

Relatório de Governo Societário 2024

Unidade Local de Saúde de Santo António

Relatório de Governo Societário 2024

Unidade Local de Saúde de Santo António

Índice

I.

- 06 Síntese
(Sumário Executivo)

II.

- 12 Missão, Objetivos
e Políticas

III.

- 20 Estrutura de Capital

IV.

- 22 Participações Sociais
e Obrigações Detidas

V.

- 24 Órgãos Sociais e Comissões

- 25 A. Modelo de Governo
- 25 B. Assembleia Geral
- 26 C. Administração e Supervisão
 - 45 Conselho dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica
 - 46 Comissão de Avaliação de Tecnologias da Saúde
 - 46 Comissão de Certificação da Conformidade da Interrupção Voluntária da Gravidez
 - 47 Comissão de Coordenação Oncológica
 - 48 Comissão de Ética Santo António/ ICBAS
 - 53 Comissão de Farmácia e Terapêutica
 - 54 Comissão de Transfusão e Alternativas Transfusionais
 - 54 Comissão de Qualidade e Segurança
 - 55 Comissão de Farmacovigilância
 - 55 Comissão de Proteção Contra Radiações
 - 56 Comissão de Ventilação não invasiva e Ventiloterapia Domiciliária
 - 56 Comissão de Prevenção da Violência no Sector da Saúde
- 58 D. Fiscalização
- 62 E. Revisor Oficial de Contas (ROC)
- 64 F. Conselho Consultivo (Caso Aplicável)
- 65 G. Auditor Externo (Caso Aplicável)

VI.

68 Organização Interna

- 69 A. Estatutos e Comunicações
- 71 B. Controlo Interno e Prevenção de Riscos
- 79 C. Regulamentos e Códigos
- 83 D. Deveres Especiais de Informação
- 83 E. Sítio na Internet
- 86 F. Prestação de Serviço Público ou de Interesse Geral (Caso Aplicável)

VII.

88 Remunerações

VIII.

96 Transações com Partes Relacionadas e Outras

IX.

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

X.

118 Avaliação do Governo Societário

XI.

122 Anexos do RGS

I.

Síntese (Sumário Executivo)

Síntese (Sumário Executivo)

1. A síntese ou sumário executivo deve permitir a fácil perceção do conteúdo matéria de Boas Práticas de Governo Societário adotadas em 2024.

O ano de 2024 ficou marcado pela mudança estrutural significativa para a Unidade Local de Saúde de Santo António, E.P.E. (ULS Santo António), na sequência da entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, que procedeu à criação das Unidades Locais de Saúde (ULS) como modelo integrado de prestação de cuidados de saúde.

O Decreto-Lei n.º 102/2023 de 7 de novembro, procedeu à reestruturação do Centro Hospitalar Universitário de Santo António, E. P. E. com integração dos Agrupamentos de Centros de Saúde do Grande Porto II-Gondomar e do Grande Porto V-Porto Ocidental, adotando-se o modelo de organização e funcionamento em unidades locais de saúde (ULS), passando a denominar-se Unidade Local de Saúde de Santo António, E. P. E., com efeitos a partir de 1 janeiro 2024.

A ULS Santo António é atualmente composta pelo Hospital de Santo António, pelo Centro Materno-Infantil do Norte, pelo Hospital de Magalhães Lemos, pelo Centro de Genética Jacinto Magalhães integrados na orgânica da área clínica assistencial, assim como pelos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) Porto Ocidental e Gondomar. Esta nova configuração visa reforçar a articulação entre os cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados, por forma a assegurar um percurso assistencial mais eficiente e centrado no utente. No domínio da investigação, ensino e inovação, destaca-se o Centro Académico Clínico (CAC) ICBAS-Santo António, cuja estrutura foi renovada pela Portaria n.º 280/2024/1, de 30 de outubro. Este consórcio que é resultado da parceria entre a ULS Santo António e a Universidade do Porto, tem como missão fortalecer a ligação entre a prática clínica, a formação médica e a investigação científica. A integração do CAC no modelo de governação da ULS Santo António contribui para a valorização da instituição no contexto do Serviço Nacional de Saúde e no meio académico e científico.

Relativamente aos cuidados de saúde primários, o ano de 2024 representou um período de transição, dado que a integração dos ACES Porto Ocidental e Gondomar na estrutura da ULS é recente. Assim, este relatório ainda não reflete desenvolvimentos significativos sobre esta área, mas a sua consolidação será acompanhada em futuras edições.

Este Relatório de Governo Societário, do período de 1 de janeiro a 31 de dezembro de 2024, reafirma o compromisso da ULS Santo António com a transparência, a boa gestão e a responsabilidade institucional, alinhando-se com as melhores práticas de governação no setor público empresarial.

O RGS de 2024 constitui um documento de leitura autónoma para poder ser publicitado no site institucional e estar desse modo acessível ao cidadão comum. Para esse efeito, houve cuidado com a apresentação da informação por forma a ser clara, concisa e suficiente e não se faz remissão para outros documentos.

Este relatório de governo societário fornece ao titular da função acionista, o Estado, e o público em geral, as informações atuais e completas sobre os princípios de governo societário e práticas de bom governo adotados de harmonia com o princípio da transparência, do controlo de risco e da prevenção de conflitos de interesses.

Nestes termos, o relatório foi preparado respeitando a legislação em vigor, designadamente as disposições constantes do Regime Jurídico do Setor Público Empresarial (RJSPE), com particular atenção às normas aplicáveis em matéria das Práticas de Bom Governo, especialmente o Capítulo II da secção II - Práticas de bom governo, do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, na sua versão atual.

Na preparação do relatório, atendeu-se ainda ao Modelo e bem assim às Instruções para o efeito divulgadas no “Manual para a elaboração do Relatório de Governo Societário 2024” da Unidade Técnica de Acompanhamento e Monitorização do Setor Empresarial do Estado - Ministério das Finanças. No âmbito das alterações e melhorias mais significativas em matéria de Boas Práticas de Governo Societário adotadas em 2024, destacamos:

- A elaboração, aprovação e ampla divulgação do Código de Ética e Conduta da ULS Santo António, nos termos do Regime Geral de Prevenção da Corrupção.
- A elaboração, aprovação e ampla divulgação do Plano de Prevenção de Corrupção e infrações Conexas da ULS Santo António, em conformidade com o Regime Geral de Prevenção da Corrupção.
- A realização de duas ações de formação presenciais sob o tema da Prevenção da Corrupção e Infrações Conexas: Cultura de ética e integridade nas organizações – os riscos de corrupção e infrações conexas e a sua prevenção no âmbito do Regime Geral de Prevenção da Corrupção, com a duração total de 7 horas cada uma, por um formador credenciado nesta área.
- Estas formações tiveram como público alvo os profissionais com funções de direção e coordenação. No total fizeram a formação 211 profissionais, correspondendo a um volume total de 1344 horas de formação.
- Tratando-se de uma formação obrigatória e para chegar rapidamente ao maior número de profissionais da Instituição está a ser elaborado uma formação que será disponibilizada em formato e-learning para todos os profissionais.
- O acesso a esta formação será controlado e monitorizado com recurso à plataforma digital Eunice.
- A implementação do Canal de comunicação interna de irregularidades e denúncia de infrações da ULS Santo António, divulgado na página institucional e internamente, de harmonia com os Estatutos, o Regime Geral de Prevenção da Corrupção e a Lei nº 93/2021 de 20 de dezembro que estabelece o regime geral de proteção de denunciadores de infrações, transpondo a Diretiva (EU) 2019/1937 do parlamento Europeu e do Conselho, de 23 de outubro de 2019, relativa à proteção das pessoas que denunciem violações do direito da União.
- Apresentação do Regulamento do Sistema de Comunicação Interna de Irregularidades e Denúncia de Infrações pela Auditora Interna ao Conselho de Administração que o aprovou em 27/03/2025.

- O Regulamento do Sistema de Comunicação Interna de Irregularidades e Denúncia de Infrações está estruturado para abranger todas as fases do seguimento das comunicações e denúncias, desde a receção e análise preliminar até à eventual abertura de processo de inquérito e articulação com as entidades competentes.
- O regulamento integra e articula as normas aplicáveis ao sistema de comunicação interna de irregularidades, como previsto nos Estatutos da ULS Santo António e o regime jurídico da denúncia de infrações, assegurando a conformidade com o Regime Geral de Prevenção da Corrupção e da Lei n.º 93/2021, de 20 de dezembro, que transpõe a Diretiva (UE) 2019/1937 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 23 de outubro de 2019 e estabelece o regime geral de proteção de denunciadores de infrações.

Relativamente às matérias do Capítulo II do Regime Jurídico do setor público empresarial (RJSPE), os pontos seguintes sintetizam o cumprimento dos princípios e a adoção das práticas de bom governo durante o período de 1 de janeiro de 2024 a 31 de dezembro de 2024, pela ULS Santo António que:

Apresentou o plano de desenvolvimento organizacional para 2024. Nos termos previsto na proposta da Lei nº84/2023 de 29/12/2023 – Lei do Orçamento 2024 - nomeadamente no artigo 147.º, que altera as regras de aprovação dos contratos programa na área da saúde e no artigo 312.º que altera o Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, foram criados dois novos instrumentos de gestão previsional - o quadro global de referência do SNS e o plano de desenvolvimento organizacional (PDO) das suas unidades de saúde - que substituíram, para todos os efeitos legais, os planos de atividade e orçamento (PAO) até agora aplicáveis às Entidades Públicas Empresariais (E.P.E.) do SNS - (despacho nº4/2023/SES, de 17/10/2023).

Obteve a aprovação pela tutela setorial do Plano de Desenvolvimento Organizacional 2024-2026. O PDO foi aprovado, pelo despacho da Senhora Ministra da Saúde de 25.07.2024, nos termos descritos na comunicação via-email da DE-SNS de 30-07-2024 - artigo 43.º RJSPE conjugado com o artigo 147º e 312º da Lei nº84/2023 de 29/12/2023 (Lei do Orçamento 2024);

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 44.º RJSPE;

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

Elaborou os relatórios de avaliação do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas – artigo 46º RJSPE;

Adotou o Código de Ética e de Conduta o qual depois da aprovado pelo Conselho de Administração foi divulgado internamente e no site institucional - artigo 47.º 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), Direção Executiva do SNS (DE-SNS), Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e Unidades Locais de Saúde (ULS) - artigo 48.º RJSPE;

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

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

Evidenciou a independência de todos os membros do órgão de administração e que não participam das decisões que envolvam os seus interesses - artigo 51.º RJSPE;

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 52.º RJSPE;

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 53.º RJSPE;

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 RJSPE.

Resta agradecer a todos os colaboradores que de forma direta ou indireta contribuíram para a elaboração deste relatório de governo societário de 2024 e aguardar a avaliação da UTAM e a subsequente aprovação da Tutela acionista representada pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério das Finanças.

“

O ano de 2024 ficou marcado pela mudança estrutural significativa para a Unidade Local de Saúde de Santo António, E.P.E. (...) ”

2. Da tabela a incluir constará a informação seguinte:

CAPÍTULO II do RJSPE – Práticas de bom governo		Sim	Não
Artigo 43.º	Apresentou Plano de Desenvolvimento Organizacional (PDO) para 2024-2026.	X	
	Obteve aprovação pela tutela setorial do Plano d Desenvolvimento Organizacional (PDO) para 2024-2026.	X	
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.	X	
Artigo 45.º	Submeteu a informação financeira anual ao Revisor Oficial de Contas, que é responsável pela Certificação Legal das Contas da empresa.	X	
Artigo 46.º	Elaborou os relatórios de avaliação do Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas.	X	
Artigo 47.º	Adotou um código de ética e de conduta e divulgou o documento.	X	
Artigo 48.º	Tem contratualizada a prestação de serviço público ou de interesse geral, caso lhe esteja confiada.		X
Artigo 49.º	Prosseguiu objetivos de responsabilidade social e ambiental .	X	
Artigo 50.º	Implementou políticas de recursos humanos e planos de igualdade.	X	
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.	X	
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.	X	
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.	X	
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)	X	



II.

Missão, Objetivos e Políticas

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 (vd. artigo 43.º do RJSPE).

A Missão, Visão e Valores são declarações essenciais que definem a identidade e os objetivos da ULS Santo António.

A Missão descreve o propósito e a razão de ser da instituição, a Visão delinea a aspiração e o futuro desejado, e os Valores representam os princípios e comportamentos éticos que orientam a conduta da Instituição. Esses elementos funcionam como pilares que guiam decisões e ações, alinhando todos os colaboradores em torno de um propósito comum para a promover a excelência na prestação de cuidados de saúde.

Missão:

Como transmite o Código de Ética e de Conduta, a ULS SANTO ANTÓNIO assume *“uma missão de serviço público exigente, complexa e heterogénea, que contempla o acompanhamento de todo o ciclo de vida dos utentes – quer através da prestação de cuidados de saúde primários, quer por força da prestação de cuidados de saúde diferenciados, nas doenças prevalentes e em patologias complexas –, incorporando o ensino pré e pós-graduado, a formação contínua, a investigação científica e a inovação em saúde no dia-a-dia da atividade assistencial.”*

A ULS Santo António acolhe uma missão de amplo espectro, exigente, complexa, heterogénea, que vai desde a promoção de hábitos de vida e literacia dirigidas a cidadãos saudáveis, às práticas técnico-científicas de ponta em doenças complexas, passando pela prevenção e tratamento das doenças prevalentes na comunidade ou patologias raras e ainda integra o trabalho clínico com o ensino, a investigação, a formação, o desenvolvimento humano e a transferência de conhecimento.

A ULS presta assistência às populações da área de influência primária dos ACeS, das regiões consignadas nas redes de referência hospitalar e nos centros de referência de doenças raras ou complexas, salvaguardando o livre Acesso, a circulação racional de cidadãos no sistema nacional de saúde e a continuidade de cuidados, assente na pluralidade de saberes e na eficiência de sistemas de informação e comunicação.

Visão:

A ULS Santo António aspira consolidar-se como um centro de inovação, reconhecido pelas autoridades de saúde e pela sociedade, desenvolvendo-se de acordo com modelos dinâmicos, criativos, competitivos e comprometidos com princípios de sustentabilidade, saúde global (humana, animal e ambiental), assentes em integridade e transparência, afirmação da cidadania, culminando em benefícios para as pessoas (utentes, 5 trabalhadores e as suas famílias), em compromisso solidário com o Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Valores:

Como referido no Código de Ética e Conduta, com vista à prossecução de uma missão de serviço público tão exigente, complexa e heterogénea, a ULS de Santo António assume como valores fundamentais, a respeitar por si e por todas as pessoas abrangidas:

a) Empatia e inclusão – no respeito pela diversidade do outro e pela vulnerabilidade humana;

b) Integridade – que convoca o escrupuloso cumprimento normativo, a honestidade, o repúdio de práticas de corrupção e infrações conexas, em todas as suas formas, e a construção de relações de confiança;

c) Compromisso – apelando ao sentido de serviço público, à responsabilidade individual e coletiva no exercício de funções e à convergência com o propósito e os objetivos institucionais;

d) Interdisciplinaridade – exigida pela complexidade da missão institucional, que demanda uma abordagem integrada e colaborativa;

e) Qualidade – com foco em processos eficientes, na sustentação técnica, na prestação de serviços de excelência percebida e reconhecida, na promoção da segurança e na minimização de riscos;

f) Proficiência e reconhecimento – Implicando o profissionalismo e a competência, o brio no aperfeiçoamento individual, uma sã e leal concorrência entre pares, o reconhecimento e a valorização do mérito.

2. Indicação de políticas e linhas de ação desencadeadas no âmbito da estratégia definida (vd. 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;

Os eixos estratégicos são os a seguir apresentados reformulados para o contexto da ULS Santo António.

Eixo 1 - Reforma Hospitalar

Ação 1 – Melhoramento da área de internamento, que se destina a dar resposta aos ciclos de maior procura no inverno ou de recuperação de LIC.

Ação 2 – Manter uma política de Recursos Humanos que permita substituir de forma programada as aposentações e prever novas áreas de desenvolvimento.

Ação 3 – Manutenção de uma forte aposta nos Sistemas de Informação.

Ação 4 – 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.

Ação 5 – Alargamento das áreas de Bloco Operatório.

Ação 6 – Desenvolvimento da Cirurgia Robótica.

Eixo 2 - Integração de Cuidados

Ação 1 – Reforço das ligações clínicas com os cuidados primários privilegiando a consultadoria, tanto localmente como por via da telemedicina.

Ação 2 – Internalização no CHU Santo António de análises clínicas dos CCSP da nossa área.

Ação 3 – Criação de equipas de Gestão da Doença Crónica em colaboração com os CCSP.

Ação 4 – Alargar o número de internamentos de hospitalização domiciliária.

Ação 5 – Reforço na articulação com os cuidados continuados integrados.

Eixo 3 - Adequação da oferta de cuidados de saúde às necessidades das populações

Ação 1 – Respostas integradas de saúde, com descentralização de cuidados.

Ação 2 – Compromisso dos municípios e da sociedade

Ação 3 – Incorporação de todos na rede científica, académica de inovação e desenvolvimento.

Ação 4 – Aproveitar o enorme potencial de trabalho em equipa, interdisciplinar, para agilizar as respostas necessárias decorrentes do Envelhecimento acelerado, de qualidade variável, baixa natalidade, doenças crónicas e morbilidades cruzadas.

Eixo 4 - Desenvolvimento da Qualidade Assistencial e Governação Clínica

Ação 1 – Consolidar a Acreditação existente em todas as Unidades da ULS de Santo António.

Ação 2 – Monitorizar continuamente um conjunto de indicadores de qualidade.

Ação 3 – Reforçar a Ambulatorização de cuidados.

Ação 4 – Encerramento do circuito do medicamento.

Ação 5 – Modernizar e informatização completa dos circuitos de compras e de logística.

Eixo 5 - Reforço do Ensino, Formação e Investigação

Ação 1 – No âmbito do Centro Clínico Académico, desenvolver o centro de cirurgia experimental visando o treino e desenvolvimento da cirurgia de elevada complexidade.

Ação 2 – Expansão do atual centro de simulação biomédico, em parceria com o ICBAS.

Ação 3 – Integração das áreas da formação e investigação no Centro Clínico Académico.

Eixo 6 - Sustentabilidade Económica e Financeira

Ação 1 - Concentração de toda a área laboratorial.

Ação 2 - Garantir o reaproveitamento e esterilização de todo o material descartável passível de o fazer garantindo a redução de custos.

Ação 3 - 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.

Ação 4 - Criar um Quadro de Pessoal e otimizar a gestão do mesmo.

Eixo 7 - Metodologia de Contratualização interna

Ação 1 - Implementar um modelo de gestão da ULSSA assente em órgãos sociais unificados e com poderes inequívocos sobre toda a empresa, no respeito pela identidade e as especificidades de cada uma das três componentes da ULS;

Ação 2 - Suprimir redundâncias e desperdícios, uniformizando e agregando estruturas e missões similares;

Ação 3 - Desenvolver um modelo de organização clínica matricial, permitindo aproximar a cultura das três componentes, integrar saberes e potencialidades, mantendo as suas identidades e especificidades, principalmente naquelas áreas de intervenção, hospitalar ou comunitária, que não dizem respeito diretos aos outros parceiros.

Ação 4 - Implementar um modelo de contratualização interna único e transversal com as diversas estruturas intermédias de gestão, independentemente da sua natureza, baseado em planos de atividade anuais, a elaborar e propor pelos respetivos responsáveis, contemplando, entre outros aspetos, a visão estratégica institucional numa filosofia de Balanced Scorecard, de modo a evidenciar a identidade e especificidade de cada área.

Eixo 8 - Preparar o Futuro

Ação 1 - Modernização e ampliação das áreas laboratoriais ligadas à genética/genética molecular.

Ação 2 - Modernização do Serviço de Urgência.

Ação 3 - Criação de uma Unidade de Internacionalização da atividade clínica, particularmente a cirúrgica.

Ação 4 - Modernizar o Centro de Endoscopia com mais de 40 anos;

Ação 5 - Criação de uma Unidade para doentes Neuro-críticos.

Ação 6 - Desenvolvimento da área da medicina nuclear na resposta de exames PET e nas valências de radioterapia/radiocirurgia.

“

(...) uma missão de serviço público exigente, complexa e heterogénea, que contempla o acompanhamento de todo o ciclo de vida dos utentes (...)”

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

O Desempenho assistencial, é medido através da execução do Quadro Mínimo de Produção (QMP) e dos objetivos de desempenho e eficiência. O quadro Mínimo de Produção encontra-se vertido no anexo II do contrato Programa, assinado, cuja execução, para 2024, é a seguinte:

QMP – Produção SNS

	Quantidade Contratada	Quantidade Produzida	Diferença	Taxa de Execução
Cuidados Primários				
1. Consultas				
Nº consultas médicas presenciais	688.000,00	680.938,00	- 7.062,00	99%
Nº consultas médicas não presenciais	713.000,00	703.395,00	- 9.605,00	98,7%
Total das consultas médicas CSP	1.401.000,00	1.384.333,00	- 16.667,00	98,8%
2. Total das consultas médicas CSP				
Nº visitas domiciliárias médicas	8.720,00	9.883,00	1.163,00	113,3%
Nº visitas domiciliárias de enfermagem	68.318,00	75.729,00	7.411,00	110,8%
Total Serviços domiciliários CSP	77.038,00	85.612,00	8.574,00	111,1%
3. Outras Consultas por Pessoal não Médico				
Nº consultas de enfermagem	590.000,00	709.468,00	119.468,00	120,2%
Nº consultas de outros profissionais	32.150,00	33.324,00	1.174,00	103,7%
Total consultas por pessoal não médico CSP	622.150,00	742.792,00	120.642,00	119,4%
Cuidados Hospitalares				
1. Consultas Externas:				
Nº de 1ºs consultas médicas	139.718,00	132.478,00	- 7.240,00	94,8%
Nº de 1ºs consultas referenciadas (CTH)	57.753,00	57.283,00	- 470,00	99,2%
Nº de 1ºs consultas descentralizadas	747,00	658,00	- 89,00	88,1%
Nº de consultas subsequentes médicas	587.197,50	582.597,00	- 4.601,00	99,2%
Nº de consultas subsequentes descentralizadas	6.718,00	4.225,00	- 2.493,00	62,9%
Total das consultas médicas	792.133,50	777.241,00	- 14.893,00	98,1%
2. Internamento:				
Doentes Saídos				
GDH Médicos	19.413,00	18.527,00	- 886,00	95,4%
GDH Cirúrgicos	10.166,00	9.691,00	- 475,00	95,3%
GDH Cirúrgicos Urgentes	5.021,00	4.992,00	- 29,00	99,4%
Total GDH Internamento	34.600,00	33.210,00	- 1.390,00	96%
3. Episódios de GDH de Ambulatório:				
GDH Cirúrgicos	20.839,00	22.580,00	1.741,00	108,4%
GDH Médicos	4.620,00	4.618,00	- 2,00	100%
Total GDH de Ambulatório	25.459,00	27.198,00	1.739,00	106,8%
4. Urgências:				
Atendimentos SU - Polivalente	123.453,00	125.002,00	1.549,00	101,3%
Atendimentos SU - Médico - Cirúrgica				
Atendimentos SU - Básica				
Total de Urgências	123.453,00	125.002,00	1.549,00	101,3%
5. Sessões em Hospital de Dia:				
Base	29.123,00	31.110,00	1.987,00	106,8%
Hematologia / Imuno-hemoterapia	6.815,00	6.401,00	- 414,00	93,9%
Psiquiatria (Unidades Sócio-Ocupacionais)	30.551,00	28.111,00	- 2.440,00	92%
Total do Hospital de Dia	66.489,00	65.622,00	- 867,00	98,7%
6. Rastreios - Nº de Rastreios				
Rastreios do Cancro da Mama	74,00	79,00	5,00	106,8%
Rastreio do Cancro do Colo do Útero	650,00	643,00	- 7,00	98,9%
Rastreio do Cancro do Colon e Reto	330,00	249,00	- 81,00	75,5%
Rastreio da Retinopatia Visual	470,00	0,00	- 470,00	0%
Rastreio Visual Infantil	430,00	360,00	- 70,00	83,7%
Total de Rastreios	1.954,00	1.331,00	- 623,00	68,1%
7. Sessões de Radioncologia				
Tratamentos Simples				
Tratamentos Complexos				
Total de Radioncologia	0,00	0,00	0,00	
8. Sessões de Quimioterapia				
Sessões de Quimioterapia	7.830,00	11.188,00	3.358,00	142,9%
9. Serviços Domiciliários				
Consultas Domiciliárias	4.682,00	5.546,00	864,00	118,5%
Hospitalização Domiciliária	521,00	326,00	- 195,00	62,6%
Total Serviços Domiciliários	5.203,00	5.872,00	669,00	112,9%

A atividade de internamento apresenta uma taxa de execução de 96% em relação aos valores estimados no PDO. Este resultado deve-se, sobretudo, à redução nos internamentos de psiquiatria. Desde setembro de 2023, os doentes encaminhados pela Urgência Metropolitana das ULS de S. João, Tâmega e Sousa e Vila Nova de Gaia/Espinho passaram a ser direcionados diretamente para as unidades hospitalares correspondentes. Além disso, houve uma diminuição na atividade nas áreas de obstetrícia e neonatologia, consequência da redução no número de partos.

Os GDH de ambulatório cirúrgico registam valores superiores aos previstos, com um aumento de cerca de 8,4%, resultado das contribuições positivas de diversos serviços cirúrgicos, em especial oftalmologia, dermatologia e cirurgia vascular. No Hospital de Dia, a produção atingiu 98,7%, principalmente por redução de atividade nas áreas de HD de Psiquiatria e Unidades Sócio-Ocupacionais.

Os GDH médicos mantêm-se em linha com o esperado, enquanto as sessões de quimioterapia superaram as previsões devido a uma alteração no pressuposto adotado na estimativa do PDO 2024. Inicialmente, apenas as sessões de oncologia eram consideradas, mas, agora, passamos a incluir também as sessões de quimioterapia (GDH 693) de Hematologia.

A Consulta Externa apresenta uma taxa de execução de 98,1%, um pouco aquém do previsto. As primeiras consultas referenciadas (CTH/SIGA) atingiram 99,2%, enquanto as subsequentes alcançaram 94,8%. Por outro lado, as consultas descentralizadas registaram uma execução de 88,1%. Em especialidades como Psiquiatria, a saída de profissionais sem possibilidade de substituição e a abertura de Serviços Locais de Saúde Mental em hospitais da região foram fatores relevantes. Na Pediatria, a menor execução foi influenciada pela consulta de atendimento pediátrico referenciado. Já as consultas subsequentes aproximaram-se dos valores contratualizados (99,2%), embora as consultas descentralizadas tenham apresentado uma taxa de execução mais baixa (62%).

As consultas domiciliárias realizadas por equipas hospitalares excederam largamente os valores estimados, ao passo que os internamentos no domicílio ficaram abaixo do esperado.

Os atendimentos em urgência superaram o previsto em 1,3% (taxa de execução de 101,3%). Observou-se um aumento de episódios triados com as cores vermelho, laranja e amarelo (+259 episódios) em contraste com a diminuição de episódios triados com as cores verde e azul (cuja proporção foi de 27%). Após o início do funcionamento do Centro de Atendimento Clínico, a 19 de agosto, cerca de 23% dos doentes triados como verdes e azuis foram encaminhados para essa estrutura através da urgência geral.

Por fim, no âmbito das consultas realizadas por outros profissionais e visitas domiciliárias dos cuidados de saúde primários, os valores previstos no Quadro Mínimo de Produção foram superados. As Consultas Médicas, tanto presenciais quanto não presenciais, alcançaram uma taxa de execução próxima dos valores contratualizados (99%).

Os termos de contratualização para 2024 referem que “a execução dos Contatos Programa é concretizada através da validação da atividade realizada pelas instituições, conforme os critérios de faturação definidos na Circular Normativa que define para 2024 as condições e procedimentos de pagamento das prestações da saúde realizadas no âmbito do CP do ano em documentação específica” e conforme descrito no capítulo XII) ponto 2 da circular normativa nº 9/2025/ACSS “Na sequência do apuramento do grau de cumprimento do quadro de produção hospitalar, sempre que se verifique o incumprimento da produção hospitalar contratualizada em, pelo menos, 10% em cada linha de atividade programada, será aplicada a penalização correspondente ao valor da produção não realizada nessa linha”.

Os **objetivos de desempenho e eficiência** estabelecidos no Plano de Desenvolvimento Organizacional (PDO) têm como finalidade garantir que a organização alcance suas metas, otimizando o uso dos recursos disponíveis. Embora os indicadores e metas a incluir no contrato-programa de 2024 tenham sido apresentados à tutela em dezembro de 2023, a adenda rececionada em 11 de abril de 2025 apresenta metas para apenas parte desses indicadores. A ausência da formalização de metas para 10 dos 28 indicadores, aliada à possível redistribuição dos seus pesos e à consequente indefinição dos critérios de avaliação, impede o cálculo do índice de desempenho global.

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:
 1. A inovação dos dispositivos médicos e respetivos custos associados sem qualquer financiamento adicional associado;
 2. 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 raras e terapêuticas órfãs);
 3. Índice de case-mix não refletindo a diferenciação da instituição e a atualização do financiamento de acordo com a aferição da diferenciação/estratificação da população em função do risco de necessidade de cuidados de saúde (consumo de recursos);
 4. A inovação na área do medicamento, com um peso significativo e, muitas vezes, sem financiamento associado (ex.: Risdiplan, entre outros). Esta inovação tem vantagens significativas para a melhoria das condições de vida dos utentes/do seu estado de saúde, mas representa um encargo financeiro importante.
- A qualidade e segurança são dois vetores nucleares no desenvolvimento de qualquer organização moderna e particularmente no setor da saúde, pelo que a ULSSA 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 (vd. 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 pela Entidade 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 pela Entidade, pela Direção Executiva do SNS (DE-SNS) e pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).

A DE-SNS é responsável pelo acompanhamento de execução do Contrato Programa através de reuniões com as ULS.

A monitorização e acompanhamento destes indicadores é realizada através da plataforma Sistema de Informação para Contratualização e Acompanhamento (SICA), com uma periodicidade mensal. Pretende-se uma recolha sistemática dos dados necessários à construção de indicadores que reflitam uma imagem instantânea sobre os aspetos contratualizados em sede de contrato-programa.

A execução do Contrato Programa é internamente monitorizada através dos suportes de informação para a Gestão existentes internamente, 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.

Nos termos do artigo 93.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, os estabelecimentos de saúde E.P.E. são financiados nos termos da Base 23 da Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro. O financiamento deve refletir as necessidades de saúde da população abrangida e permitir um adequado planeamento da oferta de cuidados de saúde (artigo 93.º dos Estatutos).

O pagamento dos atos e serviços prestados pelos estabelecimentos de saúde pelo Estado, é feito através contratos-programa plurianuais celebrados conjuntamente pela entidade hospitalar, pela Direção Executiva do SNS e ACSS, I. P., ARSN, I.P, onde são estabelecidos, os seguintes pressupostos:

- a) A produção contratada;
- b) Os objetivos e as metas qualitativas e quantitativas;
- c) A calendarização das metas referidas na alínea anterior;
- d) Os meios e instrumentos para prosseguir os objetivos, designadamente de investimento;
- e) Os indicadores para avaliação do desempenho dos serviços e do nível de satisfação dos utentes e as demais obrigações assumidas pelas partes, tendo como referencial os preços praticados no mercado para os diversos atos clínicos.

“

(...) Os objetivos de desempenho e eficiência definidos no Plano de Desenvolvimento Organizacional (PDO) visam, primordialmente, garantir que a organização alcance suas metas, otimizando a utilização dos recursos disponíveis. ”

III.

Estrutura de Capital

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 (vd. alínea a) do n.º 1 do artigo 44.º do RJSPE).

O Património/Capital em 31 de dezembro de 2024 é de 203.281.082€ composto por 191.577.410€, fixado no anexo ao Decreto-Lei n.º 7-A/2023, de 30 de janeiro e por 11.703.672€ relativo a aumento de capital na sequência do Despacho do Senhor Ministro das Finanças e do Senhor Ministro da Saúde, de 22 de dezembro.

Totalmente subscrito e realizado pelo Estado, o capital estatutário da ULS Santo António é fixado, aumentado e reduzido por despacho do membro do Governo responsável pela área das finanças (artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 102/2023, de 07 de novembro).

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

O capital estatutário não é representado por ações.

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

Não existem acordos parassociais.

IV.

Participações Sociais e Obrigações detidas

Participações Sociais e Obrigações detidas

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

Não existente.

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

A ULS Santo António é um 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, bem como das pessoas indicadas no n.º 2 do artigo 447.º do CSC, nos termos do n.º 5 do artigo 447.º do CSC.

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
- B. Assembleia Geral
- C. Administração e Supervisão
- D. Fiscalização
- E. Revisor Oficial de Contas (ROC)
- F. Conselho Consultivo (Caso Aplicável)
- G. Auditor Externo (Caso Aplicável)

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 (vd. n.º 1 do artigo 30.º do RJSPE).

1. Identificação do modelo de governo adotado

O Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, aprovou o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, bem como os Estatutos dos hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e unidades locais de saúde (ULS), que estão inseridos no setor empresarial do Estado ou no setor público administrativo.

O modelo de governo previsto no n.º 2 do artigo 68.º dos Estatutos dos estabelecimentos de saúde, E. P. E., inclui órgãos de administração, de fiscalização e de consulta.

Nestes termos, são órgãos da Entidade:

- a) O conselho de administração;
- b) O conselho fiscal;
- c) Um revisor oficial de contas representado por sociedade de revisores oficiais de contas; e
- d) O conselho consultivo.

B. Assembleia Geral

1.1 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 das Entidades de Saúde do setor público empresarial não existe Assembleia Geral, pelo que esta informação não é aplicável.

1.2. 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.

Nos termos do disposto nos artigos 69.º e 77.º dos estatutos dos hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e unidades locais de saúde, constantes do capítulo IV do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprovou o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, no artigo 21.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, na sua redação atual, no n.º 3 do artigo 72.º do Decreto-Lei n.º 32/2022, de 9 de maio, e nos n.º 1 e 2 da Resolução do Conselho de Ministros n.º 48/2022, de 1 de junho, resulta que os membros do conselho de administração são designados mediante proposta da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, para um mandato de três anos, renovável até ao limite máximo de três renovações consecutivas, sendo-lhes aplicável, com as necessárias adaptações, o Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, na sua redação atual, que aprovou o Estatuto do Gestor Público.

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.

Nos termos do 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 n.º 52/2022, de 4 de agosto, o conselho de administração deverá ser composto por:

- a) um presidente e
- b) um máximo de seis vogais executivos, em função da dimensão e complexidade do estabelecimento de saúde, E. P. E., que assuma o modelo de ULS.

O Conselho de Administração durante 2024 foi composto pelo presidente e 5 vogais com funções executivas, incluindo um diretor clínico para a área dos cuidados de saúde hospitalares, um diretor clínico para a área dos cuidados de saúde primários, um enfermeiro diretor e dois vogais executivos, um dos quais proposto pelo membro do Governo responsável pela área das finanças.

O mandato dos membros do conselho de administração, 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 (n.º 5 do artigo 69.º do Decreto-lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, na sua versão atual).

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).

O Despacho n.º 2282/2023, de 16 de fevereiro, designou os membros para exercerem funções no conselho de administração do Centro Hospitalar Universitário de Santo António, E. P. E., no mandato 2023 -2025.

O Despacho n.º 525/2024, de 18 de janeiro, designou a Dra. Ana Correia de Oliveira para exercer funções de diretora clínica para a área dos cuidados de saúde primários no conselho de administração da Unidade Local de Saúde de Santo António, E. P. E, e mantém em exercício de funções Paulo Jorge Barbosa Carvalho, no cargo de Presidente do conselho de administração, José Fernando da Rocha Barros, no cargo de Diretor clínico para a área dos cuidados de saúde hospitalares, Alfredo Eduardo Argulho Alves, no cargo de Enfermeiro diretor, Maria Beatriz da Silva Duarte Vieira Borges, no cargo de Vogal executiva com o pelouro financeiro e Rita Sofia da Silva Veloso, no cargo de Vogal executiva, cargos para os quais foram nomeados pelo Despacho n.º 2282/2023, de 16 de fevereiro, como se indica na tabela seguinte:

Mandato (Início-Fim)	Cargo Nome		Designação		Remuneração	
			Forma ⁽¹⁾	Data	[Empresa pagadora]	(O/D) ⁽²⁾
2023-2025	Presidente	Paulo Jorge Barbosa Carvalho	D	18 jan.2024	ULSSA	O
2023-2025	Diretor Clínico Hospitalar	José Fernando da Rocha Barros	D	18 jan.2024	ULSSA	O
2023-2025	Diretor Clínico ACES	Rui Manuel Moreira da Rocha Medon	D	3 out.2024	ULSSA	O
2023-2025	Enfermeira diretora	Maria do Rosário Ramos Caetano Pereira	D	2.set.2024	ULSSA	O
2023-2025	Vogal	Maria Beatriz da Silva Duarte Vieira Borges	D	18 jan.2024	CHUdSA	O
2023-2025	Vogal	Rita Sofia da Silva Veloso	D	18 jan.2024	CHUdSA	O

Legenda: (1) Resolução (R) / Assembleia Geral (AG) / Deliberação Unânime p Escrito (DUE) / Despacho (D)

(2) O/D – Origem / Destino

Em setembro de 2024 é publicado o despacho o Despacho n.º 10350/2024, de 2 de setembro, que designa a Maria do Rosário Ramos Caetano Pereira para o Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde de Santo António, E. P. E., para o cargo de enfermeira diretora, devido à vacatura do cargo de enfermeiro diretor da Unidade Local de Saúde de Santo António, E. P. E., por motivo de renúncia do seu anterior titular, tendo sido necessário proceder à designação de um novo titular para este cargo, para completar o mandato em curso do atual conselho de administração, designado pelo Despacho n.º 2282/2023, de 16 de fevereiro.

O Despacho n.º 11713/2024, de 3 de outubro, designou Rui Manuel Moreira da Rocha Medon para exercer funções de diretor clínico dos cuidados de saúde primários no conselho de administração da Unidade Local de Saúde de Santo António, E. P. E., com efeito a 19 de setembro de 2024, dado que a Resolução do Conselho de Ministros n.º 85/2024, de 9 de julho, designou a Dra. Ana Margarida Ribeiro Correia de Oliveira para o Conselho de Gestão da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, I. P., havendo necessidade de a substituir.

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 independentes³, ou, se aplicável, identificação dos membros independentes do Conselho Geral e de Supervisão (vd. artigo 32.º do RJSPE).

Através do despacho n.º 2282/2023, de 16 de fevereiro, do despacho n.º 525/2024, de 18 de janeiro, do despacho n.º 10350/2024, de 2 de setembro e do despacho n.º 11713/2024, de 3 de outubro, todos os vogais membros do Conselho de Administração foram nomeados vogais executivos.

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 Conselho de Administração
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 Sênior 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).

(3) 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.

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 – S.A;
- 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 guidelines 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 (1968-1980).

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 Sênior 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 (IS-SN1645-281X);
- 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 Rastreo 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 -2015 da Sociedade Portuguesa de Cefaleias;
- Fundador, diretor-adjunto, entre 2000 e 2004 e diretor, entre 2005 e 2007 da revista SINAPSE.

C. Diretor Clínico dos Cuidados de Saúde Primários – com efeitos de 1 de janeiro a 25 de junho de 2024.
 SINOPSE CURRICULAR
Ana Margarida Ribeiro Correia de Oliveira

- Mestrado Integrado em Medicina pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar Universidade do Porto (2011).
- Especialista em Medicina Geral e Familiar (2017).
- Curso Líderes Fortes, Equipas Fortes, ARS Norte (2023).
- Curso Liderar e Gerir equipas com inteligência emocional, ACEs Porto Ocidental (2019).
- Curso de Pós-graduação em Hipertensão Arterial, Sociedade Portuguesa de HTA (2016).
- Pós-graduação em Governança e Políticas Públicas em Saúde - Universidade Católica Portuguesa (2015).
- Curso de Especialização em Geriatria - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (2013-2014).
- Curso de Formação Pedagógica Inicial de Formadores (CAP) (2005).

- Membro Fundador do Grupo de Estudos de Obesidade da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (2022-2023).
- Coordenadora da USF Cedofeita - ACES Porto Ocidental (2019-2023).
- Presidente Conselho Técnico UCSP Carvalhosa (2019).
- Médica na UCSP Apúlia-Fão ACES Barcelos Esposende (2018) Vogal do Conselho Regional Norte da Ordem dos Médicos (2017-2023) Palestrante em inúmeros Congressos e Encontros médicos.
- Membro da Comissão organizadora de inúmeros congresso e jornadas médicas.
- Formadora médica com apresentação de casos clínicos, trabalhos de investigação e qualidade, revisões baseadas na evidência e revisões clássicas em diversos congressos e reuniões científicas.

D. Diretor Clínico dos Cuidados de Saúde Primários – com efeitos a 19 de setembro de 2024.

SINOPSE CURRICULAR

Rui Manuel Moreira da Rocha Medon

Formação Académica Pré e Pós-Graduada:

Licenciatura em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, em 1982 e concluiu o Curso de Medicina do Trabalho, da Faculdade de Medicina do Porto, em 1992. Conferido o grau de Generalista da Carreira Médica de Clínica Geral em 1996, obteve o grau de Consultor da Carreira Médica de Clínica Geral em 1998, obteve a especialidade de Medicina do Trabalho, pela Ordem dos Médicos, em 2000 e concluiu a Pós-graduação em “Doenças Respiratórias”, na Universidade Fernando Pessoa, em 2007.

Na área da Gestão realizou várias formações:

- Pós-graduação “Gestão de Unidades de Saúde”, na Escola Superior Saúde - CESPU, em 2002;
- Curso “Go-Management”, com diploma de Go-Manager, promovido pelo SMN, em 2004;
- Programa de “Desenvolvimento de Competências para a Gestão das Unidades de Saúde Familiar”, da Universidade Católica Portuguesa, em 2009;
- Curso “Paces Direct”, Programa Avançado de Gestão, Governança Clínica, Liderança e TI para Diretores Executivos dos ACeS, INA, em 2009;
- 2.º GSP - “Programa de Gestão de Saúde de Proximidade”, da AESE, em 2010;
- Visita de estudo ao NHS Birmingham East and North PCT, em 2010;
- Curso de Formação Pedagógica Inicial de Formadores (CAP) em 2020.

Experiência Profissional:

Iniciou a carreira de Clínica Geral no CS Marco de Canaveses em 1986, e em 1998 continuou a sua carreira no CS Aldoar, Unidade de Ramalde, em 1998, onde iniciou a experiência “Regime Remuneratório Experimental” (RRE), em jan2000, tendo sido o seu Representante Formal, até mar2006; colaborou ainda no estudo de “Autoavaliação do RRE” em 2003, com o objetivo de avaliar a experiência organizativa. Integrou a Equipa Regional de Apoio do Norte (ERA-Norte) entre mar2006 a mar2009 e foi seu Coordenador entre abr2008 e mar2009 e participou nos trabalhos da Missão para os CSP. Nomeado em abr2009, Diretor Executivo do ACeS Porto Ocidental, em abr2009, e foi reconduzido no cargo por mais dois mandatos, até nov2018, e nesta data voltou ao seu lugar de origem, como Médico de Família na USF Ramalde. Nomeado vogal da Unidade de Gestão do CCSP Porto Ocidental em jan2024, passando a Diretor da Unidade de Gestão do CCSP da ULS Santo António, desde abr2024. Colaborador no “Programa de Prevenção e Tratamento do Tabagismo”, ARS Norte, desde abr 2009, e co-representante da ARS Norte no Grupo do Tabagismo, da DGS. Colaborador na Coordenação do Internato Médico de Medicina Geral e Familiar na formação de Internos MGF em áreas da Gestão em Saúde, de 2012 a 2018, e até ao momento na formação em “Cessação Tabágica”, e orientador de formação de médicos internos do ano comum e alunos do 6.º ano, de várias Faculdades de Medicina. Integrou várias comissões organizadoras de simpósios e congressos e como palestrante em múltiplas áreas da MGF, Medicina do Trabalho e Gestão em Saúde, Integrou Equipas de investigação nas áreas da Saúde Mental e Cardiologia, e ainda como membro de júri para concurso de habilitação ao grau de consultor da carreira médica e avaliador SIADAP.

E. Enfermeiro Diretor com efeitos de 1 de fevereiro de 2023 a 24 de julho de 2024.

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, E.P.E.).

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 E.P.E., criado pelo Decreto-Lei n.º 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 E.P.E., criado pelo Decreto-Lei n.º 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 Decreto-Lei n.º 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-International Executive Program, organizado pelo Institute of Health Economics and Management da Université de Lausanne.

F. Enfermeiro Diretor – com efeitos a 25 de julho de 2024.

SINOPSE CURRICULAR

Maria do Rosário Ramos Caetano Pereira

Formação Académica:

- Curso de Enfermagem pela Escola de Enfermagem das Franciscanas Missionárias de Nossa Senhora;
- Curso em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Cuidados intensivos e doentes críticos) Escola Superior de Enfermagem da Cidade do Porto;
- Curso Histocompatibilidade Imunogenética - Do Laboratório à Clínica, Sociedade Portuguesa de Transplantação, Lisboa;
- II Curso em Banco de Tecidos, Universidade de Barcelona/Fundação Bosch i Gimpera Barcelona;

Formação Complementar:

- Curso de Liderança e Comunicação em Saúde, Instituto Português do Atlântico Sul Porto;
- Curso de Formação Princípios de Gestão e Administração para Enfermeiros Chefes, Departamento de Formação e Ensino Pós-Graduado do Hospital Geral de Santo António do Porto;
- PADIS - Programa de Alta Direção em Saúde, AESE - Escola de Negócios Porto;
- Advanced International Training Course on Transplant Coordination (Transplant Procurement Management - TPM), University of Barcelona/Fundação Bosch i Gimpera Barcelona

Experiência Profissional:

- 2023-Presente - Enfermeira Vogal da Direção da Clínica de Cirurgia
- 1994-Presente - Diretora do Gabinete de Coordenação de Colheita e Transplante
- 1990-Presente - Coordenadora de Transplantes
- 2010-Presente - Interlocutora da Qualidade na Certificação do Programa de Colheita e Transplante de Córnea - Norma ISO9001: 2015 pela APCER
- 2016-2019 - Enfermeira Supervisora do Bloco Operatório e do Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório
- 2014-2023 - Enfermeira Gestora com Funções de Direção no Departamento de Cirurgia
- 2003-2019 - Enfermeira Adjunta do Enfermeiro Diretor nas seguintes áreas: Serviço de Urgência, Bloco Operatório, Departamento de Cirurgia e CMIN
- 2003-2006 - Enfermeira Responsável pelo Departamento de Formação e Ensino Pós-Graduado

G. Vogal do CA**SINOPSE CURRICULAR****Maria Beatriz da Silva Duarte Vieira Borges**

Nasceu a 8 de fevereiro de 1981.

Habilitações Literárias:

- Licenciatura em Gestão de Empresas pela Faculdade de Economia e Gestão, da Universidade Católica Portuguesa, com média final de 17 valores (2004);
- Mestranda em Economia pela Faculdade de Economia e Gestão da Universidade Católica Portuguesa.

Experiência profissional:

- Desde 2014, vogal do conselho de administração da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E. P. E. (ULSM), com pelouro financeiro, contratualização, planeamento e controlo de gestão, compras, logística, codificação, apoio ao cidadão, unidade local de gestão de acesso e responsável pelo acesso à informação;
- Diretora do Gabinete de Contratualização da ULSM, de 2009 a 2013, onde coordenou a implementação da metodologia balanced scorecard e o processo de contratualização interna e externa;
- De 2008 a 2013, assessora do conselho de administração, com responsabilidades na elaboração do regulamento interno e no apoio na reorganização estratégica e operacional de serviços internos.
- De 2011 a 2013, membro da Equipa de Gestão do Contrato da Parceria Público-Privada do Hospital de Braga, da Administração Regional de Saúde do Norte, com funções nas áreas de contratualização, financiamento, planeamento e controlo de gestão;
- Docente na pós-graduação em Gestão de Serviços e Instituições de Saúde, Instituto Superior de Administração e Gestão (ISAG) Porto;
- Docente no Curso de Avaliação e Controlo de Contratos de Serviços Hospitalares, Tribunal de Contas da União do Brasil;
- Formadora na área da contratualização e negociação em saúde, a clínicos das regiões Norte, Centro e de Lisboa e Vale do Tejo, desde 2011;
- Responsável pela gestão de projetos cofinanciados da ULSM, de 2004 a 2013;
- Monitora da cadeira de Projeto Multidisciplinar I, na Faculdade de Economia e Gestão da Universidade Católica Portuguesa, em 2008;
- Controller de Gestão na ULSM de 2004 a 2008, sendo membro da Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos em Cirurgia.

Outras atividades:

- Uma das cinco finalistas da 1.ª Edição do Prémio Primus Interpares, 2004; prémios de mérito pelos aproveitamentos anuais obtidos durante a licenciatura, destacando-se o Prémio de Mérito Emílio Rui Vilar, concedido ao aluno com melhor classificação no 4.º ano;
- Palestrante em diversas conferências com os temas de balanced scorecard, codificação clínica, revenue assurance, entre outros.
- Frequência do Curso de Balanced Scorecard, Porto Business School (2009 e 2013); 26.º Programa de Alta Direção de Instituições de Saúde (PADIS) (2016), do 19.º curso de MRMI - Medical Response to Major Incidents (2019).

H. Vogal do CA**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 Psicosocial (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 (vd. 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 2024 da UTAM apenas solicita que se dê conhecimento do procedimento efetuado, o qual na ULS Santo António 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 n.º 71/2007, de 27 de março, e n.º 1 do artigo 52.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, 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.

Nos Estatutos dos hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e unidades locais de saúde, E.P.E., constantes do capítulo IV do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, definem as competências do Conselho de Administração no artigo 71.º, bem como as competências próprias do Presidente do Conselho de Administração, do Diretor clínico e do Enfermeiro diretor, respetivamente nos artigos 72.º, 73.º e 74.º.

Ao abrigo do disposto nos artigos 44.º a 50.º do Código do Procedimento Administrativo e nos termos dos Estatutos do Centro Hospitalar Universitário de Santo António, E.P.E., aprovados em anexo ao Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, o Conselho de Administração delibera, por unanimidade, e sem prejuízo das competências específicas legalmente fixadas delegar nos seus membros as seguintes competências:

I. Delegar em cada um dos seus membros, relativamente às áreas e/ou serviços sob a sua responsabilidade, estabelecidos no ponto seguinte, os poderes do Conselho de Administração para a prática dos atos necessários ao seu exercício.

II. Atribuir, nos termos do número anterior, as seguintes responsabilidades e áreas funcionais a cada um dos membros do Conselho de Administração:

Presidente do Conselho de Administração

Dr. Paulo Jorge Barbosa de Carvalho

As competências previstas no artigo 72.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 04 de agosto, no Regulamento Interno do Centro Hospitalar Universitário de Santo António, E.P.E. e ainda:

- Tutela e Supervisão:
 - Serviço de Auditoria Interna;
 - Departamento de Ensino e Formação;
 - Departamento da Qualidade (tutela conjunta com o Diretor Clínico e com a Vogal do CA, Dra. Beatriz Duarte);
 - Direção de Pessoas e Bem-estar;
 - Direção de Planeamento e Controlo de Gestão (tutela conjunta com a Vogal do CA, Dra. Beatriz Duarte);
 - Gabinete de *Compliance* (tutela conjunta com a Vogal do CA, Dra. Beatriz Duarte);
 - Gabinete do Cidadão (tutela conjunta com o Enfermeiro Diretor);
 - Provedor do Utente;
 - Centro Académico Clínico (tutela conjunta com o Diretor do ICBAS);
 - Articulação com o Conselho Consultivo.
- Tutela e supervisão das seguintes comissões e serviços de apoio técnico:
 - Comissão de Emergência e Catástrofe;
 - Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos em Cirurgia (tutela conjunta com o Diretor Clínico);
 - Transplantação de Órgãos (tutela conjunta com o Diretor Clínico).
- Gestão das Pessoas das áreas e serviços acima referidos e dos Administradores Hospitalares/Gestores do Centro de Transplantação e das Clínicas de Imagiologia Diagnóstica e de Intervenção e de Genética e de Patologia.

As competências do Presidente do Conselho de Administração, nas suas ausências ou impedimentos, serão exercidas pelo Vogal por si designado.

Vogal Executivo do Conselho de Administração com funções de Diretor Clínico

Professor Doutor José Fernando da Rocha Barros

As competências previstas no artigo 73.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 04 de agosto, no Regulamento Interno do Centro Hospitalar Universitário de Santo António, E.P.E. e ainda:

- Tutela e Supervisão:
 - Departamento da Qualidade (tutela conjunta com o Presidente do CA e com a Vogal do CA, Dra. Beatriz Duarte);
 - Direção do Internato Médico;
 - Direção da Residência Farmacêutica;
 - Departamento de Ensino Médico Pré-Graduado;
 - Serviços Farmacêuticos (tutela conjunta com a Vogal do CA, Dra. Beatriz Duarte);
 - Direção de Marketing e Comunicação (tutela conjunta com a Vogal do CA, Dra. Rita Veloso);
 - Serviço de Urgência (tutela conjunta com a Vogal do CA, Dra. Beatriz Duarte);
 - Consulta Externa, Hospital de Dia, CICA e Blocos Operatórios (tutela conjunta a Vogal do CA, Dra. Rita Veloso);
- Tutela e supervisão dos seguintes órgãos de apoio técnico:
 - Comissão Médica;
 - Conselho dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica;
 - Comissão dos Técnicos Superiores de Saúde e Farmacêuticos;
 - Comissão de Integração de Cuidados de Saúde (tutela conjunta com o Enfermeiro Diretor);
 - Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos;
 - Comissão de Coordenação Oncológica;
 - Comissão de Ética Santo António/ICBAS;
 - Entidade de Verificação da Admissibilidade da Colheita para Transplante;
 - Comissão de Farmácia e Terapêutica;
 - Comissão de Certificação da Conformidade para Interrupção Voluntária da Gravidez;
 - Comissão de Transfusão e Alternativas Transfusoriais;
 - Comissão de Avaliação de Tecnologias da Saúde (tutela conjunta com o Presidente do CA);
 - Equipa do Circuito do Medicamento (tutela conjunta com a Vogal do CA, Dra. Rita Veloso);
 - Comissão de Proteção contra Radiações;

- Comissão de Prevenção do Tabagismo;
- Comissão de Gestão de Admissões e Transferências (tutela conjunta com o Enfermeiro Diretor);
- Equipa de Gestão de Altas (tutela conjunta com o Enfermeiro Diretor);
- Grupo de Nutrição Entérica e Parentérica;
- Centros de Referência e Redes Europeias;
- Transplantação de Órgãos (tutela conjunta com o Presidente do CA);
- Unidade Local de Gestão do Acesso.

○ Gestão das Pessoas das áreas e serviços acima referidos e das pessoas integradas nas seguintes carreiras: Médica, Farmacêutica, Técnico Superior de Saúde e Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica;

As competências do Diretor Clínico, nas suas ausências e impedimentos, serão asseguradas pelo Presidente do Conselho de Administração e, nas ausências de ambos, por um elemento da Direção Clínica por si designado.

Vogal do Conselho de Administração e Enfermeira Diretora *Enfermeira Maria do Rosário Ramos Caetano Pereira*

As competências previstas no artigo 74.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 04 de agosto, no Regulamento Interno do Centro Hospitalar Universitário de Santo António, E.P.E. e ainda:

- Tutela e Supervisão:
 - Serviço Social;
 - Gabinete do Cidadão (tutela conjunta com o Presidente do CA);
 - Gabinete Jurídico;
 - Assistência Espiritual e Religiosa.
- Tutela e supervisão dos seguintes órgãos de apoio técnico:
 - Direção de Enfermagem;
 - Comissão de Gestão de Admissões e Transferências (tutela conjunta com o Diretor Clínico para a área dos cuidados de saúde hospitalares);
 - Equipa de Gestão de Altas (tutela conjunta com o Diretor Clínico para a área dos cuidados de saúde hospitalares);
 - Comissão de Integração de Cuidados de Saúde (tutela conjunta com os Diretores Clínicos para a área dos cuidados de saúde de saúde hospitalares e para a área dos cuidados dos cuidados de saúde primários).

- Gestão das Pessoas das áreas e serviços acima referidos e das pessoas integradas na carreira de Enfermagem.
- Gestão das Pessoas integradas na carreira de Técnicos Auxiliares de Saúde (gestão conjunta com a Vogal Executiva Dr.ª Beatriz Duarte).

As competências da Enfermeira Diretora, nas suas ausências e impedimentos, serão asseguradas por um elemento da Direção de Enfermagem por si designado.

Vogal do Conselho de Administração *Dr.ª Rita Sofia da Silva Veloso*

- Tutela e Supervisão:
 - Centro Materno-Infantil do Norte Albino Aroso (supervisão);
 - Consulta Externa, Hospital de Dia, CICA e Blocos Operatórios (tutela conjunta com Diretor Clínico);
 - Direção de Inovação e Projetos;
 - Direção de Experiência do Cliente;
 - Direção de Sistemas de Informação e Apoio à Decisão;
 - Direção de Infraestruturas de Tecnologias de Informação e CiberResiliência;
 - Direção de Marketing e Comunicação (tutela conjunta com o Diretor Clínico);
 - Direção de Instalações;
 - Direção de Equipamentos;
 - Direção da Gestão do Conhecimento;
 - Responsável de Acesso à Informação Clínica;
 - Encarregada de Proteção de Dados (Data Protection Officer – DPO);
 - Laboratório de Saúde Digital;
 - Promotor Interno de Telessaúde;
 - Secretariado do Conselho de Administração;
- Gestão das pessoas das áreas e serviços acima referidos e Administradores Hospitalares/Gestores das Clínicas de Cirurgia, de Medicina, de Neurociências e do CMIN e dos serviços de Hospital de Dia e da Consulta Externa.
- Tutela e supervisão dos seguintes órgãos de apoio técnico:
 - Comité de Risco e Segurança da Informação;
 - Comissão Local de Informatização Clínica.

Vogal do Conselho de Administração*Dr.ª Maria Beatriz Silva Duarte Vieira Borges*

○ Tutela e Supervisão:

- Hospital de Magalhães Lemos (supervisão);
- Serviço de Urgência (tutela conjunta com o Diretor Clínico);
- Direção de Gestão Financeira;
- Direção de Planeamento e Controlo de Gestão (tutela conjunta com o Presidente do CA);
- Direção de Compras;
- Direção de Logística;
- Direção de Operações e Ambiente;
- Direção de Simplificação e Reengenharia de Processos;
- Direção de Conferência de Faturação;
- Direção de Gestão de Clientes;
- Serviços Farmacêuticos (tutela conjunta com o Diretor Clínico);
- Departamento da Qualidade (tutela conjunta com o Presidente do CA e com Diretor Clínico);

○ Tutela e supervisão dos seguintes órgãos de apoio técnico:

- Não aplicável.

○ Gestão das pessoas das áreas e serviços acima referidos e dos Administradores Hospitalares/Gestores das Clínicas do Hospital de Magalhães Lemos, de Anestesiologia, Medicina Intensiva e Emergência e Urgência.

Para além das competências próprias definidas no artigo n.º 72.º dos Estatutos do Centro Hospitalar Universitário de Santo António, EPE, constantes do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, DELEGA-SE no Presidente do Conselho de Administração, **Dr. Paulo Jorge Barbosa de Carvalho**, a competência para a prática dos seguintes atos:

- a)** Autorizar o pagamento de abonos e demais regalias a que os trabalhadores tenham direito nos termos legais;
- b)** Homologar as classificações de serviço ou avaliações de desempenho;
- c)** Autorizar o trabalho a tempo parcial, de acordo com o legalmente estabelecido, bem como o regresso a tempo completo;
- d)** Autorizar os trabalhadores a comparecer em juízo, quando requisitados nos termos da lei de processo;

e) Autorizar pedidos de equiparação a bolseiro no país ou no estrangeiro;

f) 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;

g) Poderes para, em nome e representação do Centro Hospitalar Universitário de Santo António, E.P.E., outorgar contratos de pessoal, a termo ou sem termo, autorizados pelo Conselho de Administração;

h) Praticar os atos resultantes da caducidade ou revogação dos mesmos, bem como a rescisão de contratos em período experimental, em conformidade com as disposições legais em vigor;

i) 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;

j) Promover a verificação domiciliária de doença, nos termos dos artigos 20.º, 21.º e 22.º da Lei n.º 35/2014, de 20 de junho;

k) Promover a submissão dos funcionários e agentes a junta médica da ADSE, nos termos dos artigos 23.º, 24.º e 26.º da Lei n.º 35/2014, de 20 de junho;

l) Autorizar os pedidos de apresentação a junta médica da Caixa Geral de Aposentações;

m) Decidir dos pedidos de concessão do estatuto de trabalhador estudante;

n) 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;

o) Justificar ou injustificar faltas ao serviço;

p) Autorizar a passagem de certidões de documentos arquivados no processo individual dos funcionários, agentes e contratados, bem como a restituição de documentos aos interessados;

q) Autorizar a interrupção de férias por motivo de assistência a familiar e por motivo de nojo;

r) Autorizar a transição anual do período de férias cujo gozo ultrapasse do dia 30 de abril do respetivo ano.

s) Autorizar o gozo de férias que não contemplem o período mínimo de 10 dias;

t) 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;

u) Elaborar e propor o mapa de pessoal da Instituição;

v) Autorizar a dispensa de prestação de trabalho noturno e serviço de urgência, de acordo com o previsto na lei;

w) Autorizar a redução de uma hora no horário de trabalho semanal, conforme o previsto na carreira médica;

x) Autorizar a atribuição de horários flexíveis ao abrigo da parentalidade;

y) Autorizar a transferência de colaboradores afetos a serviços;

z) Autorizar sobre a integração em júris de concurso em outras instituições;

aa) 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;

bb) Aprovar horários de trabalho e eventuais alterações, desde que em conformidade legal ou em conformidade com as diretivas do Conselho de Administração;

cc) Autorizar o regime de teletrabalho do pessoal das áreas e serviços referidos;

dd) Autorizar a inscrição e a participação do pessoal em estágios, congressos, reuniões, seminários, colóquios, formação / CGS ou outras iniciativas semelhantes, quando não importem custos adicionais para a Instituição;

ee) Autorizar a inscrição e a participação do pessoal em estágios, congressos, reuniões, seminários, colóquios, formação / CGS ou outras iniciativas semelhantes, que não se encontrem em conformidade;

ff) Monitorizar o trabalho extraordinário;

gg) Releva falhas de registo biométrico que ultrapassem as 6 falhas de marcação;

hh) Autorizar despesas com obras de simples conservação, reparação e beneficiação das instalações e equipamentos, bem como com locação e aquisição direta de bens, equipamentos ou prestação de serviços até ao montante de 5.000 € (sem IVA, por processo).

As alíneas y) a gg) referem-se às áreas sob a sua responsabilidade.

As funções atribuídas podem ser subdelegadas no todo ou em parte, mediante prévia autorização do Conselho de Administração, com exceção das constantes no artigo n.º 72.º dos Estatutos do Centro Hospitalar Universitário De Santo António, E.P.E., constantes do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto.

Para além das competências próprias definidas no artigo n.º 73.º dos Estatutos do Centro Hospitalar Universitário de Santo António, EPE, constantes do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, DELEGA-SE no **Vogal do Conselho de Administração e Diretor Clínico, Professor Doutor José Fernando da Rocha Barros** a competência para a prática dos seguintes atos:

a) Assinar os termos de responsabilidade relativos às deslocações de utentes a outras Unidades de Saúde para realização de exames ou tratamento;

b) Autorizar a transferência de colaboradores afetos a serviços;

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 e eventuais alterações, desde que em conformidade legal ou em conformidade com as diretivas do Conselho de Administração;

f) Autorizar o regime de teletrabalho do pessoal das áreas e serviços referidos;

g) Autorizar a inscrição e a participação do pessoal em estágios, congressos, reuniões, seminários, colóquios, formação / CGS ou outras iniciativas semelhantes, quando não importem custos adicionais para a Instituição;

h) Autorizar a inscrição e a participação do pessoal em estágios, congressos, reuniões, seminários, colóquios, formação / CGS ou outras iniciativas semelhantes que não se encontrem em conformidade;

i) Monitorizar o trabalho extraordinário;

j) Relevar falhas de registo biométrico que ultrapassem as 6 falhas de marcação;

k) Autorizar o fornecimento de medicamentos de dispensa hospitalar e dispositivos médicos, para uso individual, por período inferior a um ano;

l) Autorizar despesas com obras de simples conservação, reparação e beneficiação das instalações e equipamentos, bem como com locação e aquisição direta de bens, equipamentos ou prestação de serviços até ao montante de 5.000 € (sem IVA, por processo).

As alíneas b) a j) referem-se às áreas sob a sua responsabilidade.

As funções atribuídas podem ser subdelegadas no todo ou em parte, mediante prévia autorização do Conselho de Administração, com exceção das competências próprias definidas artigo. n.º 73.º dos Estatutos do Centro Hospitalar Universitário de Santo António, EPE, constantes do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto.

Para além das competências próprias definidas no artigo n.º 74.º dos Estatutos do Centro Hospitalar Universitário de Santo António, E.P.E., constantes do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, DELEGA-SE na Vogal do Conselho de Administração e Enfermeira Diretora – **Maria do Rosário Ramos Caetano Pereira**, a competência para a prática dos seguintes atos:

a) Determinar as medidas adequadas, se for caso disso, sobre as queixas e reclamações apresentadas pelos utentes;

b) Autorizar a transferência de colaboradores afetos a serviços;

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 e eventuais alterações, desde que em conformidade legal ou em conformidade com as diretivas do Conselho de Administração;

f) Autorizar o regime de teletrabalho do pessoal das áreas e serviços referidos;

g) Autorizar a inscrição e a participação do pessoal em estágios, congressos, reuniões, seminários, colóquios, formação / CGS ou outras iniciativas semelhantes, quando não importem custos adicionais para a instituição;

h) Autorizar a inscrição e a participação do pessoal em estágios, congressos, reuniões, seminários, colóquios, formação / CGS ou outras iniciativas semelhantes que não se encontrem em conformidade;

i) Monitorizar o trabalho extraordinário;

j) Relevar falhas de registo biométrico que ultrapassem as 6 falhas de marcação;

k) Autorizar despesas com obras de simples conservação, reparação e beneficiação das instalações e equipamentos, bem como com locação e aquisição direta de bens, equipamentos ou prestação de serviços até ao montante de 5.000 € (sem IVA, por processo).

As alíneas b) a j) referem-se às áreas sob a sua responsabilidade.

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 artigo n.º 74.º dos Estatutos do Centro Hospitalar Universitário de Santo António, E.P.E., constantes do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto.

Delega-se na Vogal do Conselho de Administração, **Dra. Rita Sofia da Silva Veloso** a competência para a prática dos seguintes atos:

a) Autorizar a transferência de colaboradores afetos a serviços;

b) Autorizar sobre a integração em júris de concurso em outras instituições;

c) 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;

d) Aprovar horários de trabalho e eventuais alterações, desde que em conformidade legal ou em conformidade com as diretivas do Conselho de Administração;

e) Autorizar o regime de teletrabalho do pessoal das áreas e serviços referidos;

f) Autorizar a inscrição e a participação do pessoal em estágios, congressos, reuniões, seminários, colóquios, formação / CGS ou outras iniciativas semelhantes, quando não importem custos adicionais para a Instituição;

g) Autorizar a inscrição e a participação do pessoal em estágios, congressos, reuniões, seminários, colóquios, formação / CGS ou outras iniciativas semelhantes que não se encontrem em conformidade;

h) Monitorizar o trabalho extraordinário;

i) Releva falhas de registo biométrico que ultrapassem as 6 falhas de marcação;

j) Autorizar despesas com obras de simples conservação, reparação e beneficiação das instalações e equipamentos, bem como com locação e aquisição direta de bens, equipamentos ou prestação de serviços até ao montante de 5.000 € (sem IVA, por processo).

As alíneas a) a i) referem-se às áreas sob a sua responsabilidade.

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

Delega-se na Vogal do Conselho de Administração, **Dra. Maria Beatriz Silva Duarte Vieira Borges** a competência para a prática dos seguintes atos:

a) Autorizar a transferência de colaboradores afetos a serviços;

b) Autorizar sobre a integração em júris de concurso em outras instituições;

c) 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;

d) Aprovar horários de trabalho e eventuais alterações, desde que em conformidade legal ou em conformidade com as diretivas do Conselho de Administração;

e) Autorizar o regime de teletrabalho do pessoal das áreas e serviços referidos;

f) Autorizar a inscrição e a participação do pessoal em estágios, congressos, reuniões, seminários, colóquios, formação / CGS ou outras iniciativas semelhantes, quando não importem custos adicionais para a Instituição;

g) Autorizar a inscrição e a participação do pessoal em estágios, congressos, reuniões, seminários, colóquios, formação / CGS ou outras iniciativas semelhantes que não se encontrem em conformidade;

h) Monitorizar o trabalho extraordinário;

i) Releva falhas de registo biométrico que ultrapassem as 6 falhas de marcação;

j) Autorizar o pagamento de despesas, independentemente do valor, desde que devidamente autorizadas e confirmadas pelos serviços competentes, concretizando deliberações do Conselho de Administração;

k) Tomar conhecimento de cessões de crédito;

l) Autorizar notas de crédito ou reembolsos de pagamentos indevidos ao CHUdSA nos termos da legislação em vigor;

m) Autorizar a cabimentação económico-financeira das despesas, nos moldes definidos pelo Conselho de Administração e dentro dos normativos legais em vigor;

n) Negociar descontos financeiros com os credores da CHUdSA;

o) Assinar os termos de responsabilidade relativos à realização de MCDT's no exterior e à realização de transportes de doentes;

p) Autorizar despesas associada a pedidos de assistência médica no estrangeiro;

q) Autorizar a decisão de contratar de medicamentos inseridos em Contratos Públicos de Aprovisionamento (CPA's) até 210.000€ (sem IVA), desde que os mesmos façam parte do formulário hospitalar e de acordo com os objetivos clínicos fixados;

r) Autorizar a decisão de contratar de medicamentos não inseridos em CPA's até ao limite de 75.000€ (sem IVA), desde que façam parte do formulário hospitalar e de acordo com os objetivos clínicos fixados;

s) Autorizar a decisão de contratar e a adjudicação de concursos de fornecimento de bens e/ou serviços ou de empreitadas até 20.000€ (sem IVA);

t) Autorizar a nomeação de júris de procedimentos concursais, cuja decisão de contratar tenha sido previamente autorizada pelo CA;

u) Aprovar as peças do procedimento, cuja decisão de contratar tenha sido previamente autorizada pelo CA ou pela própria como previsto nas alíneas q), r) e s);

v) Aprovar erros e omissões de procedimentos concursais, cuja decisão de contratar tenha sido previamente autorizada pelo CA, desde que tal não implique acréscimo do valor base de procedimento;

w) Autorizar despesas com obras de simples conservação, reparação e beneficiação das instalações e equipamentos, bem como com locação e aquisição direta de bens, equipamentos ou prestação de serviços até ao montante de 20.000 € (sem IVA, por processo);

x) Poderes para, em nome e representação do Centro Hospitalar Universitário de Santo António, E.P.E., outorgar individualmente, todo e qualquer contrato, protocolo ou documento necessário à formalização e execução das deliberações de despesa, independentemente do seu valor, relativas a obras de simples conservação, reparação e beneficiação das instalações e equipamentos, bem como com locação e aquisição direta de bens, equipamentos ou prestação de serviços ou qualquer outra despesa, incluindo publicação em Diário da República e no Portal BaseGov;

As alíneas a) a i) referem-se às áreas sob a sua responsabilidade.

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

As presentes competências produzem efeitos a 01 de setembro de 2023, ficando por este meio ratificados todos os atos, entretanto praticados no âmbito das competências agora definidas

Consignar que impendem ao CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO as competências previstas no artigo n.º 71.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 04 de agosto, do Regulamento Interno do Centro Hospitalar Universitário de Santo António, E.P.E. e ainda:

a) Nomear, promover, exonerar, demitir, celebrar e rescindir contratos com pessoal;

b) Confirmar as condições legais de progressão nas categorias e, em consequência, autorizar os abonos daí decorrentes aos trabalhadores;

c) Autorizar a prestação de trabalho extraordinário e autorizar o abono da respetiva remuneração, bem como o pagamento de trabalho em dias de descanso semanal e de descanso complementar e feriados ao pessoal dirigente e de chefia, nos termos legais;

d) Autorizar o gozo de licenças sem vencimento/retribuição e o regresso antecipado;

e) Emitir parecer sobre qualquer pedido de mobilidade de profissionais da Instituição;

f) Autorizar a acumulação de funções.

9. Caracterização do funcionamento do Conselho de Administração, do Conselho Geral e de Supervisão e do Conselho de Administração Executivo⁴, indicando designadamente:

a) Número de reuniões realizadas e grau de assiduidade de cada membro às reuniões realizadas⁵;

2024	Total	Dr. Paulo Barbosa	Prof. Doutor José Barros	Dr ^a Ana Correia de Oliveira *	Dr. Rui Medon ***	Dr ^a Rita Veloso	Dr ^a Beatriz Duarte	#Enf ^o Eduardo Alves	Enf ^a Rosário Caetano Pereira **
Nº Ausências		7	3	2	0	10	2	2	3
Nº reuniões ordinárias realizadas Ano 2024	51								
% Assiduidade		86%	94%	96%	100%	80%	96%	96%	94%

*Iniciou funções, janeiro de 2024 e término em 24/06/2024 ** Iniciou funções, 25/07/2024

*** Iniciou funções, 19/09/2024 # Término de funções a 24/07/2024

2024	Total	Dr. Paulo Barbosa	Prof. Doutor José Barros	Dr ^a Ana Correia de Oliveira *	Dr. Rui Medon ***	Dr ^a Rita Veloso	Dr ^a Beatriz Duarte	#Enf ^o Eduardo Alves	Enf ^a Rosário Caetano Pereira **
Nº Ausências		0	0	0	0	0	0	0	0
Nº reuniões extraordinárias realizadas Ano 2024	4								
% Assiduidade		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

*Início de funções a janeiro de 2024 e término a 24/06/2024 **Início de funções em 25/07/2024;

***Início de funções em 19/09/2024 #Término a 24/07/2024

4 Deve ser ajustado ao modelo de governo adotado.

5 A informação poderá ser apresentada sob a forma de quadro.

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, apresentados segundo o formato seguinte:

Membro do Órgão de Administração	Acumulação de funções		Regime
	Entidade	Função	
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 do conselho científico do ICBAS. Membro da comissão científica do MIM.	Público
Dr.ª Ana Correia de Oliveira	n.a.	n.a.	n.a.
Dr. Rui Manuel Moreira da Rocha Medon	n.a.	n.a.	n.a.
Enfº Alfredo Eduardo Argulho Alves	n.a.	n.a.	n.a.
Enfª Maria do Rosário Ramos Caetano Pereira	ESEP Escola Superior de Enfermagem do Porto ESSSM Escola Superior de Saúde e Santa Maria	Professora associada convidada	Estabelecimentos de ensino superior público ou de interesse público
Dr.ª Rita Sofia da Silva Veloso	ICBAS, UP; Escola Superior de Saúde, IPP; ISAG; Universidade Europeia;	Professor Afiliado, coordenadora da unidade curricular “e-saúde” (5ºano MIM, ICBAS) ; Professor associado convidado (Escola Superior de Saúde, ISAG, Universidade Europeia)	Estabelecimentos de ensino superior público ou de interesse público
Dr.ª. Maria Beatriz da Silva Duarte Vieira Borges	ISAG – European Business School	Professor associado convidado	Estabelecimentos de ensino superior público ou de interesse público

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, o n.º 2 do artigo 6.º do Estatuto do Gestor Público, o Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, na sua redação atual, nas entidades públicas empresariais, a avaliação do desempenho das funções de gestão compete aos membros do Governo responsáveis pela área das finanças e pelo respetivo setor de atividade.

d) Comissões⁶ 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 de Enfermagem

Esta é uma comissão prevista no regulamento interno da ULS de Santo António, e tem carácter consultivo, deve colaborar com o órgão de administração do estabelecimento de saúde, por sua iniciativa ou a pedido daquele, nas matérias da sua competência.

Segundo o Decreto-Lei n.º 71/2019, de 27 de maio, a Comissão de Enfermagem é composta pela Enfermeira Diretora 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.

Conselho dos Técnicos Superiores e Diagnóstico e Terapêutica

Constituição

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

Composição

Ana Gonzaga
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
Susana Vaz Freitas

TSD

Filomena Oliveira

Competências

São competências do CT as estabelecidas no regulamento interno do CT, aprovado pelo Conselho de Administração a 17/01/2022.

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

Relatório de Atividades 2024

1. O CTSDT 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. Foi apresentada ao Conselho de Administração proposta, devidamente fundamentada, com mapa de necessidades para contratação de TSDT para 2025, por área profissional;
4. Apresentação Superior de proposta para distribuição das vagas a disponibilizar para os concursos de progressão na carreira, por área profissional e categoria nas áreas de diagnóstico e terapêutica;
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. Apresentação Superior de proposta de modelo organizativo para os TSDT dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) da ULS Santo António;
8. Apresentação Superior de proposta para nomeação dos Técnicos Coordenadores, Subcoordenadores e Avaliadores dos TSDT dos CSP;
9. Ao longo do ano foram realizadas ações de celebração dos Dias representativos das várias Profissões;
10. Coordenação dos estágios curriculares do ensino pré-graduados
11. Acompanhamento da formação dos TSDT;
12. Acompanhamento do cumprimento da legislação aplicável aos TSDT.

⁶ Que incluam ou tenham a participação de elementos do órgão de administração ou supervisão

Comissão de Avaliação de Tecnologias da Saúde

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;
- 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;

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.

Comissão de Certificação da Conformidade da Interrupção Voluntária da Gravidez

1. Renovação da Composição da Comissão Técnica de Certificação da Interrupção da Gravidez (2025)

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

Membros efetivos

- Prof. Doutor Luís Guedes Martins (Assistente Hospitalar Graduado de Obstetrícia e Ginecologia, Diretor do Centro de Medicina Fetal-Medicina Fetal Porto / CMIN-CHUP) [OM 43831; N Mec. 9829];
- Dra. Ana Cristina Cunha (Assistente Hospitalar Graduada de Obstetrícia e Ginecologia, Medicina Fetal) [OM 31860; N Mec 30679];
- Dra. Luísa Carreira (Assistente Hospitalar Graduada de Pediatria/Neonatologia) [OM 28989; N Mec 4114]

Suplentes

- Dra. Luísa Ferreira (Assistente Hospitalar Graduada de Obstetrícia e Ginecologia) [OM 29942; N Mec 4663];
- Dra. Cármen Carvalho (Assistente Hospitalar Graduada de Neonatologia/Pediatria) [OM33322; N Mec 31112];
- Dra. Ana Rita Soares (Assistente Hospitalar de Genética Médica) [OM 56630; N Mec 11350];
- Dra. Paula Matos (Assistente Hospitalar Graduada de Pediatria/Nefrologia Pediátrica) [OM 28929; N Mec 4116];
- Dra. Céu Mota (Assistente Hospitalar Graduada de Pediatria/Neonatologia/Genética Médica) [OM 32421; N Mec 21095];
- Dra. Maria Isabel ribeiro de Carvalho e Sá Monteiro (Assistente Hospitalar Graduada de Obstetrícia e Ginecologia) [OM 46210; N Mec 9803].

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 efetuada por médico, ou sob a sua direção, 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 2024

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 2023 foram realizadas 51 interrupções médicas da gravidez por anomalias fetais no CMIN. A idade materna média foi 32,34 anos. Cerca de 92% 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 96% dos casos antes das 25 semanas. Aproximadamente 20% 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 1,2 dias úteis e 2,3 dias entre esta decisão e o início do processo de IMG. Após protocolo medicamentoso, 3% dos casos precisaram de abordagem cirúrgica. Não se registaram complicações major associadas aos procedimentos descritos.

Comissão de 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 Gastrenterologia);
- 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 CHUdSA. A nova composição foi aprovada em reunião do Conselho de Administração de 06.07.2022.

O estabelecido na Portaria n.º 420/1990, de 08 de junho, complementada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 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.

Competências:

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.

Composição:

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

NOTA INTRODUTÓRIA:

O Decreto-Lei n.º 7-A/2023 de 30 de janeiro procedeu à criação da entidade pública empresarial com a denominação Centro Hospitalar Universitário de Santo António, E.P.E., por fusão das unidades de saúde Centro Hospitalar Universitário do Porto, EPE, e Hospital Magalhães de Lemos, EPE.

“No dia 04/08/2023, o Exmo. Secretário de Estado da Saúde homologou o Regulamento Interno do Centro Hospitalar Universitário de Santo António, cf. proposto e submetido por este Conselho de Administração e sem qualquer anotação.”

Nos termos das alíneas i) e q) do n.º 4 e do n.º 1 do artigo 15º, do regulamento interno do CHUdSA, a Comissão de Ética Santo António / ICBAS e a Entidade de Verificação da Admissibilidade da Colheita para Transplante são: “Comissões de Apoio Técnico ao

Conselho de Administração, e estruturas afins, têm caráter consultivo e/ou executivo, em graus variáveis, consoante a legislação específica aplicável”.

O Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, procedeu à reestruturação do Centro Hospitalar Universitário de Santo António, EPE, com integração dos Agrupamentos de Centros de Saúde do Grande Porto II – Gondomar e do Grande Porto V – Porto Ocidental, e criou a Unidade Local de Saúde de Santo António, EPE.

1. COMPOSIÇÃO E CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA SANTO ANTÓNIO / ICBAS

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, também, uma composição multidisciplinar, integrando três membros da CE.

A 28 de dezembro de 2018, o Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUP), em consonância com o Diretor do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto (ICBAS), designou os membros da Comissão de Ética CHUP/ ICBAS, para um mandato de quatro anos, renovável uma vez.

A renúncia ao mandato da Presidente e de alguns vogais, por motivos pessoais, levaram a substituições oportunamente deliberadas pelo Conselho de Administração. Os membros da comissão elegeram o Presidente, a Vice-Presidente e propuseram a composição da Entidade de Verificação da Admissibilidade de Colheita para Transplante (EVA).

Recomposição da Comissão de Ética CHUP/ICBAS, nomeada a 28 de dezembro de 2018, por um quadriénio, renovável uma vez, e da Entidade de Verificação da Admissibilidade de Colheita para Transplante. (Boletim Informativo do CHUPorto de Setembro de 2020).

Por deliberação do Conselho de Administração de 27 de julho de 2022, por motivo do falecimento do Dr. Gonçalo Senra, foi nomeado para a Comissão de Ética o Mestre Virgínio da Costa Ribeiro. (“Replicação da Composição” - Boletim Informativo n.º 14/22 de 28 de Julho de 2022).

Comissão de Ética Santo António / ICBAS

Presidente

- Prof. Doutor João Nuno Melo Beirão
Domínio do conhecimento: Medicina (Oftalmologia)
Assistente Graduado de Oftalmologia do CHUdSA e Professor Catedrático Convidado do ICBAS

Vice-presidente

- Dr.ª Paulina Maria de Carvalho Araújo Fernandes Ferreira Aguiar
Domínio do conhecimento: Ciências Farmacêuticas (Farmácia Hospitalar)
Farmacêutica Assistente do CHUdSA

Vogais

- Prof. Dr. Aníbal António Braga de Albuquerque
Domínio do conhecimento: Medicina (Cardiologia).
Assistente Graduado Sênior de Cardiologia do CHUdSA e Professor Associado Convidado e Membro da CEIC
- Prof.ª Doutora Carla Margarida Coelho Marques Abrantes Teixeira Claro Fonseca
Domínio do conhecimento: Medicina (Anestesiologia, Medicina Intensiva e Emergência Médica, Bioética).
Assistente Graduada do CHUdSA e Professora Associada Convidada do ICBAS
- Prof.ª Doutora Cármen Dolores Moreira de Carvalho
Domínio do conhecimento: Medicina (Pediatria, Cuidados Intensivos Pediátricos e Neonatologia, Bioética).
Assistente Graduada do Centro Materno-Infantil do Norte Dr. Albino Aroso do CHUdSA e Professora Associada Convidada do ICBAS

○ Dr.^a Fernanda Manuela Pereira da Costa
Domínio do conhecimento: Medicina (Pediatria)
Assistente Graduada Sénior do CHUDSA e Professora Associada Convidada do ICBAS, aposentada

○ Prof. Doutor José António Pinho da Silva
Domínio do conhecimento: Enfermagem (Saúde Mental); Saúde Pública
Enfermeiro-Chefe do CHUDSA

○ Prof. Doutora Margarida Duarte Cerqueira Martins de Araújo
Domínio do conhecimento: Medicina Veterinária; Farmacologia
Professora Auxiliar do ICBAS

○ Prof.^a Doutora Maria Strecht Monteiro Mata de Almeida
Domínio do conhecimento: Bioquímica; Sociologia da Cultura, do Conhecimento e da Comunicação.
Professora Auxiliar do ICBAS

○ Prof. Doutora Susana Vasconcelos Pinto Leite Teixeira de Magalhães
Domínio do conhecimento: Filosofia; Ética
Integrity Officer do Instituto de Investigação e Inovação em Saúde (i3S)
Professora Auxiliar da Universidade Fernando Pessoa.

○ Mestre Virgínio da Costa Ribeiro
Domínio do conhecimento: Direito
Juiz de Direito jubilado

Entidade de Verificação da Admissibilidade de Colheita para Transplante (EVA)

- Prof. Doutor João Nuno Melo Beirão;
- Prof.^a Doutora Carla Margarida Coelho Marques Abrantes Teixeira Claro Fonseca;
- Prof. Doutor José António Pinho da Silva

2. COMPETÊNCIAS DA COMISSÃO DE ÉTICA

2.1. 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 conexas 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.

2.2. São competências gerais da CE:

- a)** Zelar, no âmbito do funcionamento das respetivas instituições, pela observância de padrões de ética, salvaguardando o princípio da dignidade e integridade da pessoa humana;
- b)** Emitir pareceres, relatórios, recomendações e outros documentos, por sua iniciativa ou por solicitação, sobre questões éticas relacionadas com as atividades das respetivas instituições, e divulgar os que considere particularmente relevantes na área da CE no site das instituições;
- c)** Elaborar documentos de reflexão sobre questões de bioética no âmbito geral, designadamente com interesse direto no âmbito da atividade das instituições, e divulgá-los na área da CE no site das instituições, promovendo uma cultura de formação e de pedagogia na esfera da sua ação, incluindo a divulgação dos princípios gerais da bioética nas respetivas instituições;
- d)** Colaborar, a nível regional, nacional e internacional, com outras entidades relevantes no âmbito da ética e bioética, tendo em vista a partilha de melhores práticas;
- e)** Promover ações de formação sobre assuntos relacionados com a ética e a bioética nas respetivas instituições;
- f)** Pronunciar-se sobre a elaboração de documentos institucionais que tenham implicações no domínio da ética.

2.3. No âmbito da prática clínica assistencial, são competências específicas da CE:

- a)** Zelar pelo respeito dos princípios éticos da dignidade da pessoa humana, da beneficência, da justiça e da autonomia pessoal na prestação de cuidados de saúde;
- b)** Colaborar com os serviços e profissionais da instituição envolvidos na prestação de cuidados de saúde, no domínio da ética;
- c)** Zelar pela proteção e pelo respeito dos direitos e deveres dos utentes e dos profissionais de saúde da instituição;
- d)** Prestar assistência ética e mediação na tomada de decisões que afetem a prática clínica e assistencial;
- e)** Assessorar, numa perspetiva ética, a tomada de decisões de saúde, organizativas e institucionais;
- f)** Elaborar orientações e recomendações nos casos e nas situações que gerem ou possam gerar conflitos éticos colocados pela prática clínica;
- g)** Verificar o cumprimento dos requisitos éticos legalmente estabelecidos.

2.4. No contexto da investigação clínica, são competências específicas da CE:

- a)** Exercer as competências previstas para as comissões de ética para a saúde nos termos da Lei n.º 21/2014, de 16 de abril, na sua redação atual, que aprova a Lei da Investigação Clínica, no que respeita aos estudos clínicos;

- b) Exercer as competências da Comissão de Ética para a Investigação Clínica (CEIC) no âmbito dos ensaios clínicos, quando designadas pela CEIC nos termos do Regulamento (UE) n.º 536/2014, do Parlamento e do Conselho, de 16 de abril de 2014, relativo aos ensaios clínicos de medicamentos para uso humano, e da legislação nacional que assegura a sua execução na ordem jurídica interna;
- c) Emitir parecer sobre a adequação científica e ética dos investigadores para a realização de estudos de investigação clínica;
- d) Avaliar, de forma independente, os aspetos metodológicos, éticos e legais dos estudos de investigação clínica que lhe são submetidos, ou que nelas são delegados pela CEIC, bem como emitir parecer sobre a sua realização;
- e) Assegurar o acompanhamento de todos os estudos de investigação clínica que decorrem nas instituições desde o seu início até ao seu termo e a apresentação do relatório final do estudo;
- f) Monitorizar a realização dos estudos de investigação clínica efetuados nas respetivas instituições, em especial no que diz respeito a aspetos éticos e à segurança e integridade dos participantes;
- g) Assegurar a disponibilização atempada e completa da informação relativa aos estudos de investigação clínica da sua responsabilidade, na plataforma da Rede Nacional das Comissões de Ética para a Saúde (RNCEs) e no Registo Nacional de Estudos Clínicos (RNEC), bem como verificar e validar os dados constantes do RNEC relativamente aos estudos que avalia e acompanha.

2.5. No âmbito da investigação biomédica é competência da CE a apreciação ética de projetos que envolvam humanos.

2.6. 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.

2.7. 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 CHUdSA.

3. SÍNTESE DAS ATIVIDADES DA COMISSÃO DE ÉTICA Santo António/ICBAS 2024

3.1. Reuniões Plenárias – 18 Sessões de trabalho

A Comissão de Ética Santo António/ICBAS, no decurso do ano 2024 convocou 18 sessões de trabalho ordinárias que decorreram nos dias: 10 e 24 de janeiro; 7 e 28 de fevereiro; 6 e 27 de março; 17 de abril; 15 de maio; 5 e 26 de junho; 10 e 31 de julho; 11 e 25 de setembro; 16 de outubro; 6 e 27 de novembro e 18 de dezembro.

Exceto na reunião convocada para o dia 16 de outubro de 2024, que não chegou a realizar-se por falta de quórum, em todas as outras 17 reuniões existiu quórum necessário para reunir e deliberar, de acordo com o Regulamento Interno da Comissão de Ética.

As faltas às reuniões foram sempre devidamente justificadas. Na reunião de 27 de março, devido à ausência do Presidente, este foi substituído pela Vice-Presidente.

Todos os Membros e Relatores participaram sempre na discussão dos projetos de investigação e nas questões agendadas, via correio eletrónico, zoom, team e presencialmente.

As convocatórias e ordens de trabalho foram sempre enviadas com a antecedência prevista no regulamento interno desta comissão.

Ano 2025 Reuniões Plenárias	Local	Início	Fim
RP 10 janeiro	sala 1 CF (DEFI) HSA	9:25	13:10
RP 24 janeiro	sala C Auditório (DEFI) HSA	9:35	13:15
RP 07 fevereiro	sala 1 CF (DEFI) HSA	9:30	13:00
RP 28 fevereiro	sala 1 CF (DEFI) HSA	9:15	12:25
RP 06 março	sala de informática (DEFI)	9:15	12:15
RP 27 março	sala 1 CF (DEFI) HSA	9:20	12:00
RP 17 abril	sala 1 CF (DEFI) HSA	9:30	13:15
RP 15 maio	sala 1 CF (DEFI) HSA	9:30	13:15
RP 05 junho	Sala 14.P6.E.A-ICBAS	9:30	13:10
RP 26 junho	sala 1 CF (DEFI) HSA	9:15	12:10
RP 10 julho	sala 1 CF (DEFI) HSA	9:35	12:00
RP 31 julho	sala 1 CF (DEFI) HSA	9:20	11:15
RP 11 setembro	sala 1 CF (DEFI) HSA	9:45	13:10
RP 25 setembro	sala 1 CF (DEFI) HSA	9:30	11:00
RP 16 outubro	sala C Auditório (DEFI) HSA	SEM QUÓRUM	SEM QUÓRUM
RP 06 novembro	Sala 14.P6.E.A-ICBAS	9:30	13:40
RP 06 novembro	Sala 14.P6.E.A-ICBAS	9:30	13:40
RP 27 novembro	sala 1 CF (DEFI) HSA	9:30	13:05
RP 18 dezembro	sala 1 CF (DEFI) HSA	9:30	13:00

3.2. Pedidos de Parecer – Estudos de Investigação

No ano de 2024 a CE apreciou, em reuniões plenárias, 317 Projetos de Investigação, sendo que, dos projetos que entraram de novo, foram submetidos ao DEFI / CAC e 43 provenientes do ICBAS.

As deliberações da CE de Santo António/ICBAS sobre os Projetos de Investigação, submetidos a apreciação, foram do seguinte teor: Parecer Favorável (Aprovação por Unanimidade e Aprovação por Maioria); Parecer não favorável (Não Aprovação) e Não Pronúncia (por desistência ou falta de resposta do Investigador ou por trabalho já realizado).

3.3. Pareceres de Ética Institucional/Assistencial/Informações

Ao longo do ano de 2024 foram apreciados e respondidos pela CE, 31 pedidos de Parecer/Informações de Ética Institucional/Assistencial.

3.4. Comunicações de Promotores/Investigadores

Durante o ano de 2024, a CE Santo António/ICBAS tomou conhecimento pelos Promotores e Investigadores de 133 comunicações de efeitos adversos, encerramentos, relatórios, adendas, alterações substanciais e atualizações em Projetos de Investigação.

3.5. Pareceres e Pedidos sobre Utilização off-label de Medicamentos.

Compete às Comissões de Farmácia e Terapêutica e/ou de Ética, da Instituição, pronunciarem-se sobre a utilização do medicamento que vai ser ministrado.

Sempre que solicitado, a CE pronunciou-se sobre os pedidos de autorização para a utilização de medicamentos fora das indicações previstas no respetivo resumo das características do medicamento (RCM), também designado por off-label, em todas as áreas do CHUdSA, de acordo com a circular informativa n.º 184/CD, de 12 de novembro de 2010 do INFARMED e da norma n.º 015/2013, atualizada a 04/10/2015, da DGS.

3.5.1. Pedidos de Parecer sobre Utilização off-label de Medicamentos no ano de 2024

No decurso do ano de 2024 a Comissão de Ética recebeu e apreciou 504 novos pedidos de utilização off-label de medicamentos, sobre os quais emitiu parecer.

3.6. Participação em reuniões, seminários e formação.

Participação dos Membros em eventos científicos relacionados com a Bioética e sessões formativas

Os Membros da CE participaram em várias reuniões, ações de formação, formação aos profissionais do CHUdSA, seminários e outras atividades para as quais foi solicitada colaboração.

A CE colaborou, também, com o Departamento de Ensino, Formação e Investigação (DEFI) em ações de formação do CHUdSA, nomeadamente: Jornadas “Qualidade e Segurança em Cuidados de Saúde” e “Integração de Novos Profissionais”.

3.7. ESTÁGIOS ANEM – Associação Nacional de Estudantes de Medicina

Curtos estágios transversais em férias (CETEFs) na Unidade Local de Saúde de Santo António – Bioética.

ESTÁGIO ANEM – Curtos Estágios Transversais em Férias (CETEF) 2024 Tendo em conta que a Bioética se tornou cada vez mais importante na sociedade atual, como resposta aos grandes avanços da tecnologia e às profundas modificações sociopolíticas de um mundo em globalização e de multiculturalismo, é nossa convicção que esta nova área do saber deve estar integrada e desenvolvida no currículo do ensino Pré-graduado do Mestrado Integrado em Medicina (MIM).

A educação Bioética no início do século XXI é aceite como parte integrante do ensino dos estudantes de medicina em praticamente todas as escolas médicas e mesmo em muitos programas de ensino de internos de especialidade. Deste modo, teremos a preocupação de permitir ao aluno um contacto mais direto com a realidade e com as dificuldades inerentes a qualquer processo deliberativo e de tomada de decisão em circunstâncias reais.

Uma parte substancial do ensino da medicina parece estar focado em como lidar com “peças” (como um fígado ou com o resultado de testes de função hepática), ao invés de como lidar com pessoas (pacientes e colegas). Esta falta de formação sobre como lidar com as pessoas significa que os médicos estão mal preparados no que diz respeito a uma parte fundamental do seu trabalho e explica muito do stress profissional (Persaud, 2004).

Apesar da formação médica ser maioritariamente virada para os aspetos tecnocientíficos, sendo mais descurada a formação na vertente humana, verificamos que, nos últimos anos, tem sido dada maior ênfase e importância à pessoa humana como um todo, tendo sido reforçada a formação nas áreas da comunicação, da ética médica, da avaliação das necessidades e satisfação dos familiares do doente crítico e do burnout dos profissionais.

O debate bioético e a procura de fundamentação para a emissão de juízos éticos são fundamentais na realidade atual. Assim, ensinar e aprender bioética é uma tarefa de enorme responsabilidade e de enorme exigência e obriga a um trabalho árduo e a uma aprendizagem contínua. É necessário criar uma ligação entre diferentes saberes, para poder ensinar, aprender, apreender e debater de forma segura temas tão diversos. O estágio solicitado pela ANEM nesta Comissão de Ética ICBAS/ULSSA pretende facilitar um contacto dos estudantes com a realidade vivenciada pela CE e pelos seus elementos nas diferentes funções desempenhadas.

Objetivos do estágio:

- Compreender as funções e organização da Comissão de Ética.
 - Estimular a reflexão crítica acerca de problemas éticos relacionados com a prática clínica e fomentar uma análise eticamente fundamentada;
 - Facilitar o desenvolvimento de valores necessários a uma boa relação interprofissionais e médico-doente;
 - Desenvolver competências de deliberação ética;
 - Promover a prática de uma medicina de qualidade em que o profissional de saúde seja não só um bom profissional (atividade profissional tecnicamente correta), mas também um profissional bom (atividade profissional eticamente correta). Aptidões que os estudantes devem adquirir.
 - Apreender os conhecimentos bioéticos adequados à avaliação de projetos de investigação e à prática dos cuidados de saúde;
 - Estimular a reflexão e um pensamento crítico que permita implementar um curso de ação eticamente justificável;
 - Apreender como avaliar projetos de investigação.
 - Reconhecer e saber lidar com os problemas éticos no âmbito da CE. METODOLOGIAS DE ENSINO Participação numa reunião da Comissão de Ética;
 - Discussão alargada ao grande grupo. Realização de um pequeno trabalho/relatório (sobre o estágio) e sua apresentação. Acompanhamento de diferentes elementos da comissão em diferentes atividades.
1. Introdução: Prof Carla Teixeira e Prof Nuno Beirão e Enf. José António
 - a. Funcionamento
 - b. Organização
 - c. Funções
 2. Medicação off-label --- Dra. Paulina Aguiar
 3. Avaliação projetos de investigação --- Prof Nuno Beirão e Prof Maria Strecht
 4. Compreender o que é a E.V.A. --- e se possível assistir a uma consulta---Enf. José António
 5. Particularidades nos C.I.; Emergência (Tomada decisão, Fim de vida) --- Prof. Carla Teixeira

6. Ética na Saúde Materno-Infantil (C.M.I.N.) – Prof. Carmen Carvalho

7. Visão Ética nas C.E.S. de elementos não clínicos- I. C.B.A.S. ---- Prof Maria Strecht e Prof Margarida Araújo

8. Questões Éticas – algumas particularidades – Dr. Aníbal Albuquerque

9. Aspetos Jurídicos na C Ética – Dr. Virgílio

10. Aspetos da integridade nas comissões e na investigação e Medicina Narrativa – Profª Susana Magalhães

11. Reunião Plenária da Comissão Ética ULSSA/ICBAS Datas e locais em que ficará com cada um dos elementos

- 19 a 30 Agosto 19 Agosto – Enfermeiro José António – ULSSA - DEFI_ 9h30
- 20 Agosto – Enfermeiro José António – ULSSA - DEFI / Dr.ª Paulina – ULSSA - Comissão Ética_ 9h30
- 21 Agosto – Prof. Cármen Carvalho – ULSSA - CMIN – UCI Neonatal_ 9h30
- 22 Agosto – Prof. Maria Strecht – ULSSA - Instalações da Comissão Ética_ 10h00
- 23 Agosto – Prof. Cármen Carvalho – ULSSA - CMIN – UCI Neonatal_ 9h30
- 26 Agosto – Prof. Margarida Araújo – ICBAS – Portaria_ 9h30
- 27 Agosto – Prof. Carla Teixeira – ULSSA – UCIP – UC14_ 9h30
- 28 Agosto – Dr. Virgínio – ULSSA - Instalações da Comissão Ética_ 10h
- 29 Agosto – Prof. Susana Magalhães – ULSSA - Instalações da Comissão Ética_ 9h30
- 30 Agosto – Prof. Carla Teixeira – ULSSA – UCIP – UC14_ 9h30

3.8. Reuniões Trimestrais – Team Building

- Organização e participação em eventos culturais e lúdicos dos Elementos da Comissão de Ética.
- Visitas do grupo a exposições e museus.

3.9. E-mails enviados e e-mails recebidos

Ao longo do ano de 2024 o secretariado da Comissão de Ética enviou 2913 e-mails e recebeu 6570.

NOTA FINAL

Esta síntese de atividades reflete o crescente, intenso e dedicado trabalho desenvolvido pela Comissão de Ética do Santo António/ICBAS. Foram necessárias muitas horas de trabalho individual, de reuniões parcelares preparatórias entre os seus Membros e de contactos (presenciais, telefónicos, e-mail e/ ou por escrito) com os investigadores, médicos prescritores de medicamentos fora do RCM, e outros profissionais do Santo António e ICBAS, para esclarecimento e apreciação dos documentos recebidos e emissão dos pareceres solicitados.

SIGLAS/ACRÓNIMOS:

CE - Comissão de Ética
 CA - Conselho de Administração
 CAC - Centro Académico Clínico ICBAS / CHP
 CE - Comissão de Ética
 CF - Centro de Formação
 CHP - Centro Hospitalar do Porto
 CHUP - Centro Hospitalar Universitário do Porto
 CHUPorto - Centro Hospitalar Universitário do Porto
 CHUdSA - Centro Hospitalar Universitário de Santo António
 DEFI - Departamento de Ensino, Formação e Investigação
 DEFI - Departamento de Ensino e Formação
 EVA - Entidade de Verificação da Admissibilidade e Colheita para Transplante
 ICBAS - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar
 RCM - Resumo das características do medicamento
 RP - Reunião Plenária
 ULSSA - Unidade Local de Saúde de Santo António
 ULS Santo António - Unidade Local de Saúde de Santo António

Comissão de Farmácia e Terapêutica

A CFT do CHU Porto é constituída por 8 membros permanentes e dois membros não permanentes, em representação da Comissão de Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos(CCIRA) e do Hospital Magalhães Lemos.

A CFT foi renomeada em 8 de agosto de 2024, para o triénio 2024-2027.

Os oito membros permanentes são:

- 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.

Os membros não permanentes são:

- Maria Ernestina Matos Dias Reis, Médica, em representação da UL-PPCIRA;
- Henrique Jorge Ramos Pereira, Médico, em representação do Hospital Magalhães Lemos

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;
- 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 2024 em reuniões regulares semanais dos membros permanentes, às quartas-feiras, das 14:30 às 17 horas.

Os membros não permanentes reuniram mensalmente em plenário da CFT, na primeira quarta feira de cada mês. 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. 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 2024 a CFT teve 51 Reuniões. Foram emitidos centenas de pareceres sobre pedidos de medicamentos. Estas decisões incluíram:

1. Decisões no âmbito da utilização condicionada de medicamentos na ULS de Santo António;
2. Discussão e publicação de pareceres sobre estratégia de utilização de medicamentos;
3. Pareceres sobre introdução de novos medicamentos na ULS de Santo António;
4. Pareceres sobre pedidos de autorizações excecionais de medicamentos ainda sem avaliação finalizada pelo SNS e respetiva submissão ao Infarmed;
5. Pareceres sobre utilizações em regime 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 reuniu regularmente.

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, a Diretora dos Serviços Farmacêuticos e a Dra. Josefina Lascasas participaram e colaboram regularmente nos trabalhos da Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica do Infarmed, presidida pelo Dr. Paulo Paiva desde 2022.

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 2024 funcionaram regularmente e emitiram documentos e pedidos ou pareceres para a CFT:

- Consulta de Grupo de Doença Autoimunes da Unidade de Imunologia Clínico;
- Consulta de Grupo de Psoríase;
- Consulta de Grupo de Doença Inflamatória Intestinal.

Comissão de Transfusão e Alternativas Transfusionais

No ano de 2024 a CTAT esteve praticamente inativa. O grupo de trabalho tinha sido nomeado para o triénio 2021-2024 (até abril). A partir dessa altura foi efetuada uma proposta para a constituição de um novo grupo de trabalho que foi objeto de várias revisões e sugestões por parte do CA. A CTAT para o triénio 2025-2027 foi nomeada recentemente, de acordo com a publicação no portal interno.

Está planeada uma primeira reunião para o dia 10 de março às 14:30, na sala 1 do DEFI, com a seguinte ordem de trabalho:

- Apresentação dos membros da CTAT para o triénio 2025-2027;
- Designação de secretário;
- Prescrição da transfusão;
- Pulseiras hospitalares e desmaterialização do circuito de Hemovigilância.

Comissão de Qualidade e Segurança

O Departamento da Qualidade (DQ) do Santo António, surge como uma estrutura transversal, de apoio ao Conselho de Administração, que se articula com a Direção Geral da Saúde (DGS) para concretizar os objetivos da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (ENQS) e para definir a estratégia de implementação da política da qualidade da Unidade Local de Saúde de Santo António (ULSSA), garantindo a obtenção de elevados níveis de qualidade que confirmam ao SA e seus serviços o devido reconhecimento, através da acreditação e certificação por organismos nacionais e internacionais, estimulando em todos os serviços a adesão à melhoria contínua de qualidade, nos resultados, nos processos e nos recursos, através de programas estruturados.

As ações na ENQS da DGS, 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. O DQ articula internamente com a Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos e com o Gabinete do Utente para integração de ações de melhoria contínua da qualidade conjunta.

A Unidade de Gestão do DQ 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. O DQ 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 Farmacovigilância

A Comissão de Farmacovigilância é um grupo temático com autonomia integrado no Departamento da Qualidade, que tem como objetivo estratégico 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 Santo António. 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, divulgando alertas e metodologias de trabalho mais seguras no circuito do medicamento.

Está prevista a reestruturação da comissão de modo a incluir no seu regulamento e objetivos a atividade de vigilância dos dispositivos médicos já assegurada, mas que não se encontra formalmente atribuída a esta entidade.

Comissão de Proteção Contra Radiações

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 Delegada da Proteção Radiológica é Técnica de Radiologia e Perita Qualificada Nível 2.

Composição

TSDT Filomena Oliveira
DPR Dr. João Xavier
Dra. Lúcia Costa
Prof. Manuela França
TSDT Radiologia Cláudia Machado
TSDT Radiologia Ruben Pinto
TSDT Radiologia António Rodrigues
TSDT Medicina Nuclear Marta Oliveira

Natureza

Nos termos do artigo 14º do Regulamento Interno do CHUDSA, a Comissão de Proteção Contra Radiações (CPCR) é um grupo temático com autonomia, que nos termos do artigo 159º do Decreto-Lei nº 108/2018 de 3 de dezembro, responde diretamente ao Presidente do Conselho de Administração, na qualidade de Titular da Instalação, com a responsabilidade de garantir o cumprimento dos requisitos da Proteção Radiológica nas várias unidades do CHUDSA, de acordo com a legislação em vigor.

Competências:

Mantêm-se as competências constantes dos relatórios anteriores.

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:

- Coordenar os programas de controlo de qualidade dos equipamentos, de avaliação da proteção radiológica das instalações e de licenciamento de equipamentos.
- Realizar a avaliação e verificação inicial dos critérios mínimos de aceitabilidade de equipamentos de radiodiagnóstico médico.
- Avaliar a integridade do equipamento de proteção individual.

- Monitorizar os relatórios de dosimetria individual e promover a iniciação do controlo dosimétrico de novos profissionais.
- Monitorizar as doses recebidas pelos doentes e promover a vigilância dos efeitos determinísticos resultantes de doses elevadas.
- Verificar a conformidade legal e técnica dos requisitos definidos em caderno de encargos para aquisição de equipamentos, abrangendo as condições estruturais para a respetiva instalação.
- Apoiar tecnicamente a Direção de Compras na elaboração de processos de aquisição de materiais e equipamentos de proteção radiológica e propor a sua seleção.
- Desenvolver, implementar e manter atualizados, normas, procedimentos de funcionamento e outros documentos associados, no âmbito da proteção radiológica, nomeadamente o Programa de Proteção Radiológica da Instituição.
- Elaborar pareceres sobre exposição, proteção e boas práticas radiológicas.
- Desenvolver ações de formação em Proteção Radiológica aos profissionais envolvidos em procedimentos com recurso a radiação ionizante.

Atividades 2024:

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. Avaliação e verificação inicial dos critérios mínimos de aceitabilidade de equipamentos de radiodiagnóstico médico;
6. Acompanhamento e monitorização do controlo de qualidade dos equipamentos radiológicos, desencadeando ações corretivas;
7. Avaliação dos eventos de notificação de dose elevada no paciente, desencadeando a sua análise de risco pelo Físico Responsável pela área de Radiodiagnóstico da ULSSA;
8. Formação em Proteção e Segurança Radiológica a profissionais de valências cirúrgicas que recorrem a radiação ionizante durante as cirurgias ou procedimentos invasivos;
9. 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;

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

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

Comissão de Ventilação não invasiva e Ventiloterapia Domiciliária

Coordenadora

Elga Freire

Atividades:

- Organização de um Curso de VNI, no DEFI (sala do CMIN) no dia 08 de Maio
 - Multiprofissional
 - 29 formandos (17 enfermeiros e 12 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).
- Manual de Políticas e Procedimentos da ULSSA;
- Em elaboração proposta sobre VNI, Oxigénio alto Fluxo e Oxigenoterapia (a aguardar resolução do parque de equipamentos e aprovisionamento).
- Durante o ano de 2024 foram feitas oito reuniões presenciais da comissão.

Comissão de Prevenção da Violência no Sector da Saúde

O Grupo de Prevenção da Violência no Setor da Saúde da Unidade Local de Saúde de Santo António (GPVSS-ULSSA) é uma comissão pluridisciplinar, nomeada em junho de 2021 e integrada no Departamento da Qualidade em maio de 2022. Durante o ano de 2024 contou com a participação dos seguintes membros:

Coordenadora:

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

Vogais:

- 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 (Licenciado em Direito; Administrador Hospitalar do CGMJM).
- Manuel José Gião Valente (Enfermeiro Gestor; Departamento da Qualidade).
- Margarida Sara Salazar Mendes Moreira (Médica Psiquiatra; Diretora do Serviço de Humanização).
- Rosa Susana Pacheco Correia (Psicóloga; CMIN).

O GPVSS, 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 da ULSSA.

Durante o ano de 2024, em continuidade do realizado no ano transato, foram desenvolvidas as seguintes atividades pelo GPVSS:

1. Reuniões semestrais com a coordenação nacional e outros pontos focais (das ULS nacionais, PSP e GNR) no âmbito do PAPVSS.
2. Reuniões gerais com uma periodicidade mensal média.
3. Reuniões parcelares intercalares, com um mínimo de dois elementos do GPVSS e mediante disponibilidade dos mesmos, para avaliação de notificações de violência contra profissionais de saúde da ULSSA pendentes, com vista a determinar a causa-raiz do problema e medidas preventivas.
4. Apresentação, em Reunião do DQ, da casuística do GPVSS, aos responsáveis das estruturas de gestão das unidades HSA, HML e CMIN, reforçando e promovendo a definição de interlocutores (Grupo Operativo Local) nos diferentes Departamentos.
5. Proposta, junto do DSIAD, de correções da plataforma eletrónica para “Notificação de Violência Contra Profissionais”, constante no Portal Interno, e do respetivo backoffice de gestão do processo de avaliação. Dado a ausência de avanços, fomentada a otimização processual, junto do DQ, pela unificação de todas as notificações rececionadas por diferentes vias numa única plataforma com melhor perfil de gestão para o avaliador e resposta aos notificantes (ainda a aguardar possibilidade de operacionalização).
6. Criação de uma pasta partilhada do GPVSS no perfil dos elementos ativos e agilização de novas formas de comunicação interpares.
7. Reconfiguração dos acessos ao email cpvss@chporto.min-saude.pt, permitido a todos os elementos ativos do GPVSS.

8. Iniciada revisão dos documentos do iPortaldoc respeitantes ao GPVSS.

9. Redação de proposta de email-tipo com informação a enviar aos notificantes envolvidos em situações de violência.

10. Redação do “Guia de orientação da análise das notificações” rececionadas, “Linhas orientadoras para contacto telefónico com profissional de saúde interveniente em situações de violência notificada”, e “Ações a determinar no âmbito da prevenção da violência perante situações notificadas”.

11. Divulgação da temática prevenção da violência sobre profissionais no setor da saúde, âmbito do GPVSS, e gestão de conflitos, nas ações de formação “Qualidade e segurança em cuidados de saúde”, integradas no Plano de Formação Institucional do Departamento de Ensino, Formação e Investigação (DEFI).

12. Participação nas ações de sensibilização “Saúde em Segurança – Prevenção da Violência no Setor da Saúde”, realizadas no HSA, conjuntamente com a 9ª Esquadra da PSP.

13. Monitorização dos seguintes indicadores relativos ao ano 2024:

13.1. N.º de situações de violência a profissionais da ULSSA notificadas ao SSO, na forma de comunicação de acidente de trabalho;

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

13.3. 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 na ULSSA, ambos relacionados com violência contra profissionais de saúde;

13.4. 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 ⁷

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 da ULSSA 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 n.º 79.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 79.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 (n.º 4, artigo n.º 79.º, 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 18-12-2021 nomeou o Revisor Oficial de Contas para o mandato 2018-2020.

À falta de nomeação para os anos de 2021, 2022, 2023 e 2024, de acordo com o n.º 6 do artigo 79.º dos Estatutos da Entidade, do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, 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.

O enquadramento atual dos membros do Conselho Fiscal e do Revisor Oficial de Contas da ULSSA (à data denominada Centro Hospitalar Universitário de Santo António, E.P.E.) tem por base o estipulado na alínea a) do artigo 13.º do Decreto-Lei 7-A/2023, de 30 de janeiro, quanto ao enquadramento provisório e transitório até publicação da nomeação dos membros do órgão de fiscalização, mantendo-se assim em funções os elementos do Conselho Fiscal e Revisor Oficial de Contas da entidade extinta Centro Hospitalar Universitário do Porto, E.P.E.

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

PRESIDENTE DO CONSELHO FISCAL
Carla Manuela Serra Gerales

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 29 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 (IGF), desde 2015. Inspetora de Finanças da IGF, desde 1996.

⁷ 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).

- 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 Sarmento 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 do Conselho Fiscal da DStore Retail, S.A.
- Partner da Grant Thornton & Associados SROC, Lda.

REVISOR OFICIAL DE CONTAS

André Miguel Andrade e Silva Junqueira Mendonça

Resumo

André Miguel Andrade e Silva Junqueira Mendonça, 47 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 meio 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 cerca 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 apenas 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 79.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 (artigo 79.º n.º 3 dos Estatutos).

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 (Início-Fim)	Cargo (3)	Nome	Designação	
			Forma (1)	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 (2)	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 (3) Em gestão desde setembro de 2021

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 414.º 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
Ata nº 70 de 06.02.2024	Largo Prof. Abel Salazar - Porto	Presidente e Vogais do Conselho Fiscal, Vogal do Conselho de Administração, Diretora Financeira, Diretora de Informação de Gestão e Diretora de Auditoria Interna, Diretora de Rec Humanos e Revisor Oficial de Contas	Não se verificaram ausências
Ata nº 71 de 05.03.2024	Videoconferência	Presidente e Vogais do Conselho Fiscal	Não se verificaram ausências
Ata nº 72 de 26.03.2024	Largo Prof. Abel Salazar - Porto	Presidente e Vogais do Conselho Fiscal, Vogal do Conselho de Administração	Não se verificaram ausências
Ata nº 72 de 26.03.2024	Largo Prof. Abel Salazar - Porto	Presidente e Vogais do Conselho Fiscal, Vogal do Conselho de Administração	Não se verificaram ausências
Ata nº 73 de 13.05.2024	Videoconferência	Presidente e Vogais do Conselho Fiscal	Não se verificaram ausências
Ata nº 74 de 16.05.2024	Videoconferência	Presidente e Vogais do Conselho Fiscal	Não se verificaram ausências
Ata nº 75 de 18.06.2024	Largo Prof. Abel Salazar - Porto	Presidente e Vogais do Conselho Fiscal, Vogal do Conselho de Administração, Diretora Financeira, Diretora de Informação de Gestão e Diretora de Auditoria Interna, Diretora de Rec Humanos, Diretor de Compras e Revisor Oficial de Contas	Não se verificaram ausências
Ata nº 76 de 30.07.2024	Videoconferência	Presidente e Vogais do Conselho Fiscal	Não se verificaram ausências
Ata nº 77 de 26.09.2024	Videoconferência	Presidente e Vogais do Conselho Fiscal, Vogal do Conselho de Administração, Diretora Financeira, Diretora de Informação de Gestão e Diretora de Auditoria Interna, Diretora de Rec Humanos, Diretor de Compras e Revisor Oficial de Contas	Não se verificaram ausências
Ata nº 78 de 22.10.2024	Videoconferência	Presidente e Vogais do Conselho Fiscal	Não se verificaram ausências
Ata nº 79 de 21.11.2024	Largo Prof. Abel Salazar - Porto	Presidente e Vogais do Conselho Fiscal, Vogal do Conselho de Administração, Diretora Financeira, Diretora de Informação de Gestão e Diretora de Auditoria Interna, Diretora de Rec Humanos, Diretor de Compras e Revisor Oficial de Contas	Não se verificaram ausências
Ata nº 80 de 17.12.2024	Largo Prof. Abel Salazar - Porto	Presidente e Vogais do Conselho Fiscal, Vogal do Conselho de Administração, Diretora Financeira, Diretora de Informação de Gestão e Diretora de Auditoria Interna, Diretora de Rec Humanos, Diretor de Compras e Revisor Oficial de Contas	Não se verificaram ausências
Ata nº 81 de 30.12.2024	Videoconferência	Presidente e Vogais do Conselho Fiscal	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.

Os membros do Conselho Fiscal não prestaram, nem prestam quaisquer outros serviços à ULS SA.

Durante o exercício, os membros do órgão de fiscalização desempenharam as funções referidas no ponto 2 acima, no âmbito das suas atividades profissionais, conforme determina o artigo 51º do decreto-Lei nº 133/2013 ou em outra legislação aplicável.

E. Revisor Oficial de Contas (ROC)

1. Identificação dos membros efetivo e suplente: Sociedade de Revisores Oficiais de Contas (SROC) ou 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. Indicação do número de anos em que o ROC exerce funções consecutivamente junto da empresa e/ou grupo. Caso tenha ocorrido alteração de mandato durante o ano em reporte, a empresa deverá indicar os mandatos respetivos (o que saiu e o que entrou). Informação a apresentar segundo o formato seguinte:

Anos de 2021, 2022, 2023 e 2024:

Identificação do ROC

Santos Carvalho & Associados, SROC, S.A., registada da 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 registada 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 número 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	Cargo	Identificação SROC / ROC			Designação			N.º de anos de funções exercidas no grupo	N.º de anos de funções exercidas na empresa
(Início-Fim)		Nome	N.º inscrição na OROC	N.º registo na CMVM	Forma (1)	Data	Contratada		
2018 2020	ROC	Santos Carvalho & Associados, SROC, S.A.	71	20161406	D	13/12/2018	03/01/2019	0	7
		Representada por André Miguel Andrade e Silva Junqueira Mendonça	1530	20161140		03/01/2019			

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

Foi designado ROC do CHUPorto, por despacho conjunto das Finanças e da 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, 2022 e janeiro de 2023, de acordo com o n.º 6 do artigo 79.º dos Estatutos (Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto), cessando o mandato do revisor oficial de contas, mantiveram-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.

O enquadramento atual do Revisor Oficial de Contas da ULSSA (à data denominada Centro Hospitalar Universitário de Santo António, E.P.E.) tem por base o estipulado na alínea a) do artigo 13.º do Decreto-Lei 7-A/2023, de 30 de janeiro, quanto ao enquadramento provisório e transitório até publicação da nomeação dos membros do órgão de fiscalização, mantendo-se assim em funções o Revisor Oficial de Contas da entidade extinta Centro Hospitalar Universitário do Porto, E.P.E.

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

Os estatutos dos Estatutos dos hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e unidades locais de saúde, EPE, (Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto) 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:

O ROC exerce funções consecutivamente junto da ULSSA desde 2023, conforme detalhado no ponto 1 acima, perfazendo um período de dois anos.

Nome	Remuneração Anual 2024 (€)
	Bruta
SANTOS CARVALHO & ASSOCIADOS, SROC, S.A. representada por André Miguel Andrade e Silva Junqueira Mendonça	26.700 a)
	26.700

a) acresce o valor do 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 Conselho Consultivo da ULS Santo António não foi ainda nomeado, designadamente o seu Presidente e restantes elementos, carecendo ainda de nomeação o representante da ARS Norte, atento o diploma legal que procedeu à sua extinção.

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 18.º 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 (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 2021e até à data não foi substituído.

G. Auditor Externo (Caso Aplicável)

Em 2015 e de acordo com o número 1 do artigo 18.º 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 CHP e dois Profissionais de saúde escolhidos pelo CA.

Em 2016 o Conselho Consultivo reuniu em 9 de maio, de acordo com o número 1 do artigo 20º dos Estatutos do CHP, tendo sido elaborada a ata n.º 2/2016 da reunião.

Em 2017 Conselho Consultivo reuniu em 3 de junho, de acordo com o número 1 do artigo 23º dos Estatutos do CHUP tendo sido elaborada a ata n.º 3/2017 da reunião.

Em 2018 o Conselho Consultivo reuniu no dia 21 de junho de acordo com o número 1 do artigo 23º dos Estatutos do CHUP tendo sido elaborada a ata n.º 1/2018 da reunião.

Em 2019 o Conselho Consultivo reuniu no dia 10 de julho de acordo com o número 1 do artigo 23º dos Estatutos do CHUP tendo sido elaborada a ata n.º 1/2019 da reunião.

Em 2021 o Conselho Consultivo reuniu no dia 15 de fevereiro de acordo com o número 1 do artigo 23º dos Estatutos do CHU Porto tendo sido elaborada a ata n.º 1/2021 da reunião. Em 2022 o Conselho Consultivo não reuniu.

Relativamente a 2023, o Conselho Consultivo (CC) do CHUd-SA não foi nomeado pela Tutela. Dado que se tratava de uma nova entidade, a nomeação era crucial, uma vez que não era possível transferir dois CC para a mesma entidade (o do CHUP e o do HML).

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. Explicitação⁸ 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.

⁸ Acompanhada de menção à legislação aplicável.

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 rede⁹ e discriminação da percentagem respeitante aos seguintes serviços, apresentada segundo o formato seguinte:

Não há auditor externo pelo que esta informação não se aplica. respetivos (o que saiu e o que entrou).

⁹ 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

Organização Interna

A. Estatutos e Comunicações

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

Os Estatutos da ULSSA constam do capítulo IV do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprovou o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde e os Estatutos dos hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e unidades locais de saúde do SNS.

A Entidade é uma E.P.E. do Serviço Nacional de Saúde e integra o Setor Público Empresarial pelo que a alteração dos Estatutos é realizada através de Decreto-Lei, devendo os projetos de alteração ser devidamente fundamentados e aprovados pelo titular da função acionista – artigo 36.º do RJSPE.

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

A ULS de Santo António orienta a sua atividade por valores de transparência, responsabilidade, integridade e ética. Consequentemente tem estabelecidos os princípios institucionais e definidas as orientações de conduta claras para todos os profissionais, órgãos e quadros dirigentes, divulgados através do seu Código de Ética e de Conduta.

A ULS Santo António tem implementado o Canal de comunicação interna de irregularidades e denúncia de infrações em conformidade com os Estatutos, o Regime Geral de Prevenção da Corrupção e a Lei nº 93/2021, de 20 de dezembro, que estabelece o regime geral de proteção de denunciadores de infrações, transpondo a Diretiva (EU) 2019/1937 do parlamento Europeu e do Conselho, de 23 de outubro de 2019, relativa à proteção das pessoas que denunciem violações do direito da União. O Canal de comunicação interna de irregularidades e denúncia de infrações da ULS Santo António foi divulgado no portal interno e na página institucional podendo ser acedido através do link aí disponibilizado.

Em conformidade com a alínea b) do n.º 2 do artigo 86.º dos estatutos da ULS Santo António, compete ao Serviço de Auditoria Interna “receber as comunicações de irregularidades sobre a organização e funcionamento do estabelecimento de saúde, E.P.E., apresentadas pelos demais órgãos estatutários, trabalhadores, colaboradores, utentes e cidadãos em geral”.

Além disso, nos termos do n.º 4 do artigo 87.º dos estatutos da ULS Santo António, mediante proposta do Serviço de Auditoria Interna, deve ser aprovado pelo Conselho de Administração “um regulamento que defina as regras e procedimentos de comunicação interna de irregularidades, através do qual possam ser descritos factos que indiciem:

- a) Violação de princípios e disposições legais, regulamentares e deontológicas por parte dos membros dos órgãos estatutários, trabalhadores, fornecedores de bens e prestadores de serviços no exercício dos seus cargos profissionais;
- b) Dano, abuso ou desvio relativo ao património da ULS Santo António, ou dos utentes;
- c) Prejuízo à imagem ou reputação da ULS Santo António.”

O Regulamento da comunicação interna de irregularidades e denúncia de infrações da ULS Santo António, elaborado e proposto pelo Serviço de Auditoria Interna ao Conselho de Administração, define as regras e procedimentos de comunicação interna de irregularidades e denúncia de infrações em conformidade com os Estatutos, o Regime Geral de Prevenção da Corrupção e a Lei nº 93/2021, de 20 de dezembro, que estabelece o regime geral de proteção de denunciante de infrações - transpondo a Diretiva (EU) 2019/1937 do parlamento Europeu e do Conselho, de 23 de outubro de 2019, relativa à proteção das pessoas que denunciem violações do direito da União. Tendo sido proposto ao Conselho de administração, aguarda-se a sua aprovação para atualizar e substituir o regulamento anterior.

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

No âmbito da legislação aplicável à gestão pública empresarial, o Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, estabelece o Regime Geral de Prevenção da Corrupção (RGPC) que determina que as entidades empregadoras com 50 ou mais trabalhadores adotem e implementem um programa de cumprimento normativo, composto por, pelo menos, um plano de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas, um código de ética e de conduta, um plano de formação e um canal de denúncias. Paralelamente, a Lei n.º 93/2021, de 20 de dezembro, que estabelece o regime geral de proteção de denunciante de infrações, reforça a obrigação de existir canal de denúncias que assegure a confidencialidade das denúncias realizadas e a proteção dos denunciante.

A ULS Santo António, enquanto entidade abrangida, reconhece a importância de adotar uma abordagem ativa na prevenção da corrupção e das infrações conexas que promova a integridade, transparência e eficiência em todas as suas atividades.

A ULS Santo António tem implementado o programa de cumprimento normativo, composto pelas seguintes ferramentas com vista à mitigação e prevenção de fraude organizacional:

1. O Código de Ética e Conduta,
2. O Plano de Prevenção da Corrupção e Infrações Conexas (PPR),
3. O Canal de Comunicação Interna de Irregularidades e Denúncia de Infrações (vulgo canal de denúncias) e
4. O Plano de formação sobre temas da ética e integridade.

B. Controlo Interno e Prevenção de Riscos ¹⁰

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).

A ULSSA 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 na ULSSA 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, a ULSSA mantém e tem desenvolvido a gestão de riscos de modo a melhorar a segurança e a qualidade da resposta do hospital e a mitigar os riscos para doentes, profissionais e população.

Enquadrado no Processo de Acreditação da Qualidade, na unidade do Hospital Santo António e no centro materno Infantil do Norte o Manual de Políticas e Procedimentos (MPP) encontra-se disponível no Portal Interno.

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

- a.** Regulamento Interno – homologado nos termos da alínea c) do n.º 1 do artigo n.º 67.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, pelo membro do Governo responsável pela área da saúde em 4/8/2023;
- b.** Código de Ética e de Conduta;
- c.** Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPR);
- d.** Canal de denúncias: Canal de Comunicação Interna de Irregularidades e Denúncia de Infrações;
- e.** Regulamento da Comunicação Interna de Irregularidades e Denúncias de Infrações;
- f.** Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD);
- g.** Manual de Políticas e Procedimentos (MPP);
- h.** Segregação de Funções;
- i.** Gestão de riscos clínicos e não clínicos, através do Departamento da Qualidade, de modo a melhorar a qualidade da resposta da ULSSA e a minorar os riscos para doentes, profissionais e população;
- j.** Acreditação Internacional da Qualidade pelo CHKS requerendo a continuação dos trabalhos tendentes à manutenção da Acreditação Internacional da Qualidade pelo CHKS do Hospital de Santo António, do Centro Materno-Infantil do Norte Albino Aroso, dos 16 Centros de Referência reconhecidos por Despachos dos Senhores Ministros da Saúde.
- k.** Certificação ISO para doze dos serviços com maior risco e exigência de qualidade e segurança: mantiveram a certificação ISO 11 serviços, em ciclos de renovação iniciados em 2022 e 2023 e manteve a certificação ISO 13485:2017 (Dispositivos médicos) a Unidade de Esterilização Central.

¹⁰ 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.

2. Identificação de pessoas, órgãos ou comissões responsáveis pela auditoria interna e/ou pela implementação de sistema de prevenção 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.

A competência e responsabilidade pela elaboração das matrizes de risco cabe aos Responsáveis das diversas áreas Clínicas, Departamentos, Serviços, Direções e Unidades com a identificação dos riscos específicos das suas operações, avaliação do nível de risco, definição e implementação das medidas preventivas e corretivas que mitiguem os riscos para nível considerado adequado.

Cabe-lhes monitorizar a gestão do risco, identificando, recolhendo e comunicando qualquer ocorrência de risco e respetiva avaliação de gravidade e adotar as medidas de controlo aplicáveis, responsabilizando-se pela eficácia e implementação das medidas de controlo do risco nas áreas da sua responsabilidade.

São responsáveis pela aplicação e acompanhamento do sistema de controlo interno relativamente às áreas da sua atuação.

O Serviço de Auditoria Interna presta apoio técnico na elaboração das matrizes, orientando sobre os procedimentos, documentação dos riscos e as melhores práticas de controlo interno.

Compete à auditoria interna (artigo n.º 86.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto) a realização de auditorias internas, a avaliação dos processos de controlo interno e de gestão de riscos, nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, contribuindo para o seu aperfeiçoamento contínuo, em especial:

- a) Fornecer ao conselho de administração ou ao conselho diretivo análises e recomendações sobre as atividades revistas para melhoria do funcionamento dos serviços;
- b) Receber as comunicações de irregularidades sobre a organização e funcionamento do estabelecimento de saúde, 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 anuais de execução.

As competências e responsabilidades dos serviços de auditoria, atualmente regulamentadas na secção IV do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, têm vindo a ser alargadas quanto ao âmbito e responsabilidades.

Os Estatutos das entidades hospitalares determinam que o auditor interno é apoiado por uma equipa de até três técnicos auditores e as recomendações da IGAS dão indicação para que as entidades e a tutela tomem as medidas necessárias a dotarem os serviços de auditoria de recursos humanos adequados com um mínimo de três elementos.

Por outro lado, a dimensão da Entidade ULSSA e a complexidade da atividade desenvolvida, traduzida nas suas operações e no volume do orçamento envolvido, corroboram a necessidade de uma equipa de auditoria adequada a essa realidade, de pelo menos dois técnicos de auditoria além da auditora interna.

A este respeito no Processo de Inspeção 49/2024-INS a IGAS refere “...a atual responsável necessita de um reforço dos recursos humanos afetos ao serviço de auditoria para assegurar o bom desempenho da sua função. Os recursos humanos afetos ao Gabinete de Auditoria Interna limitam-se à auditora interna e uma técnica.” e “A entidade tem significativamente uma maior dimensão, em resultado da fusão com o Hospital Magalhães Lemos e a integração dos cuidados de saúde primários a partir de 1 de janeiro de 2024, o que implica no âmbito do Plano de Auditorias Internas processos de maior extensão, maior volume e complexidade das operações e transações, com impacto direto na complexidade e extensão dos procedimentos, testes e avaliações de auditoria.”

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 da ULSSA tem por base a identificação e descrição dos tipos de risco identificados no capítulo VI. B.6, nomeadamente: riscos clínicos, riscos gerais, riscos de corrupção e infrações conexas, 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 Prevenção da Corrupção e infrações Conexas, informação, *compliance*, reputação e imagem.

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 muito elevado, elevado, moderado, fraco ou muito fraco, de acordo com o processo de identificação, avaliação, monitorização/controlo e mitigação de riscos.

A avaliação o risco deve permitir que o risco seja priorizado com base na probabilidade e no impacto. 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 da ULS Santo António depende, em termos orgânicos, do Presidente do Conselho de Administração, nos termos dos Estatutos, no artigo n.º 86º do capítulo IV do Decreto-lei n.º 52/2022, de 4 de agosto.

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

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

a) Serviço de Governação Clínica (SGC): ao SGC incumbe assegurar que a governação clínica constitui uma prioridade estratégica da organização, com vista à melhoria contínua dos cuidados e dos resultados em saúde e na promoção e consolidação das diversas vertentes que contribuem para a "Segurança do Doente" na ULSSA.

Em articulação com o Serviço de Qualidade e Segurança (SQS) 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) Serviço de Qualidade e Segurança (SQS) - Ao SQS compete a definição de uma política integrada da gestão do risco geral (não clínico), bem como a promoção da Segurança e Higiene no Trabalho na Instituição em colaboração com o Serviço de Saúde Ocupacional (SSO), 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, em articulação com o Gestor de Risco Geral, 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. Em 2024 realizaram-se 4 simulacros de incêndio na ULSSA, tendo em vista aquilatar da capacidade de reação e colaboração das equipas em diferentes locais de realização da atividade. Com a colaboração do Regimento de Sapadores Bombeiros realizaram-se simulacros no Hospital de Santo António, nas instalações da Consulta Externa no Ex-CICAP, no Centro Materno Infantil do Norte (CMIN) e no Hospital Magalhães Lemos (HML).

c) Serviço de Saúde Ocupacional (SSO) – O SSO tem a responsabilidade de garantir a todos os profissionais a promoção e a prevenção da saúde nos locais de trabalho, tendo em consideração o contexto da organização, o 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-referenciação, referenciação médica e referência para outros níveis de abordagem sempre que necessário. O foco da Psicologia é o bem-estar psicossocial dos trabalhadores, a capacitação para a gestão do stress, a sensibilização para a importância da qualidade do sono e a gestão de conflitos interprofissionais.

d) Encarregado(a) da Proteção de Dados:

Em 2024, ocorreu uma mudança no modelo organizacional com a criação da Unidade Local de Saúde de Santo António. No que diz respeito à Proteção de Dados Pessoais, este novo modelo terá impactos significativos, pois a ULS de Santo António assumiu a responsabilidade pelo tratamento dos dados das entidades integradas na Unidade Local de Saúde.

Como consequência desta sucessão, foi iniciado o processo de ampliação do modelo de governança de dados para incluir as unidades de cuidados de saúde primários.

No decorrer do ano de 2024, houve um aumento nos recursos humanos dedicados à Proteção de Dados, com a contratação de um técnico superior e de um assistente técnico.

A aposta na capacitação dos colaboradores manteve-se como eixo estruturante da ação desenvolvida tendo abrangido diversas áreas da proteção de dados: a proteção dos dados de saúde; o acesso a dados de saúde e dados genéticos; a segurança informação; a investigação científica e a saúde digital.

As ações foram desenvolvidas pela Encarregada da Proteção de Dados em coordenação com a Responsável pelo Acesso à Informação (RAI), a Chief Information Security Officer (CISO), o Chief Security Officer (CSO) e com o Promotor Interno de Telessaúde (PIT). O total de formandos abrangidos foi de 385.

Houve igualmente uma aposta no reforço das competências do pessoal técnico superior adstrito à Proteção de Dados, através de formação avançada (Pós Graduação em Direito de Proteção de Dados - Universidade de Lisboa) e da Encarregada da Proteção de dados através da obtenção da certificação ECP-C-M Certified Privacy Manager (Universidade de Maastricht).

e) Responsável pelo Acesso à Informação

A fim de dar cumprimento ao estatuído na Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto, nos termos do seu artigo n.º 9.º, o Conselho de Administração do CHUdSA, 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 1.º e n 5.º do art.º 6.º).

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.

- 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 Governação 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. Encontra-se sob a ação e responsabilidade do Serviço de Qualidade e Segurança.
- c)** Riscos de gestão resultantes da inadequação ou deficiências administrativas, contabilísticas e de gestão.
- d)** Riscos de corrupção e infrações conexas (decreto-lei 109 E/2021, de 9 de dezembro).
- e)** 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.
- f)** Riscos de reputação e imagem, resultantes de uma perceção 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.
- g)** Riscos de compliance ou conformidade, resultantes de violações ou desconformidades relativamente às leis, regulamentos, contratos, códigos de conduta, práticas instituídas ou princípios éticos.
- h)** Riscos financeiros resultantes de desequilíbrio económico-financeiro persistente.

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

Considerando as categorias de risco referidas anteriormente, 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 Serviço de Governação Clínica (SGC) 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 SGC 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 das relações 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 SGC. O SGC colabora com a Comissão de Transfusão e Alternativas Transfusionais e com a Comissão de Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (CCIRA).

Para além das comissões mencionadas está integrado no Departamento da Qualidade um conjunto de grupos temáticos, com autonomia:

- Comissão de Farmacovigilância;
- Comissão de Proteção contra Radiações;
- Equipa para Proteção de Violência em Adultos;
- Grupo de Apoio ao Luto;
- Grupo de Prevenção da Violência no Setor da Saúde;
- Grupo de Prevenção e Tratamento de Feridas;
- Núcleo de Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco;
- Núcleo de Ação de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida.

Existe na ULSSA 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 relevantes relacionadas com o tema.

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 SGC e o DQ colaboram anualmente com o Departamento de Ensino e Formação (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 da ULSSA. 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 POC e NOC são passíveis de auditoria clínica.

A definição de áreas prioritárias de intervenção obedece, por um lado, a requisitos externos, de organismos normativos 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, por outro.

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 na ULSSA 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 na ULSSA um histórico significativo. O sistema está amplamente divulgado e consolidado, e regista uma frequência de notificação que denota a confiança dos utilizadores e permite, de forma diária ao nível da Instituição, identificar a pirâmide de eventos, os pontos críticos do sistema, os fatores contributivos e as 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 SGC.

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 na ULSSA, minimizando os riscos para utentes e profissionais, proporcionando cuidados seguros e de excelência.

Risco Geral

Ao Serviço da Qualidade e Segurança (SQS) compete a definição de uma política integrada da gestão do risco geral (não clínico), bem como a promoção da Saúde e Segurança no 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 SQS trabalha em permanente e profícua colaboração com o Serviço de Saúde Ocupacional.

Dando sequência ao trabalho que o Serviço de Qualidade e Segurança (SQS) tem vindo a desenvolver na ULSSA, em matéria de Risco Geral e de Saúde e Segurança no Trabalho, o ano 2024 assistiu à realização de visitas aos Serviços, contando com a participação do Serviço de Saúde Ocupacional, tendo como objetivo mitigar os riscos associados aos diferentes serviços e postos de trabalho. 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 de trabalho existentes, tendo por base uma checklist previamente elaborada e que desde 2023 passou a incluir os riscos psicossociais.

Integrado igualmente no processo de melhoria contínua, o Serviço de Qualidade e Segurança (SQS) 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 Saúde e Segurança no 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 nessas salas/espacos, que possam comprometer a segurança dos utilizadores do espaço.

Riscos de Corrupção e Infrações Conexas incluindo riscos de gestão, informação, reputação e Compliance

O PPR tem definido o processo estruturado para identificar, avaliar e mitigar os riscos de corrupção e infrações conexas, promovendo uma abordagem sistemática para fortalecer a integridade nos processos institucionais.

O processo de levantamento de riscos decorre do exercício crítico de identificar as situações que potencialmente comportam riscos de integridade se as funções, operações ou atividades forem exercidas por pessoas menos competentes do ponto de vista da integridade.

Depois de identificados os riscos, propõem-se medidas preventivas e corretivas, realistas, inequívocas e exequíveis, tendentes a mitigar a ocorrência dos riscos identificados.

Uma vez identificados os riscos e as medidas preventivas e corretivas consideradas adequadas, procede-se à análise do nível de risco. Esta análise permite identificar, segundo critérios metodológicos com alguma objetividade, prioridades no processo de acompanhamento da execução das medidas previstas no plano.

Em linha com o RGPC, a metodologia de análise do risco decorre da conjugação do indicador probabilidade de ocorrência com o indicador gravidade da consequência do risco.

Após a avaliação da probabilidade e gravidade da consequência de cada risco, é feita a classificação do nível de risco de acordo com a matriz seguinte:

Probabilidade	Consequência		
	Baixa	Média	Alta
Alta	Moderado	Elevado	Muito Elevado
Média	Fraco	Moderado	Elevado
Baixa	Muito Fraco	Fraco	Moderado

A competência e responsabilidade pela elaboração das matrizes de risco cabe aos Responsáveis das diversas áreas Clínicas, Departamentos, Serviços, Direções e Unidades que identificam os riscos específicos das suas operações, as medidas preventivas e corretivas e fazem a análise do nível de risco.

Aos Responsáveis das diversas áreas Clínicas, Departamentos, Serviços, Direções e Unidades compete implementar as medidas de controlo nas suas áreas, garantindo a execução das ações necessárias para mitigar os riscos de corrupção e infrações conexas identificados.

A Auditoria Interna fornece apoio técnico, orientando sobre os procedimentos, documentação dos riscos e as melhores práticas para garantir a integridade do processo.

A execução do PPR está sujeita a controlo que inclui a preparação de um relatório de avaliação intercalar nas situações de risco elevado ou muito elevado, elaborado no mês de outubro do ano a que respeita a sua execução. E em abril do ano seguinte a preparação do relatório de avaliação anual, contendo, nomeadamente, a quantificação do grau de implementação das medidas preventivas e corretivas identificadas, bem como a previsão da sua implementação.

O CA/Responsável pelo Cumprimento Normativo é o principal responsável pela execução do PPR, coordena as ações de prevenção de riscos de corrupção e infrações conexas de forma a garantir a conformidade com as exigências legais. O CA, enquanto órgão máximo com responsabilidades no sistema de controlo interno, compete-lhe, desde logo, assegurar a implementação e manutenção do PPR.

O Conselho de Administração/Responsável pelo cumprimento normativo assegura a aprovação e recursos para o PPR.

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

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, a entidade submete aos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, os seguintes elementos:

- Os planos de desenvolvimento organizacional;
- 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.

C. Regulamentos e Códigos

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

A ULSSA, EPE pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, integrada na administração indireta do Estado, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial (n.º 2, do artigo 63.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto), foi criada e modificado pelos seguintes diplomas:

- Decreto-lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, que procedeu à criação, com natureza de entidades públicas empresariais, de unidades locais de saúde;
- Decreto-Lei n.º 7-A/2023, de 30 de janeiro, que criou o Centro Hospitalar Universitário de Santo António, E.P.E., por fusão do Centro Hospitalar Universitário do Porto, E.P.E., e do Hospital Magalhães Lemos, E.P.E.;
- Decreto-Lei n.º 326/2007, de 28 de setembro, que criou o Centro Hospitalar do Porto, EPE integrando por fusão o HGSA, o HMP e a MJD com efeitos em 01-10-2007;
- Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 de março, que alterou o Centro Hospitalar do Porto EPE, por fusão do Centro Hospitalar do Porto, E.P.E. e do Hospital Joaquim Urbano;
- Decreto-Lei n.º 68/2013, de 17 de maio, o qual procedeu 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.;

A atividade desenvolvida durante 2024 pela ULSSA, esteve enquadrada pela seguinte legislação:

- Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprovou o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, o regime de criação, organização e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde (ACES); e os Estatutos dos hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e unidades locais de saúde (ULS), integrados no setor empresarial do Estado ou no setor público administrativo.
- 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 4 de setembro, que aprova a Lei de Bases da Saúde e revogou anterior Lei n.º 48/90, de 24 de agosto.

Em matéria de aquisições de bens e serviços, a ULSSA, E.P.E., rege-se pelo Código dos Contratos Públicos, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 18/2008, 29 de janeiro, 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.

A ULSSA encontra-se abrangida 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 para o triénio 2023–2025 foi homologado em 04/08/2023 pelo Dr. Ricardo Mestre, Secretário de Estado da Saúde, nos termos da alínea b) do número 1 do artigo 67.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, e no uso das competências delegadas através do Despacho n.º 12167/2022, de 10 de outubro. Atualmente, encontra-se disponível para consulta na intranet e na sua página oficial na Internet.

Em virtude da reestruturação do Centro Hospitalar Universitário de Santo António, E. P. E., com integração dos Agrupamentos de Centros de Saúde do Grande Porto II - Gondomar e do Grande Porto V - Porto Ocidental, passando a denominar-se Unidade Local de Saúde de Santo António, E. P. E.; o projeto de regulamento Interno da ULSSA, aprovado em Conselho de administração a 11/03/2025 encontra-se em discussão interna até 14 de abril de 2025.

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 e de Conduta da ULSSA formaliza o referencial ético da ULS de Santo António, consistindo no instrumento que identifica e assume quais os valores éticos e princípios que melhor servem para enquadrar o desenvolvimento da sua ação e, correlativamente, as condutas mais adequadas a verificar por todos os que nela exercem funções.

Em cumprimento do artigo 7º do Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, que estabeleceu o Regime Geral de Prevenção da Corrupção, foi aprovado em agosto de 2024, o Código de Ética e de Conduta da ULS de Santo António.

Após aprovação por deliberação do Conselho de Administração, o código de ética e de conduta da ULS Santo António foi publicado no site institucional, em portal interno, e enviado ao Ministério da Saúde, à Inspeção-Geral das Atividades em Saúde e ao MENAC. Foi ainda submetido na plataforma RGPC do MENAC logo após esta ter sido disponibilizada.

O Código de Ética e de Conduta pode ser consultado no seguinte link:

<https://www.chporto.pt/vOBOPOC/codigo-de-etica-e-de-conduta>

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 (vd. artigo 47.º do RJSPE).

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

- A respeitar as leis e os regulamentos aplicáveis à sua atividade em vigor na Instituição;
- A pautar a comunicação e o trato entre si pela lealdade, correção, urbanidade e cortesia, independentemente da natureza do vínculo detido, da antiguidade ou da posição hierárquica, para contribuir para um ambiente de trabalho saudável.
- É absolutamente vedada qualquer forma de discriminação e a prática de quaisquer atos que afetem a dignidade dos profissionais, ser lesivos, intimidatórios, hostis, degradantes ou humilhantes, nomeadamente o assédio no trabalho, sob qualquer forma, constituindo um dever de todos os profissionais reportar quaisquer situações passíveis de se configurar como tal.
- No seu relacionamento profissional, e no âmbito das concretas funções que exercem, os profissionais da ULS de Santo António devem cooperar entre si, promover a troca de conhecimento e de informação, com exatidão e diligência, cultivar o espírito de equipa e o sentimento de pertença.
- É exigível o respeito pela estrutura hierárquica, a implementação de decisões superiormente determinadas e a assunção das concretas responsabilidades de cada profissional pela decisão que haja tomado e pela execução de decisões de que for incumbido, por forma a garantir o melhor desempenho da ULS de Santo António.
- Havendo vários decisores, estes devem ser solidários entre si na assunção de responsabilidades pela decisão.

No atendimento ao público deve ser salvaguardada:

- No exercício das suas funções, todos os profissionais da ULS de Santo António se devem apresentar de forma adequada e munidos da respetiva identificação, através de cartão institucional visível.
- Os profissionais da ULS de Santo António devem usar de cortesia e correção na comunicação e no tratamento com utentes e acompanhantes, prestando as informações, os esclarecimentos e o encaminhamento que forem solicitados e devidos, obstando a qualquer tratamento discriminatório e garantindo o exercício dos respetivos direitos, designadamente, e na medida do possível, do direito à reserva da intimidade da vida privada.
- Qualquer pessoa que exerça funções na ULS de Santo António tem o direito de esperar de utentes e acompanhantes o pleno respeito pela sua dignidade pessoal e integridade profissional, sendo absolutamente inaceitável qualquer forma de violência sobre profissionais, que deverá ser tratada e reportada de acordo com os procedimentos instituídos.

A ULS de Santo António acolhe todos os princípios consignados em tratados internacionais de direitos humanos, de saúde global e de proteção ambiental, na Constituição da República Portuguesa, nas leis e regulamentos atinentes à Administração Pública e ao setor público empresarial, bem como as regras deontológicas em vigor para profissões específicas.

Com particular ênfase, subsumem-se aos valores adotados pela ULS de Santo António, devendo ser observados por si e por todos os abrangidos pelo presente Código, os seguintes princípios:

- Respeito pelo princípio da não discriminação;
- Respeito pela privacidade, pela confidencialidade, sigilo profissional e proteção de dados pessoais;
- Imparcialidade e isenção;
- Transparência administrativa;
- Prossecução do interesse público;
- Respeito, boa-fé, colaboração e participação;
- Responsabilidade;
- Sustentabilidade ambiental.

3. Regime Geral da Prevenção da Corrupção¹¹ (RGPC: anexo do Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro¹²):

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

A ULS Santo António enquanto entidade abrangida pelo RGPC, implementa o programa de cumprimento normativo, no qual se inclui o Plano de Prevenção de Corrupção e infrações Conexas, reconhecendo a importância de adotar uma abordagem ativa na prevenção da corrupção e das infrações conexas, promovendo a integridade, transparência e eficiência em todas as suas atividades.

O atual Plano de Prevenção de Corrupção e Infrações Conexas (PPR) foi elaborado em conformidade com o Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, e restante legislação aplicável que visa reforçar os mecanismos de controlo e promover uma cultura organizacional de ética e boas práticas.

De entre essa legislação realçamos a importância da Lei n.º 93/2021, de 20 de dezembro, que estabelece o regime geral de proteção de denunciadores de infrações e que transpõe a Diretiva Europeia relativa à proteção das pessoas que denunciam violações do direito da União e ainda as Recomendações do Conselho da Prevenção da Corrupção (CPC) e orientações do Mecanismo Nacional Anticorrupção (MENAC), designadamente o Guia N.º1/2023.

O PPR, além de atender às exigências legais vigentes tem como objetivo estabelecer e reforçar as medidas necessárias para prevenir e mitigar os riscos de corrupção e infrações conexas na ULS Santo António e consolidar o compromisso da Instituição com a transparência, a ética e a confiança dos seus colaboradores e utentes.

10 O 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).

11 O Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro, cria o Mecanismo Nacional Anticorrupção (MENAC) e estabelece o regime geral da prevenção da corrupção (RGPC). 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), com efeitos a 6 de junho de 2023 (n.º 3 do artigo 28.º, que remete para o artigo 3.º da Portaria n.º 155-B/2023, de 6 de junho, que declara a instalação definitiva do MENAC).

O PPR após ter sido aprovado pelo Conselho de Administração em 14/11/2024, foi enviado aos membros do Governo responsáveis pela tutela acionista (gabinete do ministro da saúde e finanças) e aos serviços de inspeção da respetiva área governativa (IGAS e IGF), bem como ao MENAC e divulgado na intranet (portal interno) e na página oficial na internet, no prazo de 10 dias contados desde a sua implementação e respetivas revisões ou elaboração (n.º 7 do artigo 6.º do RGPC). Foi ainda submetido na plataforma RGPC do MENAC logo após esta ter sido disponibilizada.

O PPR pode ser consultado no seguinte link:

<https://www.chporto.pt/vOBOPOG/plano-de-prevencao-de-riscos-de-corrupcao-e-infracoes-conexas>

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

A ULS Santo António elaborou o relatório de avaliação intercalar de 2024 para as situações identificadas de risco elevado ou máximo, conforme a alínea a) n.º 4 do artigo 6.º do RGPC estabelecido pelo Decreto-lei n.º 109-E/2021 de 9 de dezembro.

Este relatório de avaliação intercalar de 2024 após ter sido aprovado pelo Conselho de Administração, foi enviado aos membros do Governo responsáveis pela tutela acionista (gabinete do ministro da saúde e finanças) e aos serviços de inspeção da respetiva área governativa (IGAS e IGF), bem como ao MENAC e divulgado na intranet (portal interno) e na página oficial na internet, no prazo de 10 dias contados desde a sua implementação e respetivas revisões ou elaboração, como determina o n.º 7 do artigo 6.º do RGPC. Foi ainda submetido na plataforma RGPC do MENAC logo após esta ter sido disponibilizada.

O relatório de avaliação preliminar pode ser consultado no seguinte link:

<https://www.chporto.pt/vOBOPOG/plano-de-prevencao-de-riscos-de-corrupcao-e-infracoes-conexas>

c) Referência à elaboração de relatório de avaliação anual (vd. alínea b) do n.º 4 do artigo 6.º do RGPC e n.º 1 do artigo 46.º do RJSPE, que remete para a alínea a) do n.º 1 do artigo 2.º da Lei n.º 54/2008, de 4 de setembro, a que corresponde a atual alínea g) do n.º 3 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro)¹³ ;

Nos termos da alínea b) do n.º 4 do artigo 6.º do RGPC, instituído pelo Decreto-Lei n.º 109-E/2021 de 9 de dezembro, a ULS Santo António elabora o relatório de avaliação anual de 2024 no mês de abril de 2025, ou seja, no ano seguinte a que respeita a execução, contendo nomeadamente a quantificação do grau de implementação das medidas preventivas e corretivas identificadas, bem como a previsão da sua plena implementação.

Atendendo ao prazo para a elaboração do relatório de avaliação anual fixado na alínea b) do n.º 4 do artigo 6.º do RGPC (até abril), remetemos para o relatório de avaliação anual de 2023, o qual se encontra divulgado no site institucional:

<https://www.chporto.pt/vOBOPOG/plano-de-prevencao-de-riscos-de-corrupcao-e-infracoes-conexas>

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

O Código de Ética e de Conduta da ULSSA formaliza o referencial ético da ULS de Santo António, consistindo no instrumento que identifica e assume quais os valores éticos e princípios que melhor servem para enquadrar o desenvolvimento da sua ação e, correlativamente, as condutas mais adequadas a verificar por todos os que nela exercem funções.

O Código de Ética e de Conduta está disponível no site institucional e divulgado no portal interno acessível a todos os colaboradores (artigo 7.º do RGPC, Decreto-Lei 109-E/2021, de 9 de dezembro, e artigo 47.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro).

O Código de Ética e Conduta pode ser consultado em:

Santo António - Centro Hospitalar Universitário de Santo António

¹³ Atendendo ao prazo para a elaboração do relatório de avaliação anual fixado na alínea b) do n.º 4 do artigo 6.º do RGPC (até abril), a menção em causa poderá ser para o relatório de avaliação anual do ano anterior ao do exercício que o RGS contempla.

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 (vd. alíneas d) a i) do n.º 1 do artigo 44.º do RJSPE), a saber:

Para cumprimento dos deveres de obrigação de divulgação de informação, previstas no artigo n.º 44º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, a ULSSA utilizou, durante 2024, as plataformas de reporte de dados do SIRIEF — Sistema de Recolha de Informações Económicas e Financeiras, os serviços “online” da ACSS — Administração Central do Sistema de Saúde, o site institucional e o site do SNS: SNS — Portal do SNS.

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/vOBOPOE/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/vOBOPOH/plano-de-atividades-e-orcamento>

d) Orçamento anual e plurianual;

<https://www.chporto.pt/vOBOPOH/plano-de-atividades-e-orcamento>

e) Documentos anuais de prestação de contas;

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

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

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

E. Sítio na Internet

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

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

<https://www.chporto.pt/vOB0A/apresentacao>

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

<https://www.chporto.pt/vOB0POA/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/vOB0POD/relatorio-de-governo-societario>

d) Documentos de prestação de contas anuais e, caso aplicável, semestrais;

<https://www.chporto.pt/vOB0POE/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/vOB0POD/relatorio-de-governo-societario>

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

<https://www.chporto.pt/vOB0POD/relatorio-de-governo-societario>

2. Indicação da hiperligação para acesso direto ao sítio na internet da empresa onde se encontram publicitados os seguintes documentos¹⁴:

a) Regulamentos internos aplicáveis e regulamentos externos a que a empresa está legalmente obrigada;

<https://www.chporto.pt/vOBOPOA/estatutos-regulamento-interno>

b) Código de Ética;

<https://www.chporto.pt/vOBOPOC/codigo-de-tica-e-de-conduta>

c) Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPR);

<https://www.chporto.pt/vOBOPOG/plano-de-prevencao-de-riscos-de-corrupcao-e-infracoes-conexas>

d) Relatório de avaliação intercalar nas situações identificadas de risco elevado ou máximo;

<https://www.chporto.pt/vOBOPOG/plano-de-prevencao-de-riscos-de-corrupcao-e-infracoes-conexas>

e) Relatório de avaliação anual no âmbito da execução do PPR¹⁵;

<https://www.chporto.pt/vOBOPOG/plano-de-prevencao-de-riscos-de-corrupcao-e-infracoes-conexas>

f) Código de Conduta;

<https://www.chporto.pt/vOBOPOC/codigo-de-tica-e-de-conduta>

g) Relatório sobre remunerações por género, a que se refere o n.º 2 da Resolução do Conselho de Ministros n.º 18/2014, de 7 de março;

<https://www.chporto.pt/vOBOVOD/relatorio-sobre-remuneracoes-pagas>

h) Informação anual do modo como foi prosseguida a missão da empresa, do grau de cumprimento dos seus objetivos, da forma como foi cumprida a política de responsabilidade social, de desenvolvimento sustentável e os termos de prestação do serviço público, e em que medida foi salvaguardada a sua competitividade, designadamente pela via da investigação, do desenvolvimento, da inovação e da integração de novas tecnologias no processo produtivo (vd. artigo 45.º do RJSPE);

<https://www.chporto.pt/vOBOPOD/relatorio-de-governo-societario>

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.

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

a) Lei orgânica e outros diplomas habilitantes, órgãos de direção e fiscalização, estrutura orgânica e organograma;

<https://www.chporto.pt/vOB1DOA/conselho-de-administracao>
<https://www.chporto.pt/vOB1DOC/conselho-consultivo-e-conselho-fiscal>
https://www.chporto.pt/documentos/Instituicao/Organograma_CHUdSA_1.pdf
<https://www.chporto.pt/vOBOPOA/estatutos-regulamento-interno>

b) Documentos de enquadramento estratégico e operacional e elenco dos principais serviços prestados ao público na área de missão;

<https://www.chporto.pt/vOBOPOA/estatutos-regulamento-interno>
[Contrato-Programa-2024-2026-ULS-Santo-Antonio-EPE.pdf](https://www.chporto.pt/Contrato-Programa-2024-2026-ULS-Santo-Antonio-EPE.pdf)
<https://www.chporto.pt/vOBOPOH/plano-de-atividades-e-orcamento>

¹⁴ Todos os documentos devem estar devidamente assinados e datados e, nos casos aplicáveis, incluir também referência ao ato de aprovação pelo órgão de administração e respetiva data.

¹⁵ Atendendo ao prazo para a elaboração do relatório de avaliação anual fixado na alínea b) do n.º 4 do artigo 6.º do RGPC (até abril), a hiperligação em causa poderá remeter para o relatório de avaliação anual do ano anterior ao do exercício que o RGS contempla

c) Plano de atividades, orçamento e contas, relatório de atividades e balanço social;

Santo António - Centro Hospitalar Universitário de Santo António
<https://www.chporto.pt/vOBOPOE/relatorio-e-contas>
 Santo António - Centro Hospitalar Universitário de Santo António

d) Documentos de enquadramento legal ou que comportem interpretação do direito vigente relativos às áreas de missão;

https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1992@tabela=leis@ficha=1@pagina=1@so_miolo=@

<https://www.chporto.pt/vOBOPOA/estatutos-regulamento-interno>

e) Informação básica sobre direitos e obrigações dos cidadãos e sobre os procedimentos a observar na relação destes com a Administração Pública;

<https://www.chporto.pt/vOEOM/direitos-e-deveres-dos-utentes>

f) Guias descritivos dos mais relevantes procedimentos administrativos relativos aos bens ou serviços prestados;

<https://www.chporto.pt/vOBOPOA/estatutos-regulamento-interno>
<https://www.chporto.pt/vOCOJ/rea-clinica-assistencial>

g) Tabelas atualizadas dos preços dos bens ou serviços prestados;

<https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/portaria/2017-116351585>

h) Compromissos plurianuais e pagamentos e recebimentos em atraso;

https://www.chporto.pt/documentos/2024/Compromissos_plurianuais_2024_DCLCPA.pdf

<https://www.chporto.pt/vOBOVON/declaracao-detodos-os-pagamentos-e-recebimentos-em-atraso>

i) Relação dos benefícios e subvenções concedidos, com indicação do respetivo valor;

Não existente.

j) Relação de doações, heranças, ofertas ou donativos recebidos, com indicação do respetivo valor;

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

k) Avisos sobre o recrutamento de dirigentes e trabalhadores, bem como os despachos de designação dos dirigentes;

<https://www.chporto.pt/recrutamentos>

l) Avisos sobre os procedimentos pré-contratuais mais relevantes;

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

<https://www.base.gov.pt/Base4/pt/pesquisa/?type=entidades@texto=517392259>

m) Contactos para interação com o cidadão e as empresas, incluindo formulário para reclamações e sugestões;

<https://www.chporto.pt/vOEOW/gabinete-do-cidadao>

n) Informação sobre sistemas procedimentais ou de gestão acreditados pelo Instituto Português de Acreditação, I. P., se aplicável.

A ULS Santo António não dispõe de sistemas procedimentais ou de gestão acreditados pelo Instituto Português de Acreditação, I.P.

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 (vd. 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), Entidades Prestadoras de Cuidados (Hospitais, Centros Hospitalares e Unidades Locais de Saúde).

Os estabelecimentos de saúde E.P.E. são financiados nos termos da Base 23 da Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, e o financiamento deve refletir as necessidades de saúde da população abrangida e permitir um adequado planeamento da oferta de cuidados de saúde.

O pagamento dos atos e serviços prestados pelos estabelecimentos de saúde pelo Estado, é feito através de contratos-programa plurianuais celebrados conjuntamente pela entidade hospitalar, pela Direção Executiva do SNS e ACSS, I. P., onde são estabelecidos, designadamente:

- a) A atividade contratada;
- b) Os objetivos e as metas qualitativas e quantitativas;
- c) A calendarização das metas referidas na alínea anterior;
- d) Os meios e instrumentos para prosseguir os objetivos, designadamente de investimento;
- e) Os indicadores para avaliação do desempenho dos serviços e do nível de satisfação dos utentes e as demais obrigações assumidas pelas partes, tendo como referencial os preços praticados no mercado para os diversos atos clínicos.

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, de 18 de fevereiro, que se refere à concessão de subvenções públicas de acordo com o Decreto-Lei n.º 167/2008, de 26 de agosto, que estabelece este regime jurídico.

2. Caso não tenha contrato celebrado ou, tendo, caso haja apresentado nova proposta, referência às propostas de contratualização da prestação de serviço público apresentadas ao titular da função acionista e ao membro do governo responsável pelo respetivo setor de atividade (vd. n.ºs 1, 2 e 4 do artigo 48.º do RJSPE). A empresa deve apresentar declaração ¹⁶ do seguinte:

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

De acordo com o que foi mencionado anteriormente, este ponto não se aplica.

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

De acordo com o que foi mencionado anteriormente, este ponto não se aplica.

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 que foi mencionado anteriormente, este ponto não se aplica.

¹⁶ 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

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 28.º 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 os Despachos n.º 525/2024, de 18 de janeiro, o n.º 10350/2024, de 2 de setembro, e o n.º 11713/2024, de 3 de outubro e que nomeiam o Conselho de Administração da ULSSA para o triénio 2023-25, determinam 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, na sua redação atual.”

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 mecanismos¹⁷ 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 (vd. 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 51.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, foram efetuadas as declarações de independência dos membros do Conselho de Administração.

Além destas declarações, de acordo com o Estatuto do Gestor Público no artigo n.º 22, n.º 8 e da Lei n.º 52/2019, de 31 de julho, que estabelece o “Regime do exercício de funções por titulares de cargos políticos e altos cargos públicos” no artigo n.º 13, n.º 1, cada um dos membros do Conselho de Administração remete as declarações de Rendimentos, Património e Interesses ou impedimentos para o exercício de funções de membros do Conselho de Administração ao Tribunal Constitucional.

A Entidade para a Transparência, criada pela Lei n.º 52/2019, de 31 de julho, lançou a sua plataforma eletrónica em 6 de março de 2024, conforme Aviso nº 4847/2024/2 publicado no Diário da República, permitindo aos titulares de cargos políticos e altos cargos públicos submeterem as suas declarações de rendimentos, património, interesses e incompatibilidades de forma digital.

¹⁷ Mecanismos diversos dos inerentes à evidenciação ou menção a que se refere o ponto 3 seguinte.

B. Comissão de Fixação de Remunerações

Com a entrada em funcionamento desta plataforma, a submissão das declarações passou a ser efetuada exclusivamente através deste meio eletrónico, substituindo o anterior procedimento em papel junto do Tribunal Constitucional.

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.

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 51.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, 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 51.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, ou em outra legislação aplicável.

Habitualmente estas declarações eram publicadas em anexo a este relatório, no entanto desde 2022 o modelo de Relatório de Governo Societário da UTAM apenas solicita que se dê conhecimento do procedimento efetuado, o qual a ULSSA 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 n.º 71/2007, de 27 de março, e n.º 1 do artigo 52.º do Decreto-lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, nas versões atuais).

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 dos membros do órgão de administração é estruturada de forma a permitir o alinhamento dos seus objetivos 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. No entanto, o Orçamento do Estado para 2024 manteve a suspensão da atribuição de remuneração variável aos membros dos órgãos de administração das empresas públicas, medida que tem sido aplicada nos últimos anos como parte das políticas de contenção orçamental.

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 (€)	
			Vencimento	Despesas de representação
Paulo Jorge Barbosa Carvalho	S	B	5658,58 a)	2089,46 a)
José Fernando da Rocha Barros	S	B	6266,84 a)	1671,57 a)
Rui Manuel Moreira Rocha Medon	S	B	5824,47 a)	1671,57 a)
Ana Margarida Ribeiro Correia Oliveira	S	B	4178,93 b)	1671,57 b)
Alfredo Eduardo Argulho Alves	S	B	4178,93 c)	1671,57 c)
Maria do Rosario Ramos Caetano Pereira	S	B	4178,93 a)	1671,57 a)
Rita Sofia Silva Veloso	S	B	4178,93 a)	1671,57 a)
Maria Beatriz da Silva Duarte Vieira Borges	S	B	4178,93 a)	1671,57 a)

Nota: Nos termos da Tabela de Remunerações dos Gestores Públicos
a) Valor Vencimento mensal e despesas de representação a 31 de dezembro de 2024
b) Valor Vencimento mensal e despesas de representação a 26 de junho de 2024, data em que cessou funções como Diretora Clínica
c) Valor Vencimento mensal e despesas de representação a 27 de julho de 2024, data em que cessou funções como Enfermeiro Diretor

Membro do Órgão de Administração	Remuneração Anual 2024		
	Fixa	Variável	Bruta
Paulo Jorge Barbosa Carvalho	93.199,65 €	0,00 €	93.199,65 €
José Fernando da Rocha Barros	95.455,69 €	0,00 €	95.455,69 €
Rui Manuel Moreira Rocha Medon	29.997,98 €	0,00 €	29.997,98 €
Ana Margarida Ribeiro Correia Oliveira	35.103,00 €	0,00 €	35.103,00 €
Alfredo Eduardo Argulho Alves	41.035,02 €	0,00 €	41.035,02 €
Maria do Rosario Ramos Caetano Pereira	29.294,28 €	0,00 €	29.294,28 €
Rita Sofia Silva Veloso	69.994,99 €	0,00 €	69.994,99 €
Maria Beatriz da Silva Duarte Vieira Borges	69.973,32 €	0,00 €	69.973,32 €
			464.053,93 €

Membro do Órgão de Administração	Benefícios Sociais (€)							
	Valor do Subsídio de Refeição		Regime de Proteção Social		Seguro de Vida	Seguro de Saúde	Outro	
[Nome]	Diário	Encargo Anual da empresa	[identificar]	Encargo anual da empresa	Encargo anual da empresa	Encargo anual da empresa	[identificar]	Encargo anual da empresa
Paulo Jorge Barbosa Carvalho	6 €	1.368,00 €	CGA	11.496,74 €	0€	0€		0€
José Fernando da Rocha Barros	6 €	1.464,00 €	CGA	11.878,72 €	0€	0€		0€
Rui Manuel Moreira Rocha Medon	6 €	444,00 €	CGA	3.280,77 €	0€	0€		0€
Ana Margarida Ribeiro Correia Oliveira	6 €	732,00 €	CGA	3.861,36 €	0€	0€		0€
Alfredo Eduardo Argulho Alves	6 €	780,00 €	CGA	4.973,50 €	0€	0€		0€
Maria do Rosario Ramos Caetano Pereira	6 €	534,00 €	CGA	4.313,39 €	0€	0€		0€
Rita Sofia Silva Veloso	6 €	1.380,00 €	Segurança Social	7.699,51 €	0€	0€		0€
Maria Beatriz da Silva Duarte Vieira Borges	6 €	1.380,00 €	Segurança Social	7.697,13 €	0€	0€		0€
		8.082,00 €		55.201,12 €		0€		0€

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.

Membro do Órgão de Fiscalização	Remuneração 2024 (€)
	Bruta
Carla Manuela Serra Geraldes	20.964,30 €
Maria das Dores de Sousa Silva	16.091,46 €
Fernando Manuel de Sousa Pires de Matos	16.091,46 €
	53.147,22 €

Nome	Remuneração Anual 2024 (€)
	Bruta
SANTOS CARVALHO & ASSOCIADOS, SROC, S.A. representada por André Miguel Andrade e Silva Junqueira Mendonça	26.700,00€ a) b)
	26.700,00€

a) Acresce o valor do IVA à taxa legal em vigor;
b) Podendo, ainda, acrescer o reembolso de despesas de transporte, alojamento e outras suportadas no exercício das funções;

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

Não existe Assembleia geral nos órgãos sociais dos hospitais, centros hospitalares e unidades locais de saúde do SNS pelo que a informação não se aplica.



VIII.

Transações com Partes Relacionadas e Outras

Transações com Partes Relacionadas e Outras

1. Apresentação de mecanismos implementados pela empresa para efeitos de controlo de transações com partes relacionadas¹⁸ 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 da ULSSA, E.P.E.

O Contrato-Programa é monitorizado e avaliado pela Direção Executiva, 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 2024 esta informação pode ser consultada no Relatório e Contas na nota 20 - Divulgações de partes relacionadas (capítulo 15 - Anexo às Demonstrações Financeiras).

¹⁸ 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 CIRC (Código do Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Coletivas).

Entidade Terceira	NIF	Faturação emitida pelo ULSSA Ano 2024	Faturação emitida pelas Entidades Terceiras 2024	Saldo de Cliente 31/12/2024	Adiantamentos de Clientes 31/12/2024	Saldo de Fornecedor 31/12/2024
ACSS	508188423	637.214.148,13	0,00	1.231.852,19	159.929.126,00	0,00
Instituto Nacional Emergência Médica, IP	501356126	81.574,59	0,00	0,00	0,00	0,00
Instituto Português do Sangue e da Transplantação,IP	502423943	202.144,80	346.738,60	79.310,40	0,00	52.497,20
Instituto Nacional Saude Dr.Ricardo Jorge, IP,INSA IP	501427511	249,84	40.785,03	3.494,67	0,00	13.826,18 €
ARS Norte, IP	503135593	3.721.960,63	1.039.415,72	4.517.125,71	0,00	418.783,41
ARS Centro, IP	503122165	27.765,80	0,00	444.657,55	0,00	0,00
ARS Lisboa V.T., IP	503148776	7.964,18	0,00	11.697,35	0,00	0,00
Unidade Local de Saúde da Cova da Beira, EPE	506361659	122.652,90	0,00	136.682,90	0,00	0,00
Unidade Local de Saúde Médio Tejo, EPE	506361608	472,30	0,00	472,30	0,00	0,00
Unidade Local de Saúde de Barcelos/Esposende, EPE	506361381	194.816,15	0,00	18.325,01	0,00	0,00
Unidade Local de Saúde da Lezíria, EPE	506361462	24.078,90	0,00	24.264,90	0,00	0,00
Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal, EPE	506361470	1.359,30	0,00	4.176,40	0,00	0,00
Unidade Local de Saúde Matosinhos, E.P.E.	506361390	760.930,56	54.887,91	705.071,87	0,00	36.813,91
Unidade Local de Saúde de Coimbra, EPE	510103448	22.156,40	46.173,57	33.761,70	0,00	30.301,23
Instituto Portug.Oncologia - Coimbra , EPE	506361438	24,50	0,00	24,50	0,00	0,00
Instituto Português Oncologia - Porto , EPE	506362299	131.296,80	109.555,52	134.553,75	0,00	27.908,25
Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocident, EPE	507618319	26.678,90	0,00	38.416,20	0,00	0,00
Unidade Local de Saúde da Arrábida, EPE	507606787	74.540,00	150,70	82.958,00	0,00	150,70
Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, EPE	508085888	16,10	0,00	366,5	0,00	0,00
Unidade Local de Saúde de São José, EPE	508080142	21.976,28	509,40	40.201,78	0,00	509,40
Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	508100496	791.207,83	53.102,34	795.517,23	0,00	53.102,34
Unidade Local de Saúde do Médio Ave, EPE	508093937	157.858,42	0,00	241.784,62	0,00	0,00
Unidade Local de Saúde de Gaia/Espinho, EPE	508142156	1.753.320,08	2.127,30	2.662.951,79	0,00	1.769,30
Unidade Local de Saúde de Tâmega e Sousa, EPE	508318262	734.724,91	0,00	671.196,11	0,00	0,00
Unidade Local de Saúde de Santa Maria, EPE	508481287	45.091,40	0,00	93.499,10	0,00	0,00
Unidade Local de Saúde Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	508741823	81.863,88	0,00	192.639,07	0,00	0,00
Unidade Local de Saúde Alto Minho, EPE	508786193	781.673,73	0,00	2.842.711,83	0,00	0,00
Unidade Local de Saúde Guarda, EPE	508752000	124.075,51	0,00	123.982,41	0,00	0,00
Unidade Local de Saúde Baixo Alentejo, EPE	508754275	31.867,10	0,00	31.867,10	0,00	0,00
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE	509309844	54,10	0,00	54,10	0,00	0,00
Unidade Local de Saúde de Entre Douro e Vouga, EPE	508878462	146.897,75	0,00	136.275,78	0,00	0,00
Unidade Local de Saúde da Região de Leiria, EPE	509822932	39,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Unidade Local de Saúde de Amadora/Sintra, EPE	503035416	2.418,80	20.079,00	2.581,00	0,00	12.149,00
Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho, EPE	509186998	23.998,90	0,00	25.378,90	0,00	0,00
Unidade Local de Saúde de São João, EPE	509821197	717.615,39	26.428,13	12.181.718,07	0,00	21.712,13
Unidade Local de Saúde de Braga, EPE	515545180	2.355.630,61	0,00	2.690.804,75	0,00	0,00
Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro, EPE	510123210	424,80	0,00	121.489,50	0,00	0,00
Unidade Local de Saúde de Viseu Dão-Lafões, EPE	509822940	115.320,29	0,00	119.645,87	0,00	0,00
Unidade Local de Saúde de Nordeste, EPE	509932584	50.043,90	192,80	70.512,36	0,00	192,80
Unidade Local Saúde do Litoral Alentejano, EPE	510445152	47.450,00	0,00	47.450,00	0,00	0,00
Unidade Local de Saúde do Algarve, EPE	510745997	5.590,00	0,00	5.590,00	0,00	0,00
Unidade Local de Saúde do Alto Ave, EPE	508080827	719.848,92	0,00	1.192.387,31	0,00	0,00
Unidade Local de Saúde do Oeste, EPE	514993871	10.010,00	0,00	10.010,00	0,00	0,00
Unidade Local de Saúde dp Alto Alentejo, EPE	508094461	23.725,00	0,00	23.725,00	0,00	0,00
Unidade Local de Saúde de Loures-Odivelas, EPE	516726862	56.959,00	0,00	56.959,00	0,00	0,00
Entidade Reguladora da Saúde	507021266	0,00	25.000,00	0,00	0,00	0,00
Direção-Geral da Saúde	600037100	1.070,29	0,00	0,00	0,00	0,00
Serviço de Utilização Comum dos Hospitais (SUCH)	500900469	157.253,49	5.125.716,10	51.827,94	0,00	1.030.695,20
Seviço Partilhados do Ministério da Saude, EPE (SPMS)	509540716	0,00	6.793,94	0,00	0,00	0,00

2. Informação sobre outras transações:

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

Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de janeiro, revisto pelo Decreto-Lei n.º 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 n.º 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 n.º 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 n.º 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 n.º 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 artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 127/2012, de 21 de junho, implica a nulidade do contrato. II - Nos termos conjugados dos artigos 5.º, n.º 4 e 9º nº2 da Lei n.º 8/2012, de 21 de fevereiro, não é possível a sanção da referida nulidade nem aplicação da C de restituição do valor da prestação»;
- Lei n.º 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;

- Lei n.º 27-A/2020, de 24 de julho, artigo 7.º Altera o artigo 48.º 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 n.º 78/2022, de 7 de novembro, que altera a Lei n.º 30/2021, de 21 de maio que aprova medidas especiais de contratação pública;
- Lei n.º 30/2021, de 21 de maio, que aprova medidas especiais de contratação pública, em ordem à agilização dos investimentos do PRR e altera várias normas do CCP;
- Decreto-Lei n.º 36/2022, de 20 de maio, 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).

De referir que a legislação que previa o carácter de exceção na tramitação administrativa de determinados procedimentos decorrente da pandemia, foi revogada, como sejam:

- Decreto-Lei n.º 10-A/2020, de 13 de março, capítulo II: aprova um Regime Excecional de contratação pública e de autorização de despesa;
- Decreto-Lei n.º 10-E/2020, de 24 de março, que alarga o âmbito de aplicação daquele Decreto-Lei n.º 10-A/2020;
- Lei n.º 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 de fevereiro.

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	Entidade	NIF	Valor Faturado	Peso
982313	INSTITUTO DAS IRMAS HOSPITALEIRAS DO SAGRADO CORAÇÃO DE JESUS - Casa de Saúde do Bom Jesus (IPSS)	500989001	8.472.617,00 €	11,64%
982311	INSTITUTO SÃO JOAO DE DEUS - Casa de Saúde São João de Deus (IPSS)	500927731	6.492.195,00 €	8,92%
9800336	SANTA CASA MISERICORDIA PORTO	500239894	5.096.694,33 €	7,00%
982312	INSTITUTO SÃO JOAO DE DEUS - Casa de Saúde de S. José de Areias de Vilar (IPSS)	500927731	4.161.063,00 €	5,72%
9800343	SUCH - SERVIÇO DE UTILIZ. COMUM DOS HOSPITAIS	500900469	4.014.576,35 €	5,52%



IX.

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

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 informação¹⁹:

1. Estratégias adotadas e grau de cumprimento das metas fixadas

No ano de **2024**, após uma análise detalhada e considerando universos comparáveis anuais, observa-se um **reforço dos padrões de sustentabilidade** da empresa em diversos domínios. Destaca-se especialmente a **melhoria progressiva do desempenho produtivo** em algumas linhas de produção, com foco particular na **atividade cirúrgica** e nos **cuidados de saúde primários**. A instituição continua a otimizar sua **capacidade instalada**, o que também resulta em melhorias no acesso.

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

Indicador	Ano 2022*	Janeiro 2023*	Fevereiro-Dezembro 2023	Ano 2023	Ano 2024	Var. 2022-2023	Var. 2023-2024
Cuidados de Saúde Hospitalares							
Doentes Saídos	35.504	3.227	31.457	34.684	33.668	-2%	-3%
Consultas Médicas	780.858	74.780	710.754	785.534	780.338	1%	-1%
Doentes Operados Ambulatório	26.868	2.687	23.582	26.269	29.450	-2%	12%
Sessões Hospital de Dia	107.203	9.895	101.702	111.597	108.590	4%	-3%
Atendimentos em Urgência	146.383	11.827	135.930	147.757	146.805	1%	-1%
Visitas Domiciliárias	6.382	547	5.685	6.232	5.546	-2%	-11%
Doentes-Padrão	115.541	11.032	109.325	120.357	126.497	4%	5%
Cuidados de Saúde Primários**							
Consultas Médicas (Presenciais e Não Presenciais)	1.419.289	130.499	1.251.551	1.382.050	1.396.460	-3%	1%
Visitas Domiciliárias Médicas	8.149	778	8.233	9.011	10.577	11%	17%
Consultas de Enfermagem	686.905	62.149	605.283	667.432	721.420	-3%	8%
Visitas Domiciliárias Enfermagem	74.851	6.203	65.854	72.057	76.360	-4%	6%
Consultas de Outros Profissionais	30.426	3.134	25.135	28.269	33.326	-7%	18%
Utentes Inscritos	347.784	347.810	-	349.389	355.270	0%	2%

* Reconstituição do histórico através da soma da produção do ex-HML, do ex-CHUPorto e dos ACES de Porto Ocidental e Gondomar.

** Fonte: SIARS. Doente Padrão - 2024 (dados exportados do SICA a 10-04-2025)

19 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.

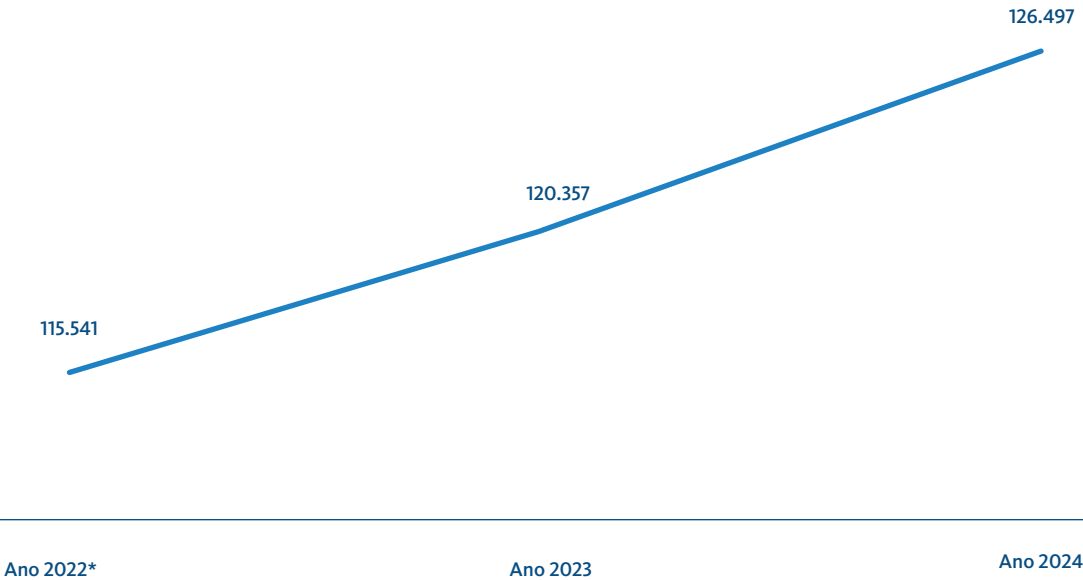
Durante o ano de 2024, o primeiro ano de atividade da ULS Santo António, estreitou-se a integração entre os cuidados de saúde hospitalares e os cuidados de saúde primários.

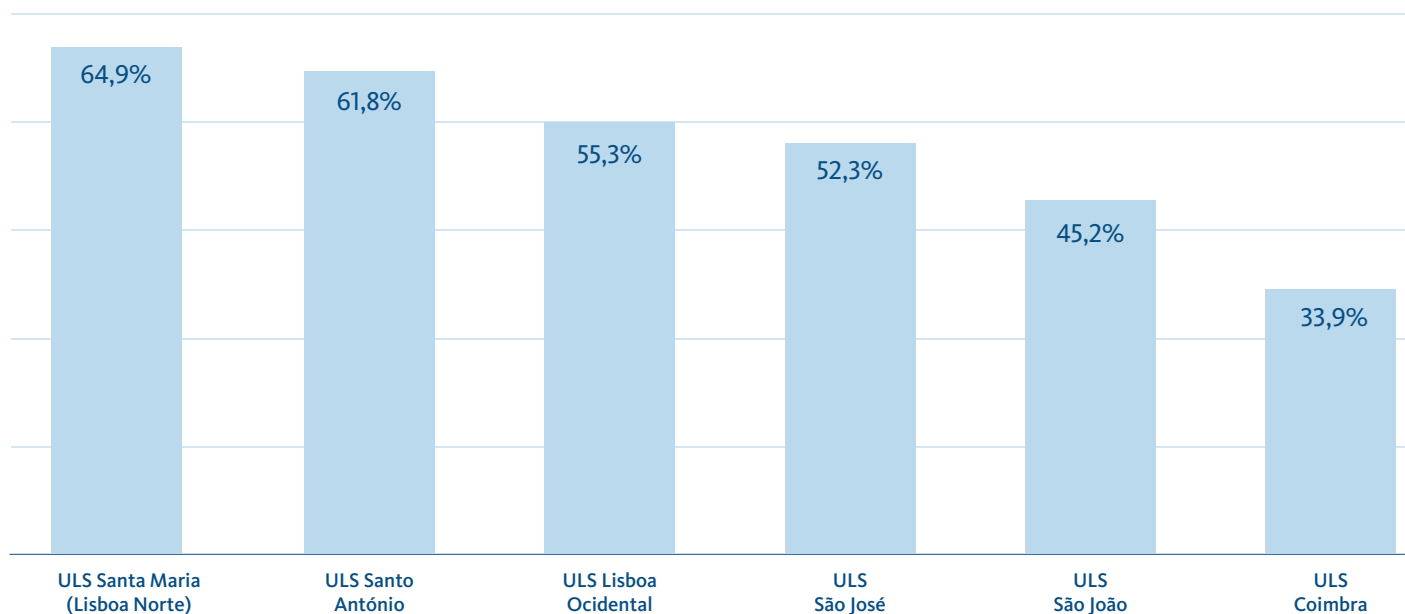
Nos cuidados de saúde hospitalares, destaca-se a evolução positiva e sustentada do ambulatório cirúrgico, contribuindo para que a ULS atingisse o pico de atividade cirúrgica global, com 45.301 doentes operados. Apesar de ligeiras diminuições noutras linhas de atividade, o número de doentes-padrão aumentou 5%.

A generalidade das linhas de atividade dos cuidados de saúde primários apresenta uma evolução positiva em 2024. O número de utentes inscritos, após ter estagnado em 2023, apresenta um crescimento de 2% no ano de 2024.

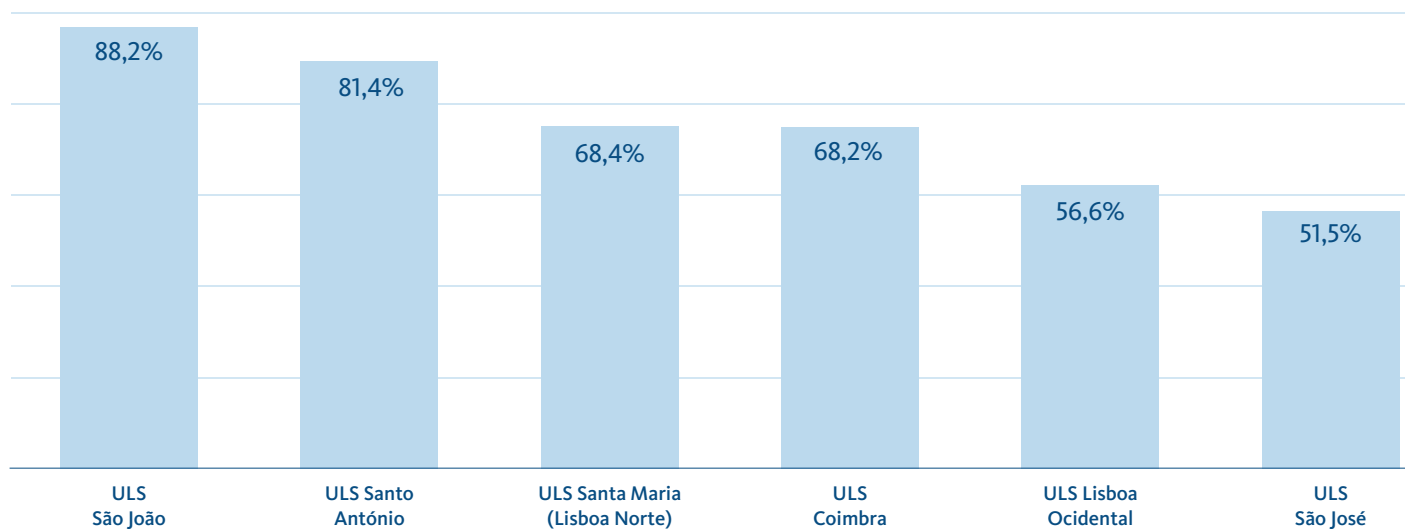
A ULS Santo António continua a destacar-se como um dos hospitais com melhores indicadores de acesso dentro dos hospitais do mesmo grupo. O aumento sustentado ao longo dos anos no número de doentes-padrão também reflete o impacto positivo da resposta aos utentes, como evidenciado nos gráficos seguintes.

Evolução Doentes Padrão



% 1^{as} Consultas Realizadas em Tempo Adequado (Valores Acumulados)

Fonte: Benchmarking Hospitais - Acesso (extração em 19-03-2025)

% de inscritos em LIC dentro do TMRG (Valores mensais)

Fonte: Benchmarking Hospitais - Acesso (extração em 19-03-2025)

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

Indicador	Ano 2022*		Janeiro 2023*		Fevereiro-Dezembro 2023	
	Total €	€/Doente-Padrão	Total €	€/Doente-Padrão	Total €	€/Doente-Padrão
Produtos Farmacêuticos	145.577.918	1.260,0	15.824.228	1.434,4	136.824.705	1.251,5
Medicamentos PAF	28.450.075	246,2	3.815.857	345,9	27.473.122	251,3
Medicamentos Hepatite C	458.041	4,0	46.315	4,2	818.048	7,5
Medicamentos Atrofia Muscular Espinhal	6.954.319	60,2	420.822	38,1	1.939.380	17,7
Material de Consumo Clínico	38.447.747	332,8	2.774.040	251,5	37.978.370	347,4
Material de Consumo Hoteleiro	1.924.299	16,7	157.781	14,3	1.805.007	16,5
Outros Materiais de Consumo (Administrativo, Manutenção e Conservação, Alimentar)	1.892.833	16,4	137.679	12,5	1.469.331	13,4
Total Consumos	187.842.796	1.625,8	18.893.728	1.712,6	178.077.413	1.628,9

Indicador	Ano 2023		Ano 2024 ***		Var. 2022/2023		Var. 2023/2024	
	Total €	€/Doente-Padrão	Total €	€/Doente-Padrão	Total €	€/Doente-Padrão	Total €	€/Doente-Padrão
Produtos Farmacêuticos	152.648.933	1.268,3	171.985.754	1.359,6	5%	1%	13%	7%
Medicamentos PAF	31.288.979	260,0	40.378.152	319,2	10%	6%	29%	23%
Medicamentos Hepatite C	864.362	7,2		0,0	89%	81%	-100%	-100%
Medicamentos Atrofia Muscular Espinhal	2.360.203	19,6	0	0,0	-66%	-67%	-100%	-100%
Material de Consumo Clínico	40.752.410	338,6	45.372.991	358,7	6%	2%	11%	6%
Material de Consumo Hoteleiro	1.962.788	16,3	2.303.446	18,2	2%	-2%	17%	12%
Outros Materiais de Consumo (Administrativo, Manutenção e Conservação, Alimentar)	1.607.010	13,4	1.877.953	14,8	-15%	-18%	17%	11%
Total Consumos	196.971.141	1.636,6	221.540.144	1.751,3	5%	1%	12%	7%

* Reconstituição do histórico através da soma da produção do ex-HML e do ex-CHUPorto.
** Valores de Doente-Padrão disponíveis no SICA em 10-04-2025.
*** Para análise de universos comparáveis, os valores foram deduzidos dos consumos registados nos centros de custos dos Cuidados de Saúde Primários.

A evolução no total de Produtos Farmacêuticos em 2024 foi de 13%, não obstante o custo por doente-padrão ter crescido apenas 7%. Para esta evolução contribuiu o aumento no consumo de 29% nos medicamentos para tratar a PAF, em particular o Patisiran, cujo número de doentes tratados aumentou.

No que respeita ao material de consumo clínico, no ano 2024, o custo gerado nesta rubrica aumentou 11%, acompanhando

a evolução do nível de produção cirúrgica diferenciada, que onera particularmente esta rubrica, pelo que o custo por doente-padrão cresceu 6%.

A evolução total nos consumos por doente-padrão em 7%, encontra-se fundamentada essencialmente pela evolução dos custos com medicamentos, nomeadamente os relativos a inovação terapêutica.

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

Indicador	Ano 2022*		Janeiro 2023*		Fevereiro-Dezembro 2023	
	Quant.	Quant. Ponderada	Quant.	Quant. Ponderada	Quant.	Quant. Ponderada
MCDT Realizados na Instituição	7.009.583	14.860.120	663.610	1.353.212	6.646.404	13.075.668
MCDT Realizados no Exterior	95.943	775.549	9.226	71.600	77.632	664.639
Total	7.105.526	15.635.669	672.836	1.424.813	6.724.036	13.740.307
MCDT - Pedidos pela Consulta	3.417.533	-	333.377	-	3.245.492	-
MCDT/Consulta	4,38	-	4,46	-	4,57	-

Indicador	Ano 2023		Ano 2024		Var. 2022*- 2023		Var. 2023*- 2024	
	Quant.	Quant. Ponderada	Quant.	Quant. Ponderada	Quant.	Quant. Ponderada	Quant.	Quant. Ponderada
MCDT Realizados na Instituição	7 310 014	14 428 880	8 218 925	15 312 237	4%	-3%	12%	6%
MCDT Realizados no Exterior	86 858	736 240	44 268	679 601	-9%	-5%	-49%	-8%
Total	7 396 872	15 165 120	8 263 193	15 991 838	4%	-3%	12%	5%
MCDT - Pedidos pela Consulta	3 578 869	-	3 747 640	-	5%	-	5%	-
MCDT/Consulta	4,56	-	4,80	-	4%	-	5%	-

* Reconstituição do histórico através da soma da produção do ex-HML e do ex-CHUPorto.

** Atualização retrospectiva da informação relativa a Janeiro 2023.

O aumento da atividade interna, demonstra a otimização e racionalização da capacidade instalada para solucionar a pressão colocada pela evolução da atividade assistencial da ULS. É importante ressaltar que, apesar de ainda ser residual

(representando apenas 0,5% do total de exames realizados no ano de 2024) e de se concentrar num universo específico de MCDT, o recurso de atividade no exterior diminuiu em comparação com o período anterior.

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 2022****	Janeiro 2023****	Fevereiro-Dezembro 2023	Ano 2023	Ano 2024	Var. 2022-2023	Var. 2023-2024
Nº Camas Internamento*	1110	1128	1115	1115	1143	0%	3%
Tx Ocupação	94,3%	97,0%	95,6%	95,8%	93,6%	2%	-2%
Demora Média**	9,0	9,6	9,7	9,7	9,8	7%	1%
Tx Realização Contrato-Programa***	96,9%	-	98,8%	-	-	-	-

* Lotação média acumulada (exclui 34 berços).

** Critérios do Contrato-Programa.

*** SICA exportado em 20-03-2024.

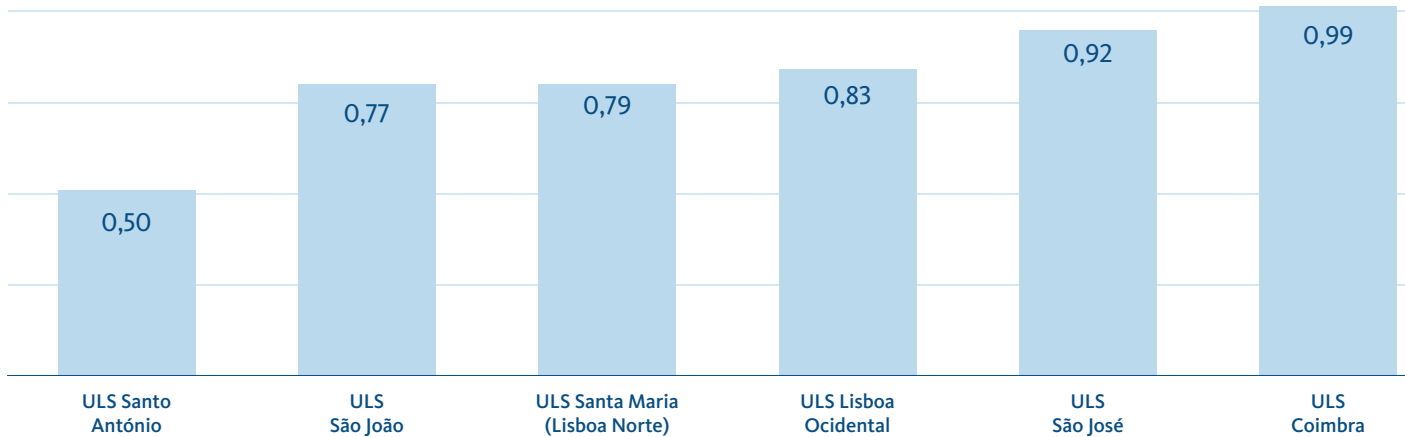
**** Reconstituição do histórico através da soma da produção do ex-HML e do ex-CHUPorto.

A taxa de ocupação de internamento, acima dos 85%, aliada a uma taxa de execução do Contrato Programa próxima dos 97% em 2022 e 99% em 2023, são exemplo da rentabilização da capacidade instalada e da maximização da sua atividade produtiva.

A Demora Média aumenta ligeiramente em 2024 (0,1 dias), face ao ano 2023, resultado do efeito da redução do número de dias de internamento em menor proporção (-0.1%), que a redução do número de doentes saídos (-2,9%). Embora vários

fatores tenham contribuído para esse efeito, como a transferência de atividade de internamento para o ambulatório em algumas especialidades cirúrgicas, o indicador continua a ser fortemente impactado pelos motivos sociais. Não obstante, o aumento de apenas 0,1 dias reflete uma gestão interna eficaz e rigorosa das camas disponíveis. Um exemplo dessa eficiência é o notável desempenho na Demora Média Pré-Operatória, posicionando a ULS SA como a entidade com o melhor resultado dentro do grupo.

Demora Média Antes de Cirurgia (Valores Acumulados)



Fonte: Benchmarking Hospitais - Acesso (extração em 19-03-2025)

1.5. Manutenção da ULS Santo António como entidade formadora certificada

Em 2024, a ULS Santo António manteve-se 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.

Além da capacitação dos profissionais a nível formativo em resposta à norma de acreditação da Instituição pelo Caspe Healthcare Knowledge Systems (CHKS), houve uma diversificação da formação e adaptação à dimensão e as necessidades da ULSSA com reforço na sua divulgação.

1.6. Estabilidade de Despesa

Em 2024 houve um aumento das receitas e digitalização de processos com ganhos em eficiência e redução de custos. A implementação da plataforma EUNICE para a gestão de formações, reduziu o uso de papel e otimizou processos administrativos com reorganização de tarefas.

O aumento do número de estágios (32%) bem como o reforço da cooperação com escolas de saúde e entidades de ensino superior para troca de formadores e acesso a cursos técnicos especializados contribuíram para a sustentabilidade económica do departamento. Em 2024 mantivemos o protocolo de colaboração com a Academia SPMS.

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 as Clínicas, Departamentos, Serviços Transversais e as Diferentes Direções, tendo em vista a definição de níveis de produção a realizar, indicadores de acesso, qualidade e eficiência a atingir;
- 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 a ULSSA o compromisso de cumprir e fazer cumprir diversas vertentes da qualidade através, nomeadamente:

2.2.1. Da definição de uma Missão, Visão e Valores partilhados e assimilados por toda a ULSSA, promotores de 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.

2.2.2. 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:

- a)** 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;
- b)** Na procura da melhoria contínua da qualidade e da redução do desperdício, através:

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

- c)** Na definição e cumprimento de normas de boa prática clínica, com sistemática auditoria clínica e revisão de utilização;
- d)** 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;
- e)** 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.
- f)** 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.

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

2.2.4. Do estabelecimento de uma estrutura organizacional que integra Grupos Temáticos com autonomia, 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.

2.2.5. 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:

- 1. A Excelência Clínica – Prémio TOP 5 Excelência dos Hospitais atribuído à agora ULSSA em 6 anos consecutivos: 2014, 2015, 2016, 2017, 2018 e 2019 (<http://www.iasist.pt>). Não houve atribuição de Prémio após esta data.**
- 2. ERS - Modelo de Supervisão pelo Risco e Sistema Nacional de Classificação de Estabelecimentos Prestadores de Cuida-**

dos de Saúde (SAM4). Este sistema, ao contrário do SINAS, tem caráter obrigatório. No seguimento da apresentação do novo sistema de avaliação, e em resposta ao pedido da ERS de entidades voluntárias disponíveis para participar no projeto piloto, a ULSSA integrou a fase de recolha de informação in loco que decorreu até final de setembro de 2024. Os resultados desta avaliação inicial proporcionarão o estabelecimento de melhorias internas nas áreas onde venham a ser identificadas fragilidades.

3. Manutenção do investimento nos trabalhos para obtenção da Acreditação Internacional pelo CHKS dos 16 Centros de Referência atribuídos à agora ULSSA (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):

- i. Centro de Referência da Paramiloidose Familiar;
- ii. Centro de Referência do Cancro do Esófago;
- iii. Centro de Referência do Cancro do Testículo;
- iv. Centro de Referência do Transplante Renal de Adulto;
- v. Centro de Referência do Transplante de Pâncreas;
- vi. Centro de Referência do Cancro do Reto;
- vii. Centro de Referência dos Sarcomas das Partes Moles e Ossos;
- viii. Centro de Referência das Coagulopatias Congénitas;
- ix. Centro de Referência das Doenças Hereditárias do Metabolismo;
- x. Centro de Referência da Epilepsia Refratária;
- xi. Centro de Referência da Fibrose Quística;
- xii. Centro de Referência de Neurorradiologia de Intervenção na Doença Cerebrovascular;
- xiii. Centro de Referência do Cancro Hepatobiliopancreático;
- xiv. Centro de Referência do Transplante Renal Pediátrico;
- xv. Centro de Referência do Transplante Hepático;
- xvi. Centro de Referência dos Implantes Cocleares.

4. Rede de Referência Europeia - Consolidação dos Centros já incluídos na Rede Europeia:

- i. ERN-RITA Imunodeficiências primárias, Unidade de Imunologia Clínica da Clínica de Medicina;
- ii. ERN-RITA Doenças autoinflamatórias e autoimunitárias, Unidade de Imunologia Clínica da Clínica de Medicina;
- iii. ERN-EURO-NMD Doenças neuromusculares, Unidade Corino de Andrade e Serviço de Neurofisiologia;
- iv. ERN-EURO-NMD Doenças neuromusculares raras, Unidade Funcional de Doenças Neuromusculares – pediátricas e de adultos;
- v. ERN-LUNG Doenças respiratórias pediátricas e de adultos, Unidade de Pneumologia CMIN e Unidade de Doença Vascular Pulmonar da Clínica de Medicina;

- vi. ERN-ERNICA Doenças hereditárias e congénitas (Malformações do trato digestivo-diafragma e parede abdominal), Gastrenterologia e Cirurgia Pediátricas;
- vii. ERN-ReCONNET Doenças músculo-esqueléticas e do tecido conjuntivo, Unidade de Imunologia Clínica da Clínica de Medicina;
- viii. ERKNet Doenças renais raras, Nefrologia Pediátrica e Serviço de Nefrologia adultos;
- ix. EurobloodNet Doenças hematológicas, Serviço de Hematologia Clínica;
- x. ERN TRANSPLANT – CHILD, transplantes pediátricos de órgãos sólidos e células estaminais hematopoiéticas;
- xi. EpiCare, Diagnóstico e tratamento de epilepsias raras e complexas;
- xii. ERN – EURACAN, diagnóstico, tratamento e prestação de cuidados de saúde aos doentes adultos com tumores sólidos.

5. Manutenção do investimento nos trabalhos para obtenção da Acreditação Internacional pelo CHKS às Unidades Hospital de Santo António, Centro Materno-Infantil do Norte e Hospital Magalhães Lemos. Este modelo de Acreditação não prevê graus parciais de cumprimento como resultado final. A entidade tem o grau de acreditação somente se cumprir a totalidade dos critérios obrigatórios. A implementação desta metodologia de Acreditação no Hospital de Santo António e no Hospital Magalhães Lemos - cujo início remonta a 2001 – evoluiu após 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. Desde 2023, e em consequência da fusão do CHUPorto com o Hospital Magalhães Lemos a ambição em termos de Acreditação Internacional tornou-se ainda maior, dada a natureza específica das normas aplicáveis em Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental, atentas as necessidades especiais dos seus doentes, assim como os riscos associados a estabelecimentos com aquela vocação. Concretizada a relação contratual para todo o universo hospitalar da ULSSA, encontra-se agendada para junho de 2025 a auditoria externa internacional.

6. Mantiveram a Certificação ISO 11 Serviços, em ciclos de renovação iniciados em 2022 e 2023:

- i. Serviços Farmacêuticos;
- ii. Programa de transplante de córnea;
- iii. Serviço de Hematologia Clínica;
- iv. Serviço de Microbiologia;
- v. Centro de Procriação Medicamente Assistida;
- vi. Unidade de Esterilização Central;
- vii. Serviço de Logística;

- viii. Serviço de Hospital de Dia Polivalente;
- ix. Serviço de Urgência;
- x. Serviço de Nefrologia;
- xi. Laboratório Centralizado (CORELAB).

Manteve a Certificação ISO 13485:2017 (Dispositivos Médicos) a Unidade de Esterilização Central.

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 (vd. artigo 49.º do RJSPE);

A política de responsabilidade social e de desenvolvimento sustentável da ULSSA encontra-se radicada no seu Regulamento Interno, documento estruturante e orientador da sua ação, através da sua definição de Missão: “O Santo António tem uma missão hospitalar ampla, da assistência corrente à de alta diferenciação científica, das doenças prevalentes na comunidade às patologias complexas, integrando-as com o ensino, a investigação, a formação e o desenvolvimento humano, em compromisso solidário com o sistema nacional de saúde. (...) Visa consolidar-se como um centro de inovação, reconhecido pela sociedade, desenvolvendo-se de acordo com modelos dinâmicos, criativos, competitivos e comprometidos com princípios de sustentabilidade global e cidadania, assentes em integridade e transparência, culminando em benefícios para as pessoas.”

Também os valores pelos quais a ULSSA se orienta na sua atividade traduzem as preocupações do artigo 49.º do RJSPE:

- a) Empatia e Inclusão;
- b) Integridade;
- c) Compromisso;
- d) Interdisciplinaridade;
- e) Qualidade;
- f) Proficiência e Reconhecimento.

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

No que respeita, particularmente, à proteção dos consumidores, a ULSSA dá cumprimento ao estabelecido na Lei n.º 15/2014, de 21 de março – Direitos e deveres do utente dos serviços de saúde, e na Base 2 da Lei de Bases da 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 a ULSSA;

B. Roll-up e Cartazes - São colocados de forma bem visível e em destaque na entrada dos Serviços e Unidades da ULSSA, 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, com seleção de conteúdos dirigidos e disponibilizados através da Corporate TV.

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 2024 continuou-se a investir no desenvolvimento de novas funcionalidades na APP móvel Santo António, que pode ser instalada no telemóvel dos utentes, onde os mesmos recebem toda a informação relacionada com os seus tratamentos como podem:

- i. Fazer sugestões, reclamações e elogios;
- ii. Obter informação sobre a ULSSA e locais de atividade com recurso a solução de georreferenciação;
- iii. Receber informações sobre agendamento de consultas e interações para alteração de datas das mesmas;
- iv. Ser notificado do agendamento de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica;
- v. Obter informações sobre o Serviço de Urgência, Internamento e Hospital de Dia Polivalente;
- vi. Ter acesso informação relativa a direitos e deveres do utente;
- vii. Formular pedidos de acesso à informação clínica, pedidos de atestado multiusos para doentes oncológicos e pedidos de certificados de óbito;
- viii. Consultar informações sobre visitas;
- ix. Obter notícias relativas à ULSSA;
- x. Consultar histórico de episódios;
- xi. Consultar dívida de taxas moderadoras e solicitar código MB para pagamento das mesmas;
- xii. Aceder ao histórico de dádivas de sangue;
- xiii. Associar filhos menores de 12 anos, para melhor acompanhar e gerir os seus processos de tratamento e acesso a cuidados de saúde;
- xiv. Agendar o levantamento de medicamentos na Farmácia Hospitalar;
- xv. Manter-se informado sobre o circuito de familiares ou relativos que se encontrem em tratamento no Serviço de Urgência;
- xvi. 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 a ULSSA - a breve trecho será possível associar maiores de idade, colhido que seja o seu consentimento expresso, e haverá um módulo destinado aos colaboradores da instituição, com o objetivo de melhorar o equilíbrio entre a vida pessoal e a vida profissional.

G. Comunicação - O empenho da ULSSA e dos seus profissionais na disponibilização de um atendimento de excelência mobilizou uma equipa de projeto para a transformação do modelo de atendimento telefónico tradicional, que importava insatisfação formalmente reportada pelos utentes e milhares de telefonemas que não eram atendidos, obrigando o utente a várias tentativas

de contacto. Através de um sistema automático de atendimento o utente pode, em tempo real, deixar uma mensagem com a sua questão. O novo mecanismo recorre à inteligência artificial, para converter a mensagem de voz deixada pelos utentes num texto escrito, remetido automaticamente para um email institucional. O utente é, posteriormente, contactado por um colaborador com a solução da sua questão – segurança e eficácia. O assistente virtual utiliza tecnologia de Voicebot com recurso a Machine Learning, processamento de linguagem natural e Data Mining sendo capaz de aprender e evoluir ao longo do tempo. Este sistema de atendimento telefónico, que combina uma solução de inteligência artificial com a tecnologia IVR (interactive voice response) e permite evitar filas de espera e perda de chamadas, já que é capaz de atender um número ilimitado de chamadas em simultâneo e registar em texto todas as mensagens de voz deixadas pelos utentes. Desta forma garante-se a resposta da forma mais automática e rápida possível àquelas que são as intenções mais comuns de contacto.

H. 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.

I. 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 de Ação e Saúde para Crianças e Jovens em Risco, que atua no âmbito do sistema de proteção legalmente instituído. 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.

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 pela ULSSA, 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. Avaliação e Tratamento de Doentes Hospitalizados
4. Política de transferência de doentes;
5. Política de alta;
6. Política de acompanhamento do doente terminal;
7. Política para lidar com a morte;
8. Estratégia de comunicação (que inclui doentes e familiares, assim como associações de utentes);
9. 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 nº 126/2014 de 22 de agosto, e pelo Regulamento ERS nº 65/2015 assegurado pelo Gabinete do Cidadão da ULSSA, 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 – mediante a expressão de louvor - a ação dos serviços, equipas ou profissionais como indutor de excelência. Na ULSSA não há, os processos de recrutamento, qualquer forma de discriminação de género, raça, idade, orientação sexual ou religiosa.

A Casa de Pessoal da ULSSA é uma entidade parceira que tem por objetivo estimular o sentimento de pertença, através da organização de serviços que proporcionem atividades físicas, lúdicas e culturais a benefício dos profissionais da instituição e das suas famílias. As atividades desenvolvidas contam com a utilização de instalações e logística da ULSSA e constituem fator motivacional e de união para os seus profissionais, já que os profissionais aposentados também são estimulados a participar.

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 (vd. artigo 49.º do RJSPE);

A ULS de Santo António tem implementado medidas de sustentabilidade ambiental de diversa natureza, de entre as quais se destacam na área da eletrotecnia as seguintes melhorias no âmbito da sustentabilidade ambiental:

- Reconversão da iluminação para tecnologia LED em todos os edifícios da ULS SA atingindo-se uma taxa de reconversão de cerca de 80% no presente;
- Gestão de iluminação através de sensores de presença nas garagens) e luminosidade nos gabinetes como forma de adequar os níveis de iluminação aos locais de trabalho (Exº Open space da farmácia e Auditório);
- Aquisição de eletrodomésticos e TV's tendo como critério de escolha a classe energética.

Relativamente ao Plano de Investimentos o SIE propôs os seguintes:

- Implementação de Produção de Energia Fotovoltaica nas coberturas dos edifícios
- Transição dos meios de transporte da ULSSA para veículos elétricos;
- Instalação de Postos de carregamento nas garagens com interligação à Mobi-E para os utentes;

Na parte de AVAC:

Na área das Mecânicas, refere-se as seguintes melhorias no âmbito da sustentabilidade ambiental:

- Início da renovação do parque de equipamentos AVAC (chillers, utas e ventilo-convetores), por modelos mais eficientes e económicos;
- Análises regulares à água de consumo, para proteção do ambiente e segurança dos utilizadores do edifício, com o objetivo de deteção precoce de anomalias, com periodicidade mensal;
- Análises regulares da qualidade do ar interior (QAI), com o objetivo da deteção precoce poluentes no ar interior e identificação de necessidades de renovação de ar nos espaços do edifício, para evitar situações de perigo ambiental e de segurança dos utilizadores, 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, incluindo a utilização de gerador de ozono para eliminação de substâncias orgânicas produtoras de odores e destruição de bactérias e vírus presentes no ar. Os edifícios abrangidos por ETARs são o HSA e o CMIN;
- Contratualização 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;

- Contratualização 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;

A instituição 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 (vd. n.º 2 do artigo 50.º do RJSPE);

Nos termos da legislação em vigor n.º 2 do artigo 50.º do RJSPE, as empresas públicas estão obrigadas a adotar planos de igualdade que promovam uma efetiva igualdade de tratamento e de oportunidades entre homens e mulheres, que eliminem discriminações e que permitam a conciliação entre a vida pessoal, familiar e profissional.

O plano de ação para a igualdade de género e não discriminação, encontra-se disponível para consulta na seguinte hiperligação:
<https://www.chporto.pt/vOBOVOH/plano-de-acao-para-a-igualdade-de-genero>

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;

As ações concretas relacionadas ao Princípio da Igualdade de Género são plenamente respaldadas pela Constituição da República Portuguesa, sendo também reforçadas pela obrigação legal de garantir a transparência nos processos de recrutamento, com o objetivo de eliminar qualquer forma de discriminação de género. Em total conformidade com a alínea h) do artigo 9.º, n.º 2, da Constituição, a Unidade Local de Saúde de Santo António, enquanto entidade empregadora, compromete-se ativamente na promoção de uma política de igualdade de oportunidades entre homens e mulheres no

acesso ao emprego e no desenvolvimento profissional. Esta entidade, com dedicação e empenho, trabalha na prevenção de qualquer forma de discriminação, estendendo esse compromisso não apenas aos processos de recrutamento, mas também às áreas de promoções, remunerações e nomeações para cargos de liderança.

Em relação ao acesso a cargos de direção e chefia, a distribuição entre homens e mulheres é equilibrada, como demonstrado no quadro abaixo:

Funções Chefia	
Homens	Mulheres
44%	56%

Ao analisar as remunerações pagas por género, observa-se uma diferença significativa nos abonos processados em dezembro de 2024. Esta disparidade pode ser atribuída à maior disponibilidade dos homens para realizar trabalho extraordinário, especialmente durante a noite, o que reflete as características culturais do contexto em que estamos inseridos.

A Unidade Local de Saúde de Santo António deu cumprimento ao n.º 2 da Resolução de Conselho de Ministros 18/2014, de 7 de março.

Abonos totais dezembro 2024	
Homens	Mulheres
3.523,46€	2.569,72€

A Unidade Local de Saúde de Santo António 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 n.º 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 da ULSSA: [Microsoft Word - Relatório-Igualdade-remuneracoes-RCM-18_Ano2023](#)

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 (vd. n.º 1 do artigo 50.º do RJSPE);

De modo geral, a estratégia adotada em 2024 fortaleceu a sustentabilidade do DEFI e posicionou a entidade como um centro de excelência na formação profissional e na promoção do conhecimento sustentável. Houve uma forte aposta na valorização curricular dos profissionais e na capacitação da equipa para responder às novas formas de trabalho com inclusão de várias áreas temáticas descritas na tabela:

Área temática	Cursos	Ações	Formandos
Emergência médica interna	8	73	815
Doente crítico e emergente	5	5	71
Qualidade assistencial	41	119	2.295
Gestão do risco e segurança	15	80	2.143
Competências relacionais	9	43	615
Competências técnicas	2	6	71
Gestão	8	26	787
Sustentabilidade e Digitalização	4	7	351
Tecnologias de Informação e comunicação	5	7	108
Totais	97	371	7.256

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

Grupo Profissional	Nº Participações	Nº Participantes
Administradores Hospitalares	22	7
Assistente Operacional	727	486
Assistente Técnico	894	419
Pessoal Dirigente Superior	5	3
Outro Pessoal	2	2
Pessoal de Enfermagem	3.640	1.545
Pessoal de Informática	8	7
Pessoal Dirigente	202	70
Pessoal Farmacêutico	27	18
Pessoal Médico	940	666
Pessoal Técnico Superior Diagnóstico e Terapêutica	545	265
Pessoal Técnico Superior de Saúde	31	21
Técnicos Superiores	213	108
Total	7.256	3.617

A sustentabilidade social foi evidenciada pelo aumento da capacitação dos profissionais e pela diversificação da oferta formativa. Em 2024 foram realizados 97 cursos e 371 ações formativas, abrangendo diversas áreas como emergência médica, qualidade assistencial, gestão de risco e segurança, competências técnicas, sustentabilidade e digitalização, o que representou um aumento de 28% no número de cursos oferecidos em relação a 2023. O volume total de formação teve um aumento muito expressivo (54,7%) em relação ao ano transato. Fruto da maior oferta formativa, o número total de participantes cresceu 43,2%, de 2.525 (2023) para 3.617 (2024) e o número de participações em ações de formação subiu 37%, de 5.295 (2023) para 7.256 (2024).

Evolução da Formação de 2021 a 2024

Ano	2021	2022	2023	2024
Nº de cursos	62	65	76	97
Nº de ações	244	232	285	371
Nº de presenças	3.780	4.014	5.295	7.256
Volume Total de Formação	18.160	14.702	26.819	41.475

Os 3 grupos profissionais que fizeram mais formação foram por ordem decrescente os enfermeiros (3.640 participações e 1.545 profissionais capacitados), os médicos: 940 participações e 666 profissionais capacitados e os assistentes técnicos e operacionais: 1.621 participações.

Além da formação ministrada, A ULSSA recebeu 1.112 estudantes em estágios curriculares no ano letivo 2023/2024 e 158 estágios individuais e voluntários, muitos dos quais de profissionais estrangeiros que nos procuraram para realizar estágios em áreas específicas. O Departamento de Ensino e Formação acolheu ainda 39 visitas de estudo e 9 estágios interinstitucionais reforçando o papel social da Instituição no Ensino e na divulgação de conhecimento.

Relativamente às ações junto da comunidade foram realizadas com a colaboração do Serviço de Museu e Documentação, atividades lúdicas e formativas para os vários grupos etários e visitas orientadas ao museu CHP.

Além da oferta formativa, a ULSSA contribuiu ativamente para a valorização dos seus profissionais e Serviços com a atribuição de bolsas e prémios.

Em 2024 tivemos 10 bolsheiros associados a projetos de investigação. Na retribuição mensal dos subsídios de bolsa, reembolso de seguro social voluntário e seguro de acidentes pessoais, foram investidos 95.019€. O investimento das bolsas é suportado, maioritariamente pelo Fundo de investigação e desenvolvimento (FID) (n=6), pelo financiamento do PRR (n=2) e por verbas de investigação dos serviços (n=2) da ULSSA. Parte da verba proveniente dos ensaios clínicos reverte para as contas dos Serviços/Unidades.

A utilização e aplicação das verbas alocadas a cada Serviço/ Unidade têm enquadramento institucional nas Normas de utilização de verbas no âmbito da Investigação, autorizadas pelo Conselho de Administração. A sua disponibilização é feita mediante proposta dos diretores de serviço/responsáveis de unidades autónomas, mediante autorização do Conselho de Administração, após análise técnica/científica (âmbito) e financeira (saldo da conta) feita pelo DEFI/GGF (Gabinete de gestão Financeira).

Em 2024, foram analisados e informados cerca de 200 processos para autorização de despesas relacionadas com *Atividades de ensino, formação e investigação dos profissionais da instituição, Atividades relacionadas com projetos de investigação e Atividades de desenvolvimento científico e tecnológico e inovação*, refletindo um decréscimo no número de processos e na despesa executada, relativamente ao ano anterior. A concretização de projetos académicos foi também proporcionada com a atribuição de equiparações a bolsheiro, 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 (vd. 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.).

A ULSSA 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 (DEFI), o Centro Académico Clínico e a Direção de Inovação e Projetos são as estruturas de suporte, dinamização e incentivo de projetos académicos, de ensaios clínicos e de projetos científicos de enquadramento nacional e europeu.

Além das medidas de sustentabilidade económica e social atrás referidas, o DEFI também incorporou ações voltadas à sustentabilidade ambiental, promovendo a digitalização e otimização de recursos nomeadamente a redução do consumo de papel com a digitalização integral de todo o processo formativo; a ampliação do acesso remoto a bases de dados científicas e cursos online reduziu deslocamentos presenciais para formação, contribuindo para a pegada de carbono. Em 2024, registamos 36.534 acessos remotos à Biblioteca Digital. Também na gestão do património se implementaram ações sustentáveis com a implementação da plataforma InPatrimonium.NET para digitalizar e catalogar o acervo institucional, garantindo a preservação e acessibilidade da informação.

Todos a reformulação de processos internos e investimentos em tecnologias digitais reduziram o consumo de energia e materiais físicos contribuíram para a sustentabilidade ambiental e para o aumento da eficiência energética.

“

A ULSSA 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 (...) ”

X.

Avaliação do Governo Societário

Avaliação do Governo Societário

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

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 (n.º 2 do artigo 37.º e n.º 1 artigo 39.º 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 da saúde.

Os documentos em apreço, Relatório e Contas e Relatórios do Governo Societário de 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022 e 2023 foram em devido tempo colocados no SiRIEF e site institucional para aí estarem disponíveis cumprindo a obrigação de divulgação.

Até à data não foi recebida a deliberação Unânime por Escrito ou Despacho que contemple a aprovação dos documentos de prestação de contas e do relatório de governo societário de 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022 e 2023. Deste modo, não é possível disponibilizar em SiRIEF o documento de aprovação de contas e do relatório de governo societário por parte dos titulares da função acionista do exercício de 2023.

2. Verificação do cumprimento das recomendações recebidas²⁰ relativamente à estrutura e prática de governo societário (vd. artigo 54.º do RJSPE), através da identificação das medidas tomadas no âmbito dessas orientações. Para cada recomendação²¹ deverá ser incluída:

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

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

A estrutura de governo societário da ULSSA está de acordo com o definido na Secção IV do Capítulo I nos artigos 30.º a 33.º do Decreto-Lei n.º 133/2013 de 3 de outubro, e em termos das Práticas de Bom Governo, a Entidade cumpre o previsto na Secção II do Capítulo II do Decreto-Lei n.º 133/2013 de 3 de outubro.

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.



XI.

Anexos do RGS

Anexos do RGS

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

1. Relatório do órgão de fiscalização a que se refere o n.º 2 do artigo 54.º do RJSPE ou, caso a empresa esteja a aguardar a nomeação do órgão de fiscalização pela tutela, declaração dando conta desta situação.

2. Demonstração não financeira relativa ao exercício de 2024: aplicável às empresas de interesse público que à data do encerramento do seu balanço excedam um número médio de 500 trabalhadores durante o exercício anual – cf. n.º 1 do artigo 66.º-B do CSC ²² .

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 (vd. artigo 66.º-B do CSC).

Com a revogação da alínea l) do artigo 3º do regime Jurídico de Supervisão e Auditoria anexo à Lei n.º 148/2015, de 9 de setembro, pela Lei n.º 99- A/2021, de 31 de dezembro, a Entidade não está incluída na definição de Entidade de Interesse Público. Consequentemente não se lhe aplica 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.

Mesmo que assim não fosse, a ULSSA estaria isenta 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 n.º 133/2013, 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 66.º-B do CSC.

22 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.

Visite-nos em:
www.chporto.pt