |                   |
| Doentes Saídos                                                       | 2.003    | 1.707    | 1.855    | 1.980    | -15%              | 9%                | 7%                |
| Consultas Médicas                                                    | 78.882   | 68.266   | 80.451   | 91.061   | -13%              | 18%               | 13%               |
| Doentes Operados Ambulatório                                         | 808      | 638      | 661      | 756      | -21%              | 4%                | 14%               |
| Dep. da Mulher e da Medicina Reprodutiva                             |          |          |          |          |                   |                   |                   |
| Doentes Saídos                                                       | 8.917    | 8.000    | 7.797    | 7.807    | -10%              | -3%               | 0%                |
| Consultas Médicas                                                    | 81.153   | 71.896   | 78.688   | 80.212   | -11%              | 9%                | 2%                |
| Doentes Operados Ambulatório                                         | 2.377    | 1.837    | 2.183    | 2.470    | -23%              | 19%               | 13%               |
| Dep. da Qualidade                                                    |          |          |          |          |                   |                   |                   |
| Consultas Médicas                                                    | 7.429    | 7.399    | 7.039    | 8.250    | -0%               | -5%               | 17%               |
| Dep. de Anestesiologia, Cuidados Intensivos e Emergência             |          |          |          |          |                   |                   |                   |
| Doentes Saídos                                                       | 709      | 544      | 433      | 486      | -23%              | -20%              | 12%               |
| Consultas Médicas                                                    | 16.569   | 13.252   | 14.699   | 14.973   | -20%              | 11%               | 2%                |
| Doentes Operados Ambulatório                                         |          | 3        | 20       | 30       | 0%                | 567%              | 50%               |
| Dep. de Cirurgia                                                     |          |          |          |          |                   |                   |                   |
| Doentes Saídos                                                       | 7.289    | 5.952    | 7.004    | 6.920    | -18%              | 18%               | -1%               |
| Consultas Médicas                                                    | 92.122   | 81.139   | 89.560   | 90.702   | -12%              | 10%               | 1%                |
| Doentes Operados Ambulatório                                         | 5.971    | 4.857    | 6.046    | 6.621    | -19%              | 24%               | 10%               |
| Dep. de Medicina                                                     |          |          |          |          |                   |                   |                   |
| Doentes Saídos                                                       | 8.491    | 9.155    | 8.919    | 8.916    | 8%                | -3%               | 0%                |
| Consultas Médicas                                                    | 221.749  | 218.558  | 235.650  | 244.241  | -1%               | 8%                | 4%                |
| Doentes Operados Ambulatório                                         | 795      | 757      | 1.015    | 1.209    | -5%               | 34%               | 19%               |
| Dep. de Neuroci.ncias                                                |          |          |          |          |                   |                   |                   |
| Doentes Saídos                                                       | 4.236    | 3.150    | 3.622    | 3.367    | -26%              | 15%               | -7%               |
| Consultas Médicas                                                    | 124.686  | 122.480  | 128.262  | 130.886  | -2%               | 5%                | 2%                |
| Doentes Operados Ambulatório                                         | 11.844   | 10.907   | 13.644   | 14.266   | -8%               | 25%               | 5%                |
| Dep. de Ortofisiatria                                                |          |          |          |          |                   |                   |                   |
| Doentes Saídos                                                       | 3.390    | 2.571    | 3.311    | 3.166    | -24%              | 29%               | -4%               |
| Consultas Médicas                                                    | 52.093   | 45.775   | 54.680   | 55.589   | -12%              | 19%               | 2%                |
| Doentes Operados Ambulatório                                         | 928      | 773      | 1.325    | 1.516    | -17%              | 71%               | 14%               |
| Dep. de Pedopsiquiatria e Saude Mental da Infância e da Adolescência |          |          |          |          |                   |                   |                   |
| Doentes Saídos                                                       | 95       | 77       | 97       | 87       | -19%              | 26%               | -10%              |
| Consultas Médicas                                                    | 17.546   | 16.448   | 17.816   | 16.361   | -6%               | 8%                | -8%               |
| Urgencia e Emergencia                                                |          |          |          |          |                   |                   |                   |
| Doentes Saídos                                                       | 14       | 28       | 35       | 52       | 100%              | 25%               | 49%               |
| Consultas Médicas                                                    | 757      | 324      | 820      | 559      | -57%              | 153%              | -32%              |
| Exterior                                                             |          |          |          |          |                   |                   |                   |
| Doentes Saídos                                                       | 48       | 48       | 61       | 78       | 200%              | 200%              | 200%              |
| Outros                                                               |          |          |          |          |                   |                   |                   |
| Consultas Médicas                                                    |          |          | 615      | 754      | 200%              | 200%              | 200%              |
| Total CHUPorto                                                       |          |          |          |          |                   |                   |                   |
| Doentes Saídos                                                       | 35.490   | 31.538   | 33.406   | 33.156   | -11%              | 6%                | -1%               |
| Consultas Médicas                                                    | 701.230  | 654.941  | 718.977  | 743.696  | -7%               | 10%               | 3%                |
| Doentes Operados Ambulatório                                         | 22.723   | 19.772   | 24.894   | 26.868   | -13%              | 26%               | 8%                |

<sup>14</sup> Querendo, a empresa poderá incluir síntese ou extrato(s) do seu Relatório de Sustentabilidade que satisfaça(m) o requerido. Tal formato de prestação da informação, implica que o texto seja acompanhado das adequadas referências que permitam identificar as partes da síntese ou extrato(s) que satisfazem cada uma das alíneas.

Em 2020 verificou-se uma quebra de produção nas diferentes linhas de atividade, em resultado do surto pandémico. Sendo o CHUPorto um dos principais Hospitais na linha da frente no combate à pandemia, imperativamente teve de dar resposta com o necessário ajustamento e redimensionamento da atividade. Assim, inevitavelmente, foi afetado no seu desempenho produtivo por força do cancelamento da atividade programada (Despacho da Senhora Ministra da Saúde de 16 de março de 2020), particularmente na 1ª vaga da COVID-19, e o direcionamento dos seus recursos para os cuidados a estes doentes, facto este que veio contrariar a tendência de crescimento da atividade verificada em anos anteriores. Em 2021, não obstante a perturbação da atividade pela necessidade de tratamento de doentes COVID-19, o CHUPorto inverteu a tendência de decréscimo verificada no ano transato, superando mesmo os níveis de produção atingidos em 2019 (ano pré-pandemia), na cirurgia de ambulatório e na consulta externa. Em 2022 a afluência de doentes covid, particularmente concentrada nos dois primeiros meses do ano, à exceção do internamento que apresentou uma ligeira quebra, não contrariou a tendência de recuperação de atividade, uma vez que o CHUPorto volta a atingir níveis históricos consecutivos na atividade cirúrgica e nas consultas médicas realizadas.

Apesar dos constrangimentos verificados nos dois últimos anos, o CHUPorto conseguiu gerir a sua atividade de modo a assegurar os níveis de acesso, com que sempre se pautou e que são de referência no contexto dos hospitais de grupo, através de uma gestão eficiente dos seus recursos permitindo manter os padrões de sustentabilidade. Não obstante o aparente e ligeiro agravamento dos indicadores de acesso de 2021 para 2022, na consulta, tal não significou que não tenha por outra via aumentado a acessibilidade aos cuidados hospitalares, dado que o acesso ao nível das primeiras consultas foi significativo visível pelo crescimento das primeiras consultas em cerca 10%.

| Objectivos                  | 2021 |                | 2022 |      |                         |
|-----------------------------|------|----------------|------|------|-------------------------|
|                             | Real | Var. 2022/2021 | Meta | Real | Grau de Cumprimento (%) |
| <b>Objectivos Nacionais</b> |      |                |      |      |                         |
| <b>Acesso</b>               |      |                |      |      |                         |

|                                                                                             |      |       |              |      |      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------|--------------|------|------|
| Percentagem de pedidos em Lista de Espera para Consulta (LEC) dentro do TMRG                | 69,4 | -6,9  | <b>70,00</b> | 62,5 | 89,3 |
| Percentagem de consultas realizadas dentro dos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) | 95,0 | -11,0 | <b>90,00</b> | 84   | 93,3 |

|                                                                                 |      |      |              |      |       |
|---------------------------------------------------------------------------------|------|------|--------------|------|-------|
| Percentagem de utentes em Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) dentro do TMRG | 80,6 | -0,2 | <b>80,00</b> | 80,4 | 100,5 |
| Percentagem de doentes operados dentro do TMRG                                  | 93,5 | 0,9  | <b>90,00</b> | 94,4 | 104,9 |

|                                                | 2021           | 2022           | Var %      |
|------------------------------------------------|----------------|----------------|------------|
| <b>Primeiras Consultas</b>                     | <b>175.272</b> | <b>192.138</b> | <b>10%</b> |
| <i>Entradas em LEC (origem CTH)</i>            | <i>28.168</i>  | <i>38.491</i>  | <i>37%</i> |
| <b>Doentes Operados (atividade programada)</b> | <b>36.423</b>  | <b>37.679</b>  | <b>3%</b>  |
| <i>Entradas em LIC</i>                         | <i>41.174</i>  | <i>43.053</i>  | <i>5%</i>  |

## 1.2. Redução do Consumo de Produtos Farmacêuticos e de Material de Consumo Clínico por Doente Padrão.

| Indicador                                                                                | Ano 2020           |                 | Ano 2021           |                 | Ano 2022           |                 | Var. 2020-2021 |                 | Var. 2021-2022 |                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------|--------------------|-----------------|--------------------|-----------------|----------------|-----------------|----------------|-----------------|
|                                                                                          | Total €            | €/Doente-Padrão | Total €            | €/Doente-Padrão | Total €            | €/Doente-Padrão | Total €        | €/Doente-Padrão | Total €        | €/Doente-Padrão |
| <b>Produtos Farmacêuticos</b>                                                            | <b>114.994.715</b> | <b>1.265,6</b>  | <b>129.949.228</b> | <b>1.269,3</b>  | <b>144.131.754</b> | <b>1.365,2</b>  | <b>13%</b>     | <b>0%</b>       | <b>11%</b>     | <b>8%</b>       |
| Medicamentos PAF                                                                         | 19.170.553         | 211,0           | 23.494.058         | 229,5           | 28.450.075         | 269,5           | 23%            | 9%              | 21%            | 17%             |
| Medicamentos Atrofia Muscular Espinhal                                                   | 3.277.137          | 36,1            | 4.336.874          | 42,4            | 6.954.319          | 65,9            | 100%           | 100%            | 100%           | 100%            |
| <b>Material de Consumo Clínico</b>                                                       | <b>33.167.872</b>  | <b>365,0</b>    | <b>38.425.289</b>  | <b>375,3</b>    | <b>38.312.706</b>  | <b>362,9</b>    | <b>16%</b>     | <b>3%</b>       | <b>-0%</b>     | <b>-3%</b>      |
| <b>Material de Consumo Hoteleiro</b>                                                     | <b>1.974.025</b>   | <b>21,7</b>     | <b>1.602.886</b>   | <b>15,7</b>     | <b>1.752.906</b>   | <b>16,6</b>     | <b>-19%</b>    | <b>-28%</b>     | <b>9%</b>      | <b>6%</b>       |
| <b>Outros Materiais de Consumo (Administrativo, Manutenção e Conservação, Alimentar)</b> | <b>1.267.932</b>   | <b>14,0</b>     | <b>1.410.207</b>   | <b>13,8</b>     | <b>1.498.487</b>   | <b>14,2</b>     | <b>11%</b>     | <b>-1%</b>      | <b>6%</b>      | <b>3%</b>       |
| <b>Total Consumos</b>                                                                    | <b>151.404.544</b> | <b>1.666,3</b>  | <b>171.387.610</b> | <b>1.674,1</b>  | <b>185.695.852</b> | <b>1.758,9</b>  | <b>13%</b>     | <b>0%</b>       | <b>8%</b>      | <b>5%</b>       |

Em 2021, apesar do aumento do custo com medicamentos em 13%, motivado por custos com medicação nas patologias diferenciadas e para as quais o CHUPorto é centro de referência nacional, o aumento de produção convertido em número de doentes-padrão veio implicar um efeito nulo no rácio custos medicamentos/doente-padrão.

Em 2022, o crescimento em áreas de medicação não convertíveis em unidade de medida de doente-padrão, por continuarem a não estar abrangidas pelo financiamento do Contrato programa (como é o caso da AME), foi agravado pelo efeito do aumento de preços não acompanhado, na mesma medida, pela evolução dos preços do Contrato Programa, tendo tido o inevitável efeito negativo neste rácio.

No que respeita ao material de consumo clínico, o indispensável reforço dos equipamentos de proteção individual, tanto no ano 2020 como em 2021, necessários para munir os profissionais dos meios de proteção adequados na resposta ao tratamento dos doentes COVID, bem como para tratar de forma segura os demais doentes que acorreram ao hospital, justificam o crescimento verificado (+4% no custo total e 23% no custo por doente padrão em 2020 e de 16% no total e 3% no custo doente padrão em 2021).

Em 2022, o custo gerado nesta rubrica foi de certo modo controlado e não agravado, apesar do aumento substancial da produção cirúrgica que onera particularmente as rubricas de material de consumo clínico.

A evolução total nos consumos por doente-padrão em 5% encontra-se fundamentada essencialmente pela evolução dos custos com medicamentos. Este custo foi agravado pela inovação terapêutica não acompanhada da inclusão em Contrato Programa. Em 2022, foi particularmente agudizado pela oscilação de preços, resultantes da conjuntura económica que atravessamos, e cujas ações e medidas corretivas ultrapassaram o âmbito da gestão interna da instituição. Note-se que, o nível de desempenho poderia ter sido ainda agravado caso a atividade no último ano não apresentasse resultados bastante satisfatórios.

### 1.3. Otimização da prescrição de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT).

| Indicador                      | Ano 2020         |                      | Ano 2021*        |                      | Ano 2022         |                      | Var. 2020-2021* |                      | Var. 2021*-2022 |                      |
|--------------------------------|------------------|----------------------|------------------|----------------------|------------------|----------------------|-----------------|----------------------|-----------------|----------------------|
|                                | Quantidade       | Quantidade Ponderada | Quantidade       | Quantidade Ponderada | Quantidade       | Quantidade Ponderada | Quantidade      | Quantidade Ponderada | Quantidade      | Quantidade Ponderada |
| MCDT Realizados na Instituição | 5.528.151        | 11.582.403           | 6.542.941        | 14.360.694           | 6.985.564        | 14.786.932           | 18%             | 24%                  | 7%              | 3%                   |
| MCDT Realizados no Exterior    | 37.345           | 453.894              | 38.519           | 604.996              | 47.680           | 736.356              | 3%              | 33%                  | 24%             | 22%                  |
| <b>Total</b>                   | <b>5.565.496</b> | <b>12.036.297</b>    | <b>6.581.460</b> | <b>14.965.690</b>    | <b>7.033.244</b> | <b>15.523.288</b>    | <b>18%</b>      | <b>24%</b>           | <b>7%</b>       | <b>4%</b>            |
| MCDT - Pedidos pela Consulta   | 2.736.374        | -                    | 3.226.834        | -                    | 3.417.497        | -                    |                 |                      |                 |                      |
| <b>MCDT/Consulta</b>           | <b>4,18</b>      | <b>-</b>             | <b>4,49</b>      | <b>-</b>             | <b>4,60</b>      | <b>-</b>             | <b>7%</b>       | <b>-</b>             | <b>2%</b>       | <b>-</b>             |

Constatou-se em 2021 um aumento significativo no número de MCDT, fruto da recuperação da atividade nomeadamente consulta externa, crescimento este que foi menor em 2022. Quando comparamos o número MCDT realizados por consulta, o crescimento é ainda assim menos acentuado. Note-se que, o esforço de recuperação de atividade em período pós-pandemia e a necessidade da correta aferição do diagnóstico dos doentes de forma célere, tem colocado alguma pressão na realização desta atividade, donde o recurso ao exterior apresentou um crescimento mais expressivo em 2022. Também o aumento da atividade interna, neste período, demonstra a otimização e racionalização da capacidade instalada para solucionar tal pressão. Ressalve-se que, ainda assim, o recurso à atividade no exterior é residual (0,7% do total) e concentra-se num leque de MCDT muito específicos.

### 1.4. Rentabilização da capacidade instalada, através da intensificação da utilização de instalações e equipamentos, de forma a maximizar a produção e o número de doentes tratados.

| Indicador                          | Ano 2020 | Ano 2021 | Ano 2022 | Var. 2020-2021 | Var. 2021-2022 |
|------------------------------------|----------|----------|----------|----------------|----------------|
| Nº Camas Internamento*             | 780      | 805      | 811      | 3%             | 1%             |
| Tx Ocupação                        | 92,6%    | 85,7%    | 90,1%    | -8%            | 5%             |
| Demora Média**                     | 9,4      | 8,5      | 8,9      | -10%           | 5%             |
| Tx Realização Contrato-Programa*** | 94,6%    | 94,9%    | 97,0%    | 0%             | 2%             |

\* Lotação média acumulada (exclui 34 berços).

\*\* Critérios do Contrato-Programa.

\*\*\* SICA 14-04-2021 (ano 2019), 06-04-2021 (ano 2020), 07-03-2022 (ano 2021) e 07-02-2023 (ano 2022).

A taxa de ocupação de internamento, acima dos 85%, aliada a uma taxa de execução do Contrato Programa próxima dos 95%, em 2020 e 2021, são exemplo da rentabilização da capacidade instalada. Neste período particularmente difícil, onde a pronta capacidade de resposta para tratamento de doentes com COVID, através de uma gestão eficiente de camas, impediu que atingíssemos uma situação de rutura, permitiu inclusive disponibilidade para acolher doentes de outras regiões do país, bem como garantir os padrões de acesso contratados conforme referido no ponto 1. Em 2022, o nível de ocupação de internamento mantém-se elevado, a par do crescimento da atividade de ambulatório, o que vem demonstrar a rentabilização da capacidade produtiva da instituição, aliás visível pela melhoria da taxa de execução do Contrato Programa.

### 1.5. Manutenção do CHUPorto como entidade formadora certificada

O CHUPorto manteve-se em 2022 como entidade formadora certificada, nomeadamente no suporte básico de vida (SBV). Garantiu ainda, através de oferta formativa, que os seus profissionais estavam aptos para o suporte avançado de vida, suporte de vida pediátrico e suporte de vida neonatal.

A capacitação dos profissionais a nível formativo manteve as condições a acreditação da Instituição pelo *Caspe Healthcare Knowledge Systems (CHKS)*.

Manteve-se a redistribuição das ações fazendo utilização da plataforma de gestão da formação, em plena execução através do projeto “*Support for intelligent decision-making to improve training, research and clinical practice*” com a referência POCI-05-5762-FSE-000099.

Na tabela abaixo pode-se apreciar que o número de formandos aumentou apesar do volume total da formação ter diminuído. Num período do ano de 2022, houve interrupção da formação para profissionais de enfermagem por novo aumento de doentes com COVID.

**Tabela 1.** Formação de 2020 a 2022

| Ano                          | 2020   | 2021    | 2022    |
|------------------------------|--------|---------|---------|
| Nº de cursos                 | 36     | 62      | 65      |
| Nº de ações                  | 91     | 244     | 232     |
| Nº de formandos              | 1328   | 3780    | 4014    |
| Volume total de formação (h) | 6295,5 | 18160,5 | 14702,5 |

Em 2022 foram estabelecidas as pontes com o Instituto de Emprego e Formação Profissional, bem como sessões de esclarecimento no Centro Hospitalar Universitário do Porto, iniciativa de RVCC Profissional (Processo de Reconhecimento, Validação e Certificação de Competências Profissionais) dirigida aos funcionários que desejem ser qualificados como Técnicos Auxiliares de Saúde.

### Ponto específico 2022: reuniões, cursos e promoção de encontros dos conselhos das redes europeias

As ações e cursos de índole formativa foram normalizadas na abrangência temática, na abertura ao exterior incluindo as reuniões inseridas nos Board de redes europeias (como exemplo o TransplantChild). reuniões formativas passaram a ter em sala o número de profissionais previstos para a lotação dos respetivos espaços.

A Comissão de Controle de Infecção e de Resistências aos Antimicrobianos (CCIRA) manteve a atualização de ensino de atitudes e uso de equipamentos face a doenças infecciosas.

Existiu ainda articulação com o público/utentes através de atividades lúdicas (através da museologia), atividades formativas quer para a idade pediátrica (CMIN-Dia Mundial do Rim), quer para a idade adulta (sessões de esclarecimento do projeto WalkingPad).

### 1.6. Estabilidade de despesa

Em 2022 foi dada continuidade à execução da candidatura à tipologia de operações 3.30 do Programa Operacional Inclusão Social e Emprego (PO ISE), “Formação de Profissionais de Saúde”, POISE-03-4538-FSE-000540.

O CHUPorto, para estabilidade da despesa com a formação institucional, além de candidatura ao programa PO ISE, manteve como estratégia tirar partido do conhecimento instalado dos profissionais do hospital. Os formadores externos ministraram os cursos quando não existiam formadores internos compatíveis com os conteúdos.

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

### 2.1 Política de Gestão Partilhada assente nos seguintes pilares:

- a)** Planeamento anual assente numa metodologia de construção partilhada, pressupondo a divulgação de orientações estratégicas pelo Conselho de Administração e a participação dos níveis intermédios de gestão, no respeito pelas linhas orientadoras definidas pela Tutela;
- b)** Ciclo de planeamento desenvolvido em reuniões internas de contratualização com Departamentos chave, tendo em vista a definição de níveis de produção a realizar, indicadores de acesso, qualidade e eficiência a observar;
- c)** Monitorização da atividade clínica realizada, através da possibilidade de consulta de plataforma de business intelligence, com diferentes níveis de acesso em função das responsabilidades atribuídas ao profissional;
- d)** Participação em programa de benchmarking de indicadores clínicos que promovem a supervisão ao nível da qualidade assistencial, eficiência e produtividade face a instituições similares.

### 2.2 Política de Gestão da Qualidade e Estratégia de Concretização

A Política de Gestão da Qualidade configura para o CHUPorto o compromisso de cumprir e fazer cumprir uma estratégia de concretização das diversas vertentes da política da qualidade através, nomeadamente:

- I.** Da definição de uma Missão, Visão e Valores partilhados e assimilados por todo o centro hospitalar, que promovem uma cultura que favorece a excelência de resultados em saúde, a orientação para os doentes, o respeito pelas pessoas, a responsabilidade e ética, a abertura ao debate, o trabalho em equipa e ações de melhoria contínua.
- II.** Do estabelecimento de uma Estratégia da Qualidade que considera as prioridades definidas e a necessidade de desenvolver o sistema de gestão da qualidade, assente particularmente:

**II.1.** No cumprimento dos standards internacionais de qualidade organizacional (acreditação, certificação) assim como das leis, regulamentos e normas vigentes nas áreas da saúde e da qualidade;

**II.2.** Na procura da melhoria contínua da qualidade e da redução do desperdício, através:

- de projetos que melhorem os recursos, os processos e os resultados,
- da fixação de objetivos de qualidade para todos os serviços,
- da análise de indicadores de qualidade e comparação com os melhores desempenhos, nacionais e internacionais,
- da avaliação e controlo do desempenho e da melhoria da prestação de contas no âmbito da instituição;

**II.3.** Na definição e cumprimento de normas de boa prática clínica, com sistemática auditoria clínica e revisão de utilização;

**II.4.** Na prevenção e minimização de riscos, clínicos e não clínicos, de modo a evitar eventos adversos e acidentes, assegurando um ambiente seguro para os doentes e profissionais;

**II.5.** Na formação e desenvolvimento, de profissionais e gestores, no desenvolvimento de competências comportamentais e da liderança eficaz, na gestão do stress e bem-estar profissional, na melhoria contínua da qualidade, na gestão e promoção do trabalho em equipa nos cuidados de saúde e na consolidação da humanização dos cuidados, com particular enfoque nos doentes mais vulneráveis;

**II.6.** Na implementação de programas de melhoria dirigidos aos profissionais pela saúde ocupacional, para prevenção da doença e promoção da saúde, análise e correção de fatores de insatisfação, com base em inquéritos estruturados a realizar periodicamente.

**III.** Da definição pelo Conselho de Administração das prioridades de atuação no âmbito da qualidade, designadamente na melhoria da efetividade clínica, segurança das pessoas, melhoria do atendimento e dos serviços prestados;

**IV.** Do estabelecimento de uma estrutura organizacional que integra Comissões nas áreas fundamentais e um Departamento da Qualidade, com o papel de dinamização, apoio e facilitação do cumprimento dos objetivos da qualidade e com a missão, funções e composição que se encontram enunciadas no Regulamento Interno.

**V.** Do reconhecimento Externo da Qualidade Clínica e Organizacional:

O grau de cumprimento da estratégia da qualidade apresentada pode ser demonstrado pelo reconhecimento externo da mesma por entidades independentes, onde devem destacar-se:

**V.a.** A Excelência Clínica – Prémio TOP 5 Excelência dos Hospitais atribuído ao CHUP em 6 anos consecutivos: 2014, 2015, 2016, 2017, 2018 e 2019 (<http://www.iasist.pt>). Não houve atribuição de Prémio após esta data.

**V.b.** SINAS – Participação no Sistema Nacional de Avaliação em Saúde promovido pela Entidade Reguladora da Saúde, atribuindo ratings de qualidade, nas seguintes áreas:

- a)** Angiologia e Cirurgia Vascular – Cirurgia de Revascularização Arterial;
- b)** Cardiologia – Enfarte Agudo do Miocárdio;
- c)** Cirurgia de Ambulatório;
- d)** Cirurgia Geral – Cirurgia do Cólon;
- e)** Área de Cuidados Intensivos – Unidades de Cuidados Intensivos;
- f)** Cuidados Transversais – Avaliação da Dor Aguda;
- g)** Cuidados Transversais - Tromboembolismo Venoso no Internamento;
- h)** Ginecologia – Histerectomias;
- i)** Neurologia – Acidente Vascular Cerebral;
- j)** Obstetrícia – Partos e Cuidados Pré-natais;
- k)** Ortopedia – Correção Cirúrgica da fratura proximal do fémur e Artroplastias da anca e do joelho;
- l)** Pediatria – Cuidados Neonatais e Pneumonia;
- m)** Segurança do Doente;
- n)** Adequação e Conforto das Instalações;
- o)** Focalização no Utente.

O rating de qualidade atribuído no SINAS prevê 3 níveis de qualidade, nível de qualidade I, II e III. O nível de qualidade III que corresponde a uma categoria de classificação superior, o nível de qualidade II que corresponde a uma classificação intermédia, o nível de qualidade I corresponde a uma classificação base.

**V.c.** Acreditação Internacional pelo CHKS dos 16 Centros de Referência atribuídos ao CHUP (Despacho nº11297/2015 de 8 de outubro; Despacho nº3653/2016 de 11 de março; Despacho nº 9414/2016 de 22 de Julho; Despacho nº 6669/2017 de 2 de julho):

1. Centro de Referência da Paramiloidose Familiar
2. Centro de Referência do Cancro do Esófago
3. Centro de Referência do Cancro do Testículo
4. Centro de Referência do Transplante Renal de Adulto
5. Centro de Referência do Transplante de Pâncreas
6. Centro de Referência do Cancro do Reto
7. Centro de Referência dos Sarcomas das Partes Moles e Ossos
8. Centro de Referência das Coagulopatias Congénitas
9. Centro de Referência das Doenças Hereditárias do Metabolismo
10. Centro de Referência da Epilepsia Refratária
11. Centro de Referência da Fibrose Quística
12. Centro de Referência de Neuroradiologia de Intervenção na Doença Cerebrovascular
13. Centro de Referência do Cancro Hepatobiliopancreático
14. Centro de Referência do Transplante Renal Pediátrico
15. Centro de Referência do Transplante Hepático
16. Centro de Referência dos Implantes Cocleares

**V.d.** Rede de Referência Europeia, Consolidação dos Centros já incluídos na Rede Europeia:

1. ERN-RITA Imunodeficiências primárias, Unidade de Imunologia Clínica do Serviço de Medicina;
2. ERN-RITA Doenças autoinflamatórias e autoimunitárias, Unidade de Imunologia Clínica do Serviço de Medicina;
3. ERN-EURO-NMD Doenças neuromusculares, Unidade Corino de Andrade e Serviço de Neurofisiologia;
4. ERN-EURO-NMD Doenças neuromusculares raras, Unidade Funcional de Doenças Neuromusculares – pediátricas e de adultos;
5. ERN-LUNG Doenças respiratórias pediátricas e de adultos, Unidade de Pneumologia CMIN e Unidade de Doença Vascular Pulmonar do Serviço de Medicina;
6. ERN-ERNICA Doenças hereditárias e congénitas (Malformações do trato digestivo-diafragma e parede abdominal), Gastrenterologia e Cirurgia Pediátricas;
7. ERN-ReCONNET Doenças músculo-esqueléticas e do tecido conjuntivo, Unidade de Imunologia Clínica do Serviço de Medicina;
8. ERKNet Doenças renais raras, Nefrologia Pediátrica e Serviço de Nefrologia adultos;
9. ERN-EurobloodNet Doenças hematológicas, Serviço de Hematologia Clínica;
10. ERN TRANSPLANT – CHILD, transplantes pediátricos de órgãos sólidos e células estaminais hematopoiéticas;
11. ERN – EpiCare, Diagnóstico e tratamento de epilepsias raras e complexas;
12. ERN – EURACAN, diagnóstico, tratamento e prestação de cuidados de saúde aos doentes com cancros raros (tumores sólidos);
13. ERN – MetabERN, doenças metabólicas hereditárias.

**V.e.** Acreditação Internacional pelo CHKS às Unidades Hospital de Santo António e Centro Materno-Infantil do Norte.

Este modelo de Acreditação não prevê graus parciais de cumprimento como resultado final. A entidade tem o grau de acreditação somente se cumprir 100% dos critérios obrigatórios.

A implementação desta metodologia de Acreditação no Hospital de Santo António, cujo início remonta a 2001, evoluiu em 2018 para um desafio muito mais ambicioso: alargar a implementação da metodologia e o âmbito da Acreditação Internacional ao Centro Materno Infantil do Norte e aos 16 Centros de Referência reconhecidos por Despachos dos Senhores Ministros da Saúde ao CHUPorto.

A Acreditação Internacional manteve-se válida até julho de 2021, tendo as entidades envolvidas acordado a suspensão do contrato de acreditação em consequência da situação pandémica vivida nos dois países – Portugal e Inglaterra. Ainda assim iniciaram-se os trabalhos de implementação de uma nova versão do manual de Acreditação, mais exigente que o anterior, estando prevista a realização de auditoria externa internacional em julho de 2023.

**V.f.** Mantiveram a Certificação ISO 12 Serviços, em ciclos de renovação iniciados em 2020 e 2021:

1. Unidade de Alimentação
2. Serviços Farmacêuticos
3. Programa de transplante de córnea
4. Serviço de Hematologia Clínica
5. Serviço de Microbiologia
6. Centro de Procriação Medicamente Assistida
7. Unidade de Esterilização Central
8. Serviço de Logística
9. Serviço de Hospital de Dia Polivalente
10. Serviço de Urgência
11. Serviço de Nefrologia
12. Laboratório Centralizado (CORELAB)

**V.g.** Correspondendo a um desejo antigo do Serviço de Saúde Ocupacional, e uma vez consolidada a colaboração de uma Psicóloga cujo principal enfoque é de melhorar a saúde no trabalho de todos os profissionais do CHUPorto, o ano 2022 foi rico em iniciativas de vária ordem.

O Gabinete de Psicologia garante apoio psicológico a profissionais do CHUPorto, realizando consultas de Psicologia, tanto por referência dos médicos do trabalho que identificam essa necessidade nos profissionais que acompanham, ao mesmo tempo que está disponível para situações de auto-referênciação.

Para além da atividade de consulta, tem desenvolvido iniciativas de sensibilização para a importância da saúde no trabalho, gestão do stress, prevenção de comportamentos desviantes, de entre as quais se destacam:

1. Participação em reunião de InQS visando a sensibilização para a importância da participação dos profissionais na avaliação dos riscos psicossociais;
2. Organização da palestra “dormir bem, trabalhar melhor”, alusiva ao Dia Mundial do Sono;
3. Celebração de Protocolo de parceria entre o CHUPorto e a Ordem dos Psicólogos Portugueses para Avaliação dos Riscos Psicossociais, com cerimónia de assinatura presencial pelo Bastonário;

4. Avaliação dos Riscos Psicossociais no CHUPorto (atual CHUdSA) através do COPSOQII-Versão Média;
5. Organização e lançamento da campanha de informação e sensibilização “setembro amarelo: mês da prevenção do suicídio”, com alusão ao Dia Nacional do Psicólogo;
6. Palestra “gestão do stress e do tempo: estratégias no trabalho e para a vida”, para profissionais, evento alusivo ao Dia Mundial da Saúde Mental;
7. Atividade ao ar livre “dar ao pedal pela saúde mental”, para profissionais e familiares, evento alusivo ao Dia Mundial da Saúde Mental;
8. Colaboração com Medicina do Trabalho na conceção de evento alusivo ao Dia Internacional da Mulher. Concretizada palestra multidisciplinar “Violência Sexual” dirigida aos profissionais do CMIN, com apresentação pública de Manual de Atendimento a Vítimas de Violência Sexual para Profissionais de Saúde;
9. Início de visitas aos postos de trabalho no âmbito da prevenção dos riscos psicossociais: Serviço de Medicina Nuclear;
10. Abertura de 93 processos de apoio/acompanhamento psicológico a profissionais, de entre os quais foram realizados 11 encaminhamentos para psiquiatria (consulta, tratamento, internamento);
11. Realização de 391 consultas de psicologia a profissionais.

### 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).

A política de responsabilidade social e de desenvolvimento sustentável do CHUPorto encontra-se radicada no seu Regulamento Interno, documento estruturante e orientador da sua ação, através da sua definição de Missão:

O CHUPorto é um hospital central e universitário (...) que visa a excelência em todas as suas atividades, numa perspetiva global e integrada da saúde.

Tem por missão a prestação de cuidados de saúde humanizados, competitivos e de referência, promovendo a articulação com os outros parceiros do sistema, a valorização do ensino pré e pós-graduado e da formação profissional, a dinamização e incentivo à investigação e desenvolvimento científico na área da saúde.

Também os valores pelos quais o CHUPorto se orienta na sua atividade traduzem as preocupações do artº 49º do RJSPE:

- a) Saúde dos doentes e qualidade do serviço;
- b) Orgulho e sentimento de pertença;
- c) Excelência em todas as atividades, num ambiente que privilegia a qualidade e segurança;
- d) Respeito pelas pessoas, trabalho de equipa e colaboração com outros profissionais;
- e) Responsabilidade, integridade e ética.

A Missão e Valores que se acaba de transcrever encontram eco no Código de Ética de CHUPorto, que configura um referencial para a ação/ atuação, atitudes e comportamentos de todos os profissionais.

No que respeita, particularmente, à proteção dos consumidores, o CHUPorto dá cumprimento ao estabelecido na Lei nº15/2014, de 21 de março – Direitos e deveres do utente dos serviços de saúde, através da transposição para procedimento interno - PG.DQ.GER.003 - Direitos e Deveres do Utente dos Serviços de Saúde - dos seus princípios e normas.

O conhecimento dos direitos e deveres pelo utente e pelos utilizadores dos serviços de saúde contribui para a melhoria progressiva dos Cuidados e dos Serviços, entendendo-se que utentes exigentes promovem cuidados de excelência. Este procedimento representa, assim, mais um passo no caminho da dignificação dos utentes, do pleno respeito pela sua particular condição e da humanização dos cuidados de saúde, caminho que os utentes, os profissionais e a comunidade devem percorrer lado a lado.

Neste âmbito, foi criado um conjunto de ferramentas e circuitos através dos quais se pretende assegurar a distribuição e a acessibilidade desta informação aos utentes, crianças hospitalizadas, visitas e acompanhantes, nomeadamente:

A - Manual de Acolhimento – Este manual é distribuído pelo Enfermeiro, preferencialmente, no momento de admissão, a todos os utentes adultos internados com o objetivo de fornecer informações globais sobre o CHUPorto;

B - Cartazes - São colocados de forma bem visível e em destaque na entrada dos Serviços e Unidades do CHUPorto, bem como nos locais onde haja acesso de utentes, visitas e acompanhantes como, por exemplo, Consultas Externas, Urgências, Blocos Operatórios;

C - Panfleto com Direitos da Criança Hospitalizada – É distribuído de forma sistemática a todas as crianças hospitalizadas, seus acompanhantes ou responsáveis. O exemplar é disponibilizado pelo Enfermeiro, preferencialmente, no momento da admissão, no caso de internamento. Em situação de Consulta Externa/ Urgência, o panfleto encontra-se disponível nas áreas de espera. Alguns exemplares podem ainda encontrar-se disponíveis nos serviços, em locais de fácil acesso.

D - Meios audiovisuais – Disponibilização de informação sobre os direitos e deveres dos utentes, visitas, acompanhantes e crianças hospitalizadas através de televisores instalados nas salas de espera ou zonas comuns.

E - Questionários de avaliação da satisfação - questionário que pode ser disponibilizado em papel ou através de um meio eletrónico para preenchimento. Um questionário de avaliação do grau de satisfação tem diferentes tipos de perguntas/dimensões cuja análise estatística é feita com três objetivos:

1. Fazer uma medição dos níveis de satisfação geral, das dimensões e dos respetivos atributos de satisfação;
2. Diagnosticar e determinar quais os atributos e dimensões que explicam os níveis de satisfação encontrados;
3. Contribuir para o processo de melhoria contínua da prestação de cuidados.

F. – Em 2022 promoveu-se o desenvolvimento de novas funcionalidades na APP móvel CHUPorto, que pode ser instalada no telemóvel dos utentes, onde os mesmos recebem toda a informação relacionada com os seus tratamentos como podem:

- a) Fazer sugestões, reclamações e elogios;
- b) Obter informação sobre o CHUPorto e locais de atividade com recurso a solução de georreferenciação;
- c) Receber informações sobre agendamento de consultas e interações para alteração de datas das mesmas;
- d) Ser notificado do agendamento de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica;
- e) Obter informações sobre o Serviço de Urgência, Internamento e Hospital de Dia Polivalente;
- f) Ter acesso informação relativa a direitos e deveres do utente;
- g) Formular pedidos de acesso à informação clínica, pedidos de atestado multiusos para doentes oncológicos e pedidos de certificados de óbito
- h) Consultar informações sobre visitas
- i) Aceder a regras a observar em contexto de pandemia por Covid-19
- j) Obter notícias relativas ao CHUPorto
- k) Consultar histórico de episódios
- l) Consultar dívida de taxas moderadoras e solicitar código MB para pagamento das mesmas
- m) Aceder ao histórico de dádivas de sangue;
- n) Receber notificações sobre alterações de funcionamento ou matérias de interesse do doente.

Outras funcionalidades estão em desenvolvimento, sempre visando a melhoria do acesso à informação e a facilitação da comunicação entre utente e CHUPorto.

#### Acessibilidade:

Na vertente acessibilidade, atributo essencial da qualidade dos serviços prestados ao consumidor de cuidados de saúde, estão implementados mecanismos de monitorização e controlo do acesso, pela Unidade Local de Gestão do Acesso – ULGA, pela Direção da Consulta Externa e pela Direção do Departamento de Cirurgia. Estas entidades monitorizam – e estimulam o cumprimento – dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) estabelecidos na Lei e na Carta de Direitos do Doente, em função da prioridade clínica que lhes está atribuída: normal, prioritário ou muito prioritário.

#### Grupos vulneráveis:

É de realçar a preocupação institucional com os grupos vulneráveis da população e com a pessoa idosa. Neste âmbito existe na instituição a Equipa de Prevenção de Violência em Adultos –EPVA – e está institucionalizada formação de sensibilização e transmissão de competências de intervenção e monitorização junto deste grupo vulnerável.

No outro grupo de particular vulnerabilidade – a criança – existe o Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, que atua no âmbito do sistema de proteção legalmente instituído.

Políticas Institucionais dirigidas às necessidades do Consumidor/ Doente/ Utente:

Para além das iniciativas elencadas, há um conjunto estruturado de procedimentos de aplicação transversal e obrigatória, que ilustram a preocupação com o consumidor de cuidados de saúde, com a forma como é organizada a sua passagem pelo CHUPorto, seja em regime de internamento ou em ambulatório, tenha a condição de doente crónico, agudo ou crítico, dos quais é oportuno salientar:

1. Política de admissão;
2. Identificação do utente;
3. Política de transferência de doentes;
4. Política de alta;
5. Política de acompanhamento do doente terminal;
6. Política para lidar com a morte;
7. Estratégia de comunicação (que inclui doentes e familiares, assim como associações de utentes);
8. Gestão das reclamações, sugestões, elogios/ louvores.

O último item mencionado, constitui um passo adiante, na medida em que, sem prejuízo do escrupuloso cumprimento do regime instituído pelo Decreto-Lei n.º 126/2014 de 22 de agosto, e pelo Regulamento ERS n.º 65/2015 assegurado pelo Gabinete do Cidadão do CHUPorto, que garante ao consumidor a possibilidade de reclamar – ser ouvido – e o direito a uma resposta, estimula-se o estabelecimento de uma relação de parceria com o utente ou seu acompanhante, convidando-os a participar na melhoria contínua dos serviços prestados através da apresentação de sugestões, e a reconhecer a ação dos serviços, equipas ou profissionais como indutor de excelência.

No âmbito do Plano de Ação Nacional da Violência no Setor da Saúde (PAPVSS) com enquadramento no Despacho n.º 1/2020, de 30 de janeiro de 2020, foi nomeado um grupo de trabalho para implementar as orientações definidas pelo Grupo Operativo Regional. Esta iniciativa visa a adoção de boas práticas no setor da saúde promovendo relações saudáveis e prevenindo situações de violência interpessoal. Neste âmbito foi desenvolvido um Plano de Prevenção da Criminalidade que define as estratégias para a minimização dos riscos intrínsecos a eventuais atos de criminalidade, no qual se incluem, entre outros, a prevenção e deteção de atos de violência verbal e/ou física sobre os profissionais de saúde em particular no serviço de urgência.

Adicionalmente, o CHUPorto prossegue objetivos de responsabilidade social, designadamente no que aos clientes internos diz respeito, particularmente em matéria de transparência, quando torna acessível às partes interessadas todas as informações sobre questões que as afetam e procurando, em tempo útil, prestar os esclarecimentos solicitados. Neste contexto, encontram-se os processos de seleção e recrutamento, de processamento de abonos sociais e remunerações, da formação profissional e sem discriminação de género, raça, idade, orientação sexual ou religiosa.

É de salientar que a Casa de Pessoal do CHUPorto, está estaada nos seus sócios, mas também, de forma efetiva, na administração da instituição. As atividades por aquelas desenvolvidas contam com as instalações e logística do CHUP e constituem fator motivacional dos seus profissionais e de união, já que os profissionais aposentados nela também participam.

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);

O CHUPorto tem implementado medidas de sustentabilidade ambiental de diversa natureza, de entre as quais se destacam:

No que diz respeito à eletrotecnia temos as seguintes medidas em execução:

- Política de redução de consumos energéticos e proteção ambiental, pela substituição sistemática da iluminação tradicional por iluminação com tecnologia LED; (Temos cerca de 80% da iluminação do CHUPorto com tecnologia LED) exceto o CMIN que por ser um edifício recente ainda não foi intervencionado.
- Política de redução de consumos energéticos e proteção ambiental, pela implementação de controlo automático da iluminação;  
O controlo automático da Iluminação é feito através da GTC em algumas áreas do CMIN
- Política de redução de consumos energéticos e proteção ambiental, pela substituição de componentes eletrónicos nos equipamentos de progressão vertical;  
Nos equipamentos de progressão vertical temos 30% das instalações com variação de velocidade eletrónica e recuperação de energia nos 5 elevadores do núcleo central do Ed Dr. Luis de Carvalho

Na parte de AVAC:

- Política de redução de consumos energéticos e proteção ambiental, pela renovação gradual de sistemas e de equipamentos de AVAC (aquecimento, ventilação e ar condicionado), nomeadamente chillers, uta's, ventiloconvetores, etc.
- Análises regulares da qualidade da água para consumo, no sentido de deteção precoce de anomalias que possam comprometer o ambiente e a segurança dos ocupantes do edifício, com periodicidade mensal;
- Avaliações periódicas da qualidade do ar interior, com o intuito da deteção precoce de poluentes no ar interior dos edifícios e carências na renovação do ar novo nos espaços, que possam comprometer o ambiente e a segurança dos ocupantes do edifício, com periodicidade semestral;

Na parte de água e resíduos:

- Utilização permanente de estações de tratamento de águas residuais, no sentido de garantir a mais eficaz e segura proteção ambiental, no que respeita a efluentes líquidos, no qual se inclui a adoção de sistema gerador de ozono para eliminação de substâncias orgânicas produtoras de odores e destruição de bactérias e vírus presentes no ar, com ETAR's no HSA e CMIN;
- Contraturalização de recolha e tratamento de resíduos sólidos, no sentido de garantir a mais eficaz e segura proteção ambiental, nomeadamente, no que diz respeito a resíduos hospitalares perigosos, com a empresa SUCH.
- Utilização permanente de caldeiras a gás natural para aquecimento de águas e produção de vapor, que garante menores emissões gasosas de poluentes para a atmosfera;
- Contraturalização de recolha e tratamento de resíduos sólidos, no sentido de garantir a mais eficaz e segura proteção ambiental, nomeadamente, no que diz respeito a resíduos hospitalares perigosos.

O CHUPorto investiu e continua a investir na proteção ambiental quando encetou e tem em desenvolvimento processos de desmaterialização de documentos, utilizando ferramentas que permitem a circulação e arquivo virtual da documentação (na Conferência do Clima, realizada em Paris, em dezembro de 2015, a digitalização foi também apontada como um dos elementos de transição para um mundo com baixa emissão de carbono).

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);

Relatório sobre remunerações pagas por género - N.º 2 da RCM n.º 18/2014 de 7 Março.

Do estudo das remunerações pagas por género verifica-se uma diferença com algum significado, quando analisados os abonos processados em dezembro/2022. Esta disparidade é justificada pela maior disponibilidade do sexo masculino para a realização de trabalho extraordinário, sobretudo noturno, o que mais não reflete as características culturais em que nos inserimos.

O Centro Hospitalar Universitário do Porto deu cumprimento ao n.º 2 da Resolução de Conselho de Ministros 18/2014, de 7 de março.

| Abonos totais dezembro 2022 |           |
|-----------------------------|-----------|
| Homens                      | Mulheres  |
| 3.176,18€                   | 2.528,85€ |

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 n.º 19/2012, de 23 de fevereiro e à elaboração do relatório a que se refere o n.º 2 da Resolução do Conselho de Ministros n.º 18/2014, de 7 de março;

Elaboração do Plano para a igualdade (anual), conforme determina o artigo 7º da lei nº62 /2017, de 01 de agosto.

A adoção de medidas concretas no que respeita ao Princípio de Igualdade do Género estão salvaguardadas desde logo, pela Constituição Da República Portuguesa e pela obrigatoriedade legal de tornar claro nos processos de recrutamento que não existe discriminação de género. Política de Igualdade – em cumprimento da alínea H) do artigo 9.2 da Constituição da República Portuguesa, a Administração Pública, enquanto entidade empregadora, promove ativamente uma política de igualdade de oportunidades entre homens e mulheres no acesso ao emprego e na progressão profissional, providenciando escurpulosamente no sentido de evitar toda e qualquer forma de discriminação. Não há diferenciação nestes processos, como também não o há em processos de promoção, em remunerações ou ainda em nomeações para cargos de chefia. No que concerne ao acesso a cargos de direção/chefia a distribuição é equitativa entre homens e mulheres, conforme quadro abaixo:

| Funções Chefia |          |
|----------------|----------|
| Homens         | Mulheres |
| 48%            | 52%      |

O Centro Hospitalar Universitário do Porto apresentou o plano de ação para a igualdade de género e não discriminação o qual tem como principais objetivos:

- Garantir o princípio da igualdade entre mulheres e homens nas condições de trabalho,
- Promover a conciliação da vida profissional com a vida familiar e pessoal dos(as) colaboradores(as)
- Assegurar o princípio da igualdade entre mulheres e homens na proteção na parentalidade
- Assegurar a todos os trabalhadores e trabalhadoras sessões de formação sobre a temática da igualdade entre mulheres e homens

Nos termos do nº 2 da Resolução do Conselho de Ministros nº 18/2014, de 07 de Março foi elaborado o relatório sobre as remunerações pagas a mulheres e homens, o qual se encontra aprovado pelo Conselho de Administração, divulgado internamente e disponibilizado no site institucional do CHUPorto em <https://www.chporto.pt/v0B0V0D/relatorio-sobre-remuneracoes-pagas>

e) Identificação das políticas de recursos humanos definidas pela empresa, as quais devem ser orientadas para a valorização do indivíduo, 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);

#### Novas metodologias de trabalho

Em 2022 a temática formativa alargou, incluindo ações sobre tele-saúde em parceria com formadores locais e externos (SPMS).

#### Valorização curricular

No que respeita às temáticas da formação institucional, foi mantido o desígnio focado nesta alínea (tabela abaixo).

Distribuição da formação executada em 2022 por áreas temáticas

|                             | 2020   | 2021  | 2022      |
|-----------------------------|--------|-------|-----------|
| Área temática               | Cursos | Ações | Formandos |
| Emergência médica interna   | 9      | 71    | 779       |
| Doente crítico e emergente  | 6      | 9     | 151       |
| Qualidade assistencial      | 27     | 65    | 995       |
| Gestão do risco e segurança | 12     | 54    | 1608      |
| Competências relacionais    | 3      | 21    | 296       |
| Gestão                      | 5      | 9     | 108       |
| Totais                      | 62     | 229   | 3937      |

Na área de competências relacionais o CHUPorto proporcionou cursos com as seguintes temáticas:

- Gestão de stress;
- Gestão de competências pessoais, sociais e comportamentais.

Todos os grupos profissionais participaram em ações de formação planeada, conforme se descreve na tabela abaixo.

Formação por grupo profissional

| Grupo profissional                            | Nº de participantes | Nº de presenças | Nº de horas |
|-----------------------------------------------|---------------------|-----------------|-------------|
| Dirigente Intermédio                          | 76                  | 20              | 66          |
| Assistente técnico                            | 339                 | 171             | 1048        |
| Assistente operacional (AAM)                  | 432                 | 273             | 925         |
| Assistente operacional (Outros)               | 270                 | 180             | 605,5       |
| Enfermeiro                                    | 1.861               | 904             | 3817,5      |
| Informático                                   | 1                   | 1               | 2,5         |
| Médico                                        | 618                 | 391             | 2010,5      |
| Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica | 235                 | 125             | 511         |
| Técnico Superior                              | 130                 | 42              | 208         |
| Técnico Superior de Saúde                     | 43                  | 25              | 84          |
| Outros                                        | 9                   | 9               | 48          |
| Totais                                        | 4.014               | 2.144           | 9326        |

O CHUPorto contribuiu ativamente para a valorização de 58 dos seus profissionais atribuindo bolsas individuais para diferenciação curricular num total de 30.000,00€. A verba foi dirigida especialmente para pós-graduação/especialidades de enfermeiros e estágios de aumento de competências para médicos. A atribuição de bolsas por género esteve desviada para o género feminino (90%) pois os pedidos de bolsa foram quase solicitados por mulheres.

Em 2022 manteve-se o incentivo à produtividade científica e ao mérito nos campos formativos, de ensino e de investigação foram gratificados através dos “Prémios Sollari Allegro” para os serviços e investigadores.

O estímulo à investigação foi proporcionado através de bolsas específicas para projetos e trabalhos de doutoramento. A atribuição destas bolsas é realizada por análise de mérito científico avaliado por uma comissão independente. Manteve-se a distribuição das verbas com um total atribuído de 20.000,00 € para projetos de investigação e 10.000,00 € para trabalhos de doutoramento.

A concretização de projetos académicos foi também proporcionada com a atribuição de equiparações a bolseiro, quer a nível de 2º como de 3º ciclos de estudos.

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.).

O CHUPorto salvaguarda a competitividade científica e tecnológica nos seus campos de competência naturais, através de investigação, inovação e desenvolvimento nas áreas da Medicina Clínica, da Medicina Básica e das Ciências da Saúde, em conformidade com a nomenclatura Fields of Science da OCDE. O Departamento de Ensino, Formação e Investigação (DEFI) é a estrutura de suporte, dinamização e incentivo de projetos académicos, de ensaios clínicos e de projetos científicos de enquadramento nacional e europeu.

Através deste departamento foram implementadas as medidas abaixo descritas.

#### **Estímulo da investigação**

- Nas áreas das Redes Europeias;
- Apoio a candidaturas da linha de financiamento FCT;
- Apoio a candidaturas financiadas por Fundos Europeus;
- Acompanhamento científico dos projetos;
- Comunicação científica externa e interna otimizadas;
- Concretização de projeto que promove a literacia em ensaios clínicos, sob financiamento através da obtenção da AICIB (Prémio).

#### **Medidas para aumento da organização e produtividade científicas:**

- A inovação trazida pelo projeto Support for intelligent decision-making to improve training, research and clinical practice – Fundo Social Europeu (Porto - Região Norte): POCL-05-5762-FSE-000099 – manteve-se;
- Fomentar os trabalhos académicos a nível do 3º ciclo de estudos, mantendo o protocolo com o ICBAS, Universidade do Porto; em 2022 setenta e quatro profissionais do CHUPorto desenvolveram trabalhos de doutoramento no ICBAS;
- Participação ativa na rede nacional para a investigação clínica através do consórcio Portuguese Clinical Research Infrastructures Network (PtCRIN) e manter-se como membro da European Clinical Research Infrastructures Network (ECRIN) com financiamento da FCT;
- Participação ativa na investigação aplicada à área Pediátrica através da rede STAND4Kids;
- Aplicação intramuros as verbas que provêm de estudos de investigação (ensaios clínicos, estudos observacionais, estudos com dispositivos médicos) possibilitando gerar mais inovação através de bolsas de investigação e estudos clínicos;
- Registos da produtividade científica – indicadores para os profissionais.

#### **Investigação clínica aplicada**

A nível de investigação aplicada, tiveram atividade 135 ensaios. Foram submetidos 234 estudos clínicos.





X.

# Avaliação do Governo Societário



**1. Menção à disponibilização em 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 2021 por parte dos titulares da função acionista ou, caso não se tenha ainda verificado a sua aprovação, menção específica desse facto.**

A função acionista nas empresas públicas do sector empresarial do Estado é exercida exclusivamente pelo membro do Governo responsável pela área das finanças, com faculdade de delegação, sem prejuízo da devida articulação com o membro do Governo responsável pelo respetivo sector de atividade. O exercício da função acionista no caso das entidades públicas empresariais processa-se por resolução do Conselho de Ministros ou por despacho do titular da função acionista. (nº2 do artigo 37º e nº1 artigo 39º Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro).

No caso, a aprovação dos documentos de prestação de contas cabe aos membros do governo responsáveis pelas áreas das finanças e saúde.

Os documentos em apreço, Relatório e Contas e Relatórios do Governo Societário de 2017, 2018, 2019, 2020 e 2021 foram em devido tempo colocados no SiRIEF para aí estarem disponíveis cumprindo a obrigação de divulgação.

Mais se informa que até à data não foi recebida no CHUPorto a deliberação Unânime por Escrito ou Despacho que contemple a aprovação dos documentos de prestação de contas, incluindo o RGS, relativos a 2017, 2018, 2019, 2020 e 2021. Deste modo, não é possível disponibilizar em SiRIEF o documento da aprovação de contas por parte dos titulares da função acionista do exercício de 2021.

**2. Verificação do cumprimento das recomendações recebidas<sup>15</sup> relativamente à estrutura e prática de governo societário (vide artigo 54.º do RJSPE), através da identificação das medidas tomadas no âmbito dessas orientações.**

Relativamente à estrutura e prática de governo societário não foram recebidas recomendações.

O Relatório de Governo Societário do CHUPorto tem vindo a informar o cumprimento dos Princípios de Governo Societário de acordo com o disposto no artigo 54º do Decreto-Lei nº 133/2013 de 3 de outubro.

<sup>15</sup> Reporta-se também às recomendações que possam ter sido veiculadas a coberto de relatórios de análise da UTAM incidindo sobre Relatório de Governo Societário do exercício anterior.

<sup>16</sup> A informação poderá ser apresentada sob a forma de tabela com um mínimo de quatro colunas: "Referência"; "Recomendação"; "Aferição do Cumprimento"; e "Justificação e mecanismos alternativos".

A estrutura de governo societário do CHUPorto está de acordo com o definido na Secção IV do Capítulo I nos artigos 30º a 33º do Decreto-Lei nº 133/2013 de 3 de outubro e em termos das Práticas de Bom Governo, o CHUPorto tem cumprido o previsto na Secção II do Capítulo II do Decreto-Lei nº 133/2013 de 3 de outubro.

Para cada recomendação<sup>16</sup> 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);

Na sequência do referido no ponto anterior esta informação não é aplicável.

**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.

Na sequência do referido no ponto anterior esta informação não é 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 outras informações.

Porto, 30 de março de 2023

**O Conselho de Administração**

**Paulo Jorge Barbosa Carvalho - Presidente**

**Maria Beatriz da Silva Duarte Vieira Borges - Vogal Executiva**

**Rita Sofia da Silva Veloso - Vogal Executiva**

**José Fernando da Rocha Barros - Diretor Clínico**

**Alfredo Eduardo Argulho Alves - Enfermeiro Diretor**



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 RJ SPE.



Conselho Fiscal

Cf.

MP

### RELATÓRIO E PARECER DO CONSELHO FISCAL SOBRE O RELATÓRIO DE GOVERNO SOCIETÁRIO DE 2022

#### Introdução

Em cumprimento do disposto no n.º 2 do artigo 54.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, que aprovou o Regime Jurídico do Setor Público Empresarial, vimos submeter à vossa apreciação, o Relatório e Parecer do Conselho Fiscal sobre o Relatório de Governo Societário emitido pelo Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário do Porto, E.P.E. (doravante designado CHUPorto), em cumprimento do n.º 1 do referido articulado e relativo ao ano de 2022.

#### Principais considerações

Da apreciação efetuada, concluímos que o Relatório de Governo Societário:

- Apresenta informação anual, verdadeira e completa sobre as matérias referentes às práticas de bom governo constantes do Capítulo II do referido diploma legal, detalhando tais matérias de forma adequada às características da Entidade.
- Encontra-se estruturado de acordo com o Manual emitido para o efeito pela UTAM – Unidade Técnica de Acompanhamento e Monitorização do Setor Público Empresarial do Estado (Ministério das Finanças).

Importa por fim salientar a publicação do Decreto-Lei n.º 7-A/2023, de 30 de janeiro, que procedeu à criação da entidade pública empresarial com a denominação Centro Hospitalar Universitário de Santo António, E. P. E., doravante designado CHUSA, E. P. E., por fusão das unidades de saúde Centro Hospitalar Universitário do Porto, E. P. E., e Hospital de Magalhães Lemos, E. P. E. De acordo com a norma transitória do referido Decreto-Lei, os mandatos dos membros dos conselhos de administração e de fiscalização das unidades de saúde que dão origem ao CHUSA, E. P. E., cessam automaticamente, mantendo-se os respetivos titulares em gestão corrente até à nomeação dos novos titulares, tendo, entretanto, já sido nomeada a administração (Despacho n.º 2282/2023 publicado no Diário da República n.º 34/2023, Série II de 16 de fevereiro de 2023).

*Conselho Fiscal*

**Parecer**

Face ao exposto, somos de parecer que o Relatório de Governo Societário relativo ao ano de 2022, emitido e aprovado pelo Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário do Porto, E.P.E., em 30 de março de 2023, dá adequado cumprimento ao exigido no n.º 2 do artigo 54.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, pelo que poderá ser aprovado pelo acionista único da Entidade.

Porto, 14 de abril de 2023

O Conselho Fiscal



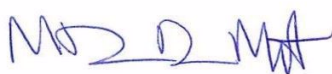
---

Presidente – Carla Manuela Serra Geraldes

Assinado por: **MARIA DAS DÓRES DE SOUSA SILVA**  
Num. de Identificação: 08556929  
Data: 2023.04.14 13:17:43+01'00'

---

Vogal – Maria das Dores de Sousa e Silva



---

Vogal – Manuel Pires de Matos

**2. Demonstração não financeira relativa ao exercício de 2022 que 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) (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 mesmo artigo)<sup>17</sup>.**

Com a revogação da alínea l) do artigo 3º do regime Jurídico de Supervisão e Auditoria anexo à Lei nº148/2015, de 9 de setembro, pela Lei nº99-A/2021 de 31/12, o CHUPorto deixou de estar incluído na definição de Entidade de Interesse Público. Consequentemente deixou de se lhe aplicar o artigo 66º-B do Código das Sociedades Comerciais - segundo o qual as grandes empresas que sejam entidades de interesse público que à data de encerramento do seu balanço excedam um número médio de 500 trabalhadores durante o exercício anual, devem incluir no seu relatório de gestão uma demonstração não financeira.

No entanto, mesmo que a referida revogação não tivesse ocorrido, o CHUPorto estava isento de elaborar a demonstração não financeira, uma vez que apresenta anualmente o Relatório de Governo Societário nos termos do Regime Jurídico do Setor Público Empresarial do Decreto lei nº133/2013 de 3 de outubro. O Relatório de Governo Societário é apresentado separadamente do relatório de gestão, corresponde ao mesmo exercício anual e o conteúdo da informação deste Relatório de Governo Societário é em tudo coincidente com toda a informação da demonstração não financeira do n.º 2 do artigo 66º-B do CSC.

<sup>17</sup> O n.º 8 do artigo 66.º-B do CSC dispõe que “uma empresa que elabore um relatório separado do relatório de gestão, correspondente ao mesmo exercício anual, que inclua as informações exigidas para a demonstração não financeira previstas no n.º 2 e seja elaborado nos termos previstos nos n.os 3 a 6, fica isenta da obrigação de elaborar a demonstração não financeira prevista no n.º 1”. Assim, caso a empresa pretenda ser dispensada da apresentação da demonstração não financeira, deve atestar que o RGS inclui toda a informação e cumpre todas as formalidades exigidas pela lei.





