



Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P.

Ministério da Saúde

A large, stylized map of the Algarve region in Portugal, outlined in white. The map is filled with various colors: orange, blue, purple, green, and yellow, creating a vibrant, abstract representation of the region's geography. The title "Relatório de Atividades 2012" is superimposed over the map in a large, bold, sans-serif font. Each letter of the title is a different color, matching the colors used in the map's design.

Relatório de Atividades 2012

Índice

I. INTRODUÇÃO.....	8
1. Breve Análise Conjuntural.....	8
2. Orientações Gerais e Específicas	10
II. ENQUADRAMENTO.....	12
1. A Região de Saúde	12
2. Caracterização da ARS Algarve I.P.	19
2.1 Atribuições e Estrutura Organizacional	19
2.2 Missão e Visão Estratégica	23
III. ANÁLISE DESEMPENHO: AUTO-AVALIAÇÃO	24
1. Objectivo Operacionais para 2012	24
2. Resultados Alcançados e Desvios Verificados no Âmbito do QUAR	25
3. Análise das Causas de Incumprimento ou de Resultados Insuficientes.....	44
4. Afectação Real e Prevista dos Recursos Humanos e Financeiros	45
4.1 Recursos Humanos	45
4.2 Recursos Financeiros.....	47
5. Informação Sintética sobre Iniciativas de Publicidade Institucional	47
6. Avaliação do Sistema de Controlo Interno.....	50
6.1 Ambiente e Controlo	50
6.2 Fiabilidade dos Sistemas de Informação	51
6.3 Participação dos Colaboradores no Processo de Auto avaliação	51
7. Desenvolvimento de Medidas para um Reforço Positivo do Desempenho...52	
8. Comparação com o Desempenho de Serviços idênticos, no Plano Nacional e internacional	56
IV. BALANÇO SOCIAL: Análise Sintética da Informação	56
1. Estrutura Profissional	56
2. Estrutura Etária.....	59
3. Formação Profissional	59
4. Absentismo	60
5. Caracterização	61
V. AVALIAÇÃO FINAL	62
1. Apreciação Qualitativa e Quantitativa dos Resultados Alcançados	62

2. Menção Proposta como Resultado da Auto-avaliação – QUAR 2012	64
3. Conclusões Prospectivas	64
VI. PRINCIPAIS ATIVIDADES DAS UNIDADES PRESTADORAS DE CUIDADOS	65
1. Rede de Referenciação de Urgência e Emergência do Algarve	65
2. Cuidados de Saúde Primários	68
2.1 Indicadores de Desempenho dos Cuidados de Saúde Primários	68
2.2 Utentes Inscritos e Utilizadores	71
2.3 Indicadores de Produção dos Cuidados de Saúde Primários	72
3. Cuidados de Saúde Hospitalares	75
4. Unidade de Terapia Familiar	77
5. Equipa Regional de Cuidados Continuados Integrados do Algarve (ECRCCI)	80
6. Laboratório Regional de Saúde Pública, Laura Ayres	87
7. Observatório Regional de Saúde	91
8. Licenciamentos.....	92
9. Núcleo de Monitorização e Análise de Medicamentos e Meios Complementares de Diagnóstico e Tratamento (MCDT)	95
10. Projectos Transfronteiriços.....	98
11. Assessoria de Imprensa e Comunicação (AIC)	100
12. Gabinete Jurídico e do Cidadão (GJC).....	107
13. Núcleo de Sistemas de Informação e Comunicação (NSIC).....	113
14. Unidade de Administração Geral (UAG).....	120
15. Unidade de Gestão de Recursos Humanos (UGRH)	124
16. Departamento de Contratualização (DC).....	132
17. Programas de Saúde.....	142
17.1. Núcleo de Rastreios e Doenças Oncológicas	142
17.2. Programa de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/SIDA	152
17.3. Programa Nacional de Vacinação / Vacinação Contra a Gripe sazonal.....	156
17.4. Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE).....	162
17.5. Sistema Nacional de Intervenção Precoce (SNIPI).....	164
17.6. Plano de Contingência Regional para Temperaturas Extremas Adversas...	172
17.7. Programa de Gestão de Resíduos Hospitalares nos Serviços de Cuidados de Saúde Primários	174

17.8.	Programa de Prevenção e Controlo do tabagismo	176
17.9.	Programa de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (ICAS).....	177
17.10.	Segurança do Doente.....	181
17.11.	Grupo Técnico de Feridas (GTF)	185
17.12.	Vigilância Epidemiológica Saúde Ambiental	186
17.13.	Programa Prevenção Doenças Transmitidas por Artrópodes.....	189
17.14.	Saúde Ocupacional Externa	192
VII.	SÍNTESE DA SITUAÇÃO ECONÓMICA E FINANCEIRA	194
VIII.	ANEXOS	202
A.	Quadro de Avaliação e Responsabilização – QUAR 2012.....	203
B.	Ficha de Avaliação do Sistema de Controlo Interno	208
C.	Elaboração de Ficha “Declaração para situação de doença” para as escolas	210
D.	Elaboração de Ficha “Plano de saúde individual para alunos com necessidades de saúde especiais”	211

Índice de Tabelas

Tabela 1: PIB <i>per capita</i> 2009,2010,2011P por região.....	14
Tabela 2: Indicadores Demográficos.....	16
Tabela 3: Mortalidade Infantil e Esperança de Vida à Nascimento - 2011	17
Tabela 4: Indicadores Saúde	18
Tabela 5: QUAR 2012 - Avaliação Final	25
Tabela 6: Recursos Humanos Planeados e Realizados - 2012.....	45
Tabela 7: Orçamento 2012	47
Tabela 8: Valor global gasto no conjunto das acções informativas e de publicidade institucional distribuído pela rádio e imprensa realizadas pela ARS Algarve, IP no ano de 2012	49
Tabela 9: Distribuição por trimestre de Acções Informativas e de Publicidade Institucional pelos diversos órgãos de comunicação social no ano de 2012	49
Tabela 10: Total de Efectivos por Grupo Profissional, 2010 a 2012.....	57
Tabela 11: Evolução dos Recursos Humanos nos ACES da ARS Algarve, IP – 2010/2012	58
Tabela 12: Número de Atendimentos nos Serviços de Urgência Básica (SUB)	67
Tabela 13: Movimento por Hora de Atendimento nos Serviços de Urgência Básica (SUB) - 2012	67
Tabela 14: Número de Atendimentos nos Serviços de Urgência (SU)	68
Tabela 15: Movimento por Hora de Atendimentos nos Serviços de Urgência (SU) - 2012.....	68
Tabela 16: Indicadores de desempenho dos Cuidados de Saúde Primários (2012)	70

Tabela 17: Número de inscritos com e sem médico de família atribuído, por ACeS (2011-2012)	71
Tabela 18: Número de utilizadores em cuidados de saúde primários na Região Algarve, por ACeS2010-2012	72
Tabela 19: Produção dos Cuidados de Saúde Primários na Região Algarve (2011 e 2012)	72
Tabela 20: Primeiras consultas de Medicina Geral e Familiar (MGF)	73
Tabela 21: Total de consultas de MGF 2012	73
Tabela 22: Consultas realizadas nos hospitais da Região Algarve e taxas de crescimento (2011-2012)	75
Tabela 23: Dados de produção relativos ao internamento nos hospitais da Região Algarve e taxas de crescimento (2011/2012)	76
Tabela 24: Total de atendimentos na urgência por serviço dos hospitais da Região Algarve e taxas de crescimento (2011-2012)	76
Tabela 25: Dados de produção em cirurgia nos hospitais da Região Algarve e taxas de crescimento (2011 - 2012)	77
Tabela 26: Análise Microbiológica de Águas e Alimentos em 2010/11/12	88
Tabela 27: Análise Físico-Química de Águas 2009 a 2012	89
Tabela 28: Análises Clínicas	89
Tabela 29: Serviço de Imuno-hemoterapia	90
Tabela 30: Estatísticas Newsletter digital saúdealgarve	103
Tabela 31: A estatística global de produção de documentos (saídos) do Departamento é a que segue, por área de actividade:	141
Tabela 32: População estimada para início do PRCCR na região do Algarve por ciclo, de acordo com taxas de adesão estimadas e com a literatura	148
Tabela 33: Referenciação ao SNIP	167
Tabela 34: População Abrangida	168
Tabela 35: Situação patrimonial no triénio 2010/2012	195
Tabela 36: Rácios Financeiros	196
Tabela 37: Tabela Resumo da Situação Económica	197
Tabela 38: Demonstração de Resultados 2010/2012	198
Tabela 39: Evolução dos Custos com Subcontratos	199
Tabela 40: Evolução dos Custos com Pessoal	200
Tabela 41: Proveitos e Ganhos	201
Tabela 42: Resultados	201

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Quota do n.º de camas por região, 2011	12
Gráfico 2: Viagens e dormidas por motivação de viagem dos portugueses (quota), 2010	13
Gráfico 3: Variação da população residente por NUTS II, 2001 - 2011	14
Gráfico 4: Nados Vivos por Nacionalidade da Mãe	15
Gráfico 5: Taxas de Mortalidade Infantil, Fetal, Neonatal, Perinatal e Pós-Neonatal 2006-2011 da Região Algarve	17
Gráfico 6: Percentagem de cirurgias realizadas em regime de ambatório, 2008 a 2012	28
Gráfico 7: Taxa de 1ªs consultas hospitalares, 2008 a 2012	29
Gráfico 8: Taxa de Adesão ao Rastreio 2012	30

Gráfico 9: Recursos Humanos Planeado <i>versus</i> Realizado	46
Gráfico 10: Percentagem de Efectivos por Género	57
Gráfico 11: Estrutura Etária dos Efectivos, ARS Algarve, IP 2012	59
Gráfico 12: Contagem das acções de formação profissional realizadas durante o ano 2012, por tipo de acção, segundo a duração	59
Gráfico 13: Taxa de Variação 2011/2012- número de dias de ausência por motivo	60
Gráfico 14: Contagem dos dias de ausências ao trabalho durante o ano 2012, segundo o motivo de ausência	61
Gráfico 15: Indicadores Sociais	61
Gráfico 16: Grau de Execução do QUAR da ARS Algarve 2012	63
Gráfico 17: Percentagem de Desvio por Objectivo Operacional	63
Gráfico 18: Taxa de Realização Decomposta por Parâmetro	64
Gráfico 19: Taxa de utilização global de consultas médicas, por ACeS, 2012	74
Gráfico 20: Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1000 inscritos, por ACeS, 2012	74
Gráfico 21: Referenciadores 2012	78
Gráfico 22: Elemento/Entidade que faz o Pedido, 2011	78
Gráfico 23: Tipo de Família 2012	79
Gráfico 24: Problema Expresso, 2012	79
Gráfico 25: Tickets resolvidos	114
Gráfico 26: Adesão ao Rastreio do Cancro da Mama em 2012 vs volta anterior	145
Gráfico 27: Percentagem dos diferentes tipos de exclusão do rastreio em 2012	146

Índice de Figuras

Figura 1: Organograma ARS Algarve, IP	22
Figura 2: Objectivos Estratégicos (OE)	23
Figura 3: Objectivos Operacionais (OOp) - 2012	24
Figura 4: Número de Unidades de Saúde Familiares (USF) (31/12/2012)	27
Figura 5: Principais causas de incumprimento de acções programadas	44
Figura 6: Pirâmide etária dos utentes inscritos na Região Algarve (2012)	71
Figura 7: Programas de Rastreio, periodicidade e população alvo no Algarve	143
Figura 8: Rastreios efectuados em 2012	147

Glossário

ACeS - Agrupamentos de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, I. P.

ARS – Administração Regional de Saúde, I.P.

CCAS - Conselho Coordenador da Avaliação de Serviços

DGS – Direcção Geral da Saúde

ERA - Equipa Regional de Apoio

ERCCI - Equipa Regional de Coordenação dos Cuidados Continuados Integrados

ERTA - Entidade Regional de Turismo do Algarve

IGAS – Inspeção-Geral das Atividades em Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

MCDT - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

NV – Nados Vivos

PIB - Produto Interno Bruto (PIB)

PNS – Plano Nacional de Saúde

QUAR - Quadro de Avaliação e Responsabilização

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SUB - Serviços de Urgência Básica

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

USF - Unidade de Saúde Familiar

PRACE - Programa de reestruturação da administração central do estado

I. INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Actividades e Prestação de Contas visa dar cumprimento ao estabelecido na alínea e) do n.º 1 do artigo 8.º e no artigo 15.º da Lei n.º 66-B/2007, de 28 de Dezembro, obedecendo às orientações difundidas pelo Conselho Coordenador da Avaliação de Serviços (CCAS), e foi elaborado em conformidade com o disposto no Decretos-Lei n.º 183/96 e na Portaria 898/2000, de 25/09. Conjuga-se, deste modo, a apresentação do Relatório de Gestão a que se refere a Portaria 898/2000, com o Relatório de Actividades e a Avaliação de Desempenho deste Instituto tendo por base sistema integrado de gestão e avaliação de desempenho na administração pública – SIADAP.

O Relatório tem como objectivo fundamental, a divulgação da actividade realizada pelos serviços, o grau de consecução dos objectivos definidos e de realização das actividades programadas e desenvolvidas e os recursos utilizados, no ano de 2012, pela Administração Regional de Saúde do Algarve I.P., no âmbito da sua acção e intervenção, quer ao nível dos diferentes Programas do Plano Nacional de Saúde, quer ao nível dos serviços que tutela prosseguindo as orientações nacionais.

No presente relatório, expor-se-á a actividade desenvolvida pela ARS Algarve, I.P. durante o ano de 2012, descrevendo os recursos humanos, financeiros e de outra natureza, afectos à prossecução da mesma, expondo igualmente o enquadramento em que se desenvolveu e a análise dos resultados obtidos.

Pretende-se, deste modo, não só cumprir a obrigação legalmente estabelecida de apresentar as contas e o relato da actividade desenvolvida mas, também, disponibilizar a todos os interessados a informação essencial para uma análise e reflexão crítica sobre a actividade desenvolvida e o nível de desempenho do organismo.

1. Breve Análise Conjuntural

O exercício de 2012 foi marcado pela continuação da difícil conjuntura económica e financeira que a país atravessa, que se traduziu na definição e adopção de medidas governamentais restritivas, em termos orçamentais, tendo em vista a contenção da despesa pública. A redução das dotações orçamentais e a manutenção do congelamento da admissão de pessoal pelos serviços da Administração Pública foram as medidas que mais impacto tiveram no funcionamento deste Instituto.

A alteração dos mecanismos de relacionamento financeiro entre o Sistema Nacional de Saúde (SNS) e os Subsistemas Públicos de Saúde, nos termos do acordo celebrado entre os Ministérios das Finanças e o da Saúde, que se consubstanciou na transferência para o SNS da responsabilidade financeira relativa aos cuidados de saúde prestados pelos estabelecimentos do SNS aos beneficiários dos subsistemas, não integralmente compensado pela transferência financeira acordada como contrapartida, reflectiu-se negativamente no equilíbrio financeiro deste organismo e inviabilizou a concretização de alguns investimentos programados.

As dificuldades e os obstáculos, legais e burocráticos, ao arranque e pleno funcionamento de verdadeiros serviços partilhados, ágeis na resposta às necessidades dos organismos servidos e eficientes a gerar economia de recursos financeiros, reflectiram-se de forma negativa no funcionamento dos serviços. Com efeito, um dos pressupostos da aplicação do PRACE, e da consequente redução de pessoal nos serviços públicos, era a transferência de um conjunto de actividades de suporte, que não acrescentam valor aos organismos prestadores de serviços ao cidadão, para Unidades de Serviços Partilhados com uma intervenção de âmbito nacional e/ou sectorial. O funcionamento pleno daqueles serviços é, cada vez mais, uma condição necessária à melhoria da capacidade de gestão dos organismos públicos, face às restrições de contratação pessoal para os serviços de apoio à gestão com que se debatem.

O ambiente adverso em termos orçamentais, para além das óbvias restrições financeiras daí decorrentes, traduziu-se, ainda, num ambiente administrativo mais burocrático, com reforço dos mecanismos de controlo centralizado, e limitativo do exercício das competências que legalmente estão atribuídas à gestão, através da introdução de normas impositivas da obtenção de pareceres prévios vinculativos à prática de actos de gestão corrente, ou à obrigatoriedade de recorrer aos serviços centralizados de compras que, muitas vezes, não asseguraram respostas adequadas e atempadas, nem nas melhores condições de mercado.

Assim, a já insuficiente capacidade técnica disponível dos nossos serviços internos de apoio foi forçada a desdobrar-se em procedimentos administrativos de prestação de informação adicional, de coordenação com os serviços centrais e unidades ministeriais de compras, em detrimento da sua missão de apoio à governação do serviço.

Em síntese, o ambiente da envolvente externa, em 2012, foi um factor limitativo ao desenvolvimento de algumas das actividades e investimentos programados e não favoreceu a consolidação do processo de reorganização dos Cuidados de Saúde Primários, em curso, nem a melhoria dos processos de gestão.

2. Orientações Gerais e Específicas

O Plano de Actividades para 2012 teve como base as orientações para a área da Saúde constantes do Programa do Governo Constitucional para o período 2009/2013, bem como os grandes objectivos estratégicos para a Região traçados pelo Conselho Directivo.

Prosseguir a reforma do SNS é uma directriz claramente assumida pelo Governo, respondendo às novas necessidades e expectativas dos portugueses, procurando atingir bons resultados, de forma eficiente e mais equitativa. Obter ganhos em saúde é o verdadeiro caminho, também, para a sustentabilidade do sistema de saúde, moderno e qualificado.

A sustentabilidade financeira do SNS continuará a ser promovida, valorizando a importância da saúde, a par da promoção da eficiência e eficácia da prestação de cuidados de saúde.

Melhorar a qualidade e o acesso efectivo dos cidadãos aos cuidados de saúde e aos medicamentos e a sustentabilidade económica e financeira, através da redução da despesa. Reforçar a participação e a informação aos cidadãos, criando uma cultura de saúde pública em que o cidadão seja um agente activo para a melhoria e manutenção da sua saúde.

Em 2012, iniciou-se um novo ciclo, de continuidade com o anterior, orientado para a consolidação e aprofundamento das reformas em curso, mas agora, também, centrado nas questões da acessibilidade dos cidadãos a cuidados de saúde de qualidade, prestados por unidades de saúde reestruturadas, com autonomia e responsabilidades reforçadas e financeiramente sustentáveis.

Dentre as prioridades do sistema de saúde nacional, as medidas a implementar visam sobretudo intervir nos domínios:

- Qualidade e acesso efectivo dos cidadãos aos cuidados de saúde, quer ao nível da organização, quer ao nível da prestação, através da implementação de acções que permite garantir a cobertura dos cuidados primários, assegurando o acesso a um médico de família à generalidade dos cidadãos, com mais unidades de saúde familiar, melhor alocação dos profissionais de saúde com eliminação de redundâncias nas listas de utentes;
- Regulação do sector, através da revisão das tabelas de preços pagas pelo Estado; da criação de condições que maximizem a investigação clínica; da regulação e desenvolvimento do sector da saúde pública;
- Definição de linhas de orientação clínica, com vista a assegurar critérios de qualidade;

- Reorganização da rede de cuidados primários de saúde (ACeS), tendo em vista a optimização dos recursos disponíveis e da capacidade instalada (sustentabilidade do sistema); criar mecanismos que permitam e induzam a autonomia de gestão dos cuidados de saúde primários, reforçando o papel das entidades que integram a rede; transferir gradualmente alguns cuidados prestados em meio hospitalar para as estruturas das redes de cuidados de saúde primários e cuidados continuados; rever a estratégia de gestão de recursos humanos;
- Sustentabilidade económica e financeira do sistema de saúde, intensificando os programas integrados de promoção da saúde e prevenção da doença, melhorando os mecanismos de contratualização nos cuidados de saúde primários, actualizando o modelo de financiamento hospitalar, promovendo uma maior articulação entre os sectores públicos, privado e social, disponibilizando informação ao cidadão sobre o custo suportado pelo Estado em cada acto prestado, avaliando as oportunidades de concessão da gestão de hospitais a operadores do sector social e privado e a envolver as entidades do sector na avaliação e clarificação da arquitectura organizativa do sistema;
- Contenção de custos no âmbito prescricional (política do medicamento) e organizacional (rede de serviços de saúde); melhorar o sistema de monitorização da prescrição de medicamentos e meios de diagnóstico e pôr em prática uma avaliação sistemática por médico individual em termos de volume e valor, face às directrizes de prescrição e as dos seus pares.
- Continuar com a reorganização e racionalização da rede hospitalar por meio da especialização e concentração de serviços hospitalares e de emergência e gestão conjunta com base no Decreto-lei 30/2011 de 2 de Março;
- Melhoria da informação e do conhecimento do sistema de saúde, através da optimização das fontes de dados existentes, da generalização da prescrição electrónica de medicamentos e também o seu alargamento à prescrição de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, da desmaterialização dos processos administrativos das entidades prestadoras de cuidados, e da disponibilização de informação pública mensal sobre o desempenho das instituições; a utilização mais eficiente dos recursos disponíveis passa pela responsabilização dos resultados.

Ao nível da avaliação do Serviço, medida através da monitorização do Quadro de Avaliação e Responsabilização (QUAR tendo em conta os objectivos inicialmente previstos, os recursos utilizados, e o contexto em que se realizaram, os resultados atingidos pela ARS Algarve, IP foram, globalmente, satisfatórios.

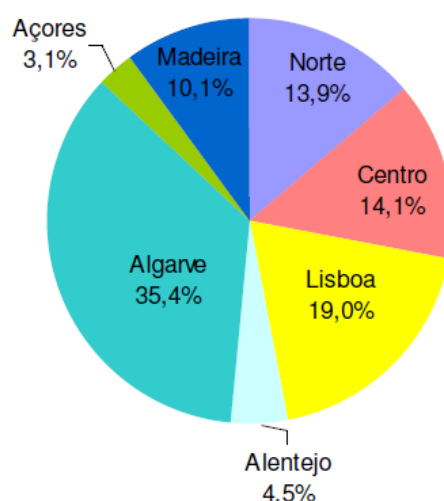
II. ENQUADRAMENTO

1. A Região de Saúde

Reconhecido internacionalmente como destino de férias, o Algarve é a principal região turística do país, contribuindo de forma decisiva para a internacionalização da economia portuguesa.

No que se refere à capacidade de alojamento do Algarve (número de camas), o Algarve é a região com maior quota nacional (35,4%), seguida de Lisboa (19%) (gráfico seguinte). Esta diferença deriva do facto de, no Algarve, a dimensão média dos empreendimentos turísticos ser superior à das restantes regiões. No Algarve, em 2011, a média do número de camas por empreendimento era de 246, seguido de Lisboa com uma média de 177.

Gráfico 1: Quota do n.º de camas por região, 2011



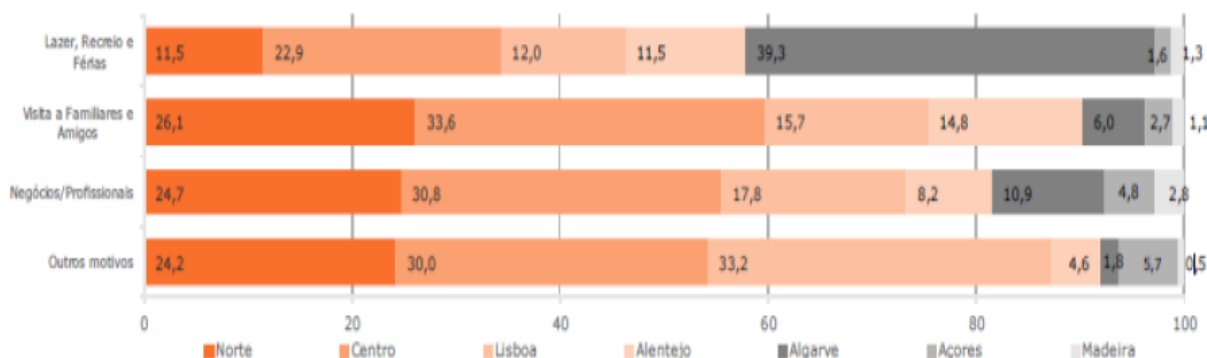
Fonte: Plano de Acção Turismo do Algarve 2013, dados tratados

O Algarve foi a região preferida pelos portugueses como destino de férias, pois registou, em 2010, o maior número de dormidas pelo motivo “Lazer, Recreio e Férias” (13,1 milhões de dormidas) com uma quota de 39,3% das dormidas nacionais associadas a esta motivação de viagem (Tabela 1).

A despesa média realizada por viagem dos portugueses, em 2010, foi de 105,6€ enquanto nas viagens por “Lazer, Recreio e Férias” foi de 150,89€, valor que apesar de acima da média nacional, foi inferior ao valor homólogo do ano 2009 (184,63€).

Gráfico 2: Viagens e dormidas por motivação de viagem dos portugueses (quota), 2010

Dormidas por NUTS II, segundo o motivo - quota [2010]



Fonte: Plano de Acção Turismo do Algarve 2013, dados tratados

Nota: Saúde e Religião estão contemplados em "outros motivos"

O aeroporto de Faro movimentou, em 2011 aproximadamente de 5,6 milhões de passageiros em voos comerciais, o que representa 20,3% do movimento global do país.

O número de passageiros, neste aeroporto, aumentou 5,1% em relação a 2010 e 22,6% comparativamente com o ano 2001, motivado pelo aumento dos passageiros em voos *LowCost*.¹

As regiões do Algarve, Madeira e Lisboa foram as que sofreram maior contracção da actividade económica em 2011, segundo os dados preliminares das Contas Regionais divulgados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE).

Em 2011, o PIB nacional, ou seja, a soma de todos os bens e serviços produzidos no país, registou uma variação real de -1,6 por cento. O PIB decresceu "mais acentuadamente que a média nacional no Algarve (-2,5%), na Região Autónoma da Madeira (-2,3%) e em Lisboa (-1,7%)".

No Algarve e Madeira, a queda do PIB justifica-se com a contracção do ramo da Construção (-9,7% em 2011), refere o INE.

De acordo com os resultados finais das Contas Regionais de 2010, segundos os quais, naquele ano, o PIB aumentou em todas as regiões, com excepção do Algarve (-0,2%), já na altura devido ao forte abrandamento da construção (-15,9% de Valor Acrescentado Bruto).

¹Informação retirada do Plano de Acção Turismo do Algarve 2013

Tabela 1: PIB per capita 2009,2010,2011P por região

Regiões	2009				2010				2011P			
	10 ⁶ Euros	%	Var. Valor (%)	Var. Volume (%)	10 ⁶ Euros	%	Var. Valor (%)	Var. Volume (%)	10 ⁶ Euros	%	Var. Valor (%)	Var. Volume (%)
Norte	47.205	28,0	-2,6	-3,6	48.836	28,3	3,5	2,7	48.403	28,3	-0,9	-1,5
Centro	31.362	18,6	-1,0	-2,8	32.019	18,5	2,1	1,1	31.787	18,6	-0,7	-1,1
Lisboa	62.911	37,3	-1,5	-1,9	64.275	37,2	2,2	2,0	63.576	37,2	-1,1	-1,7
Alentejo	10.798	6,4	-4,1	-4,8	11.252	6,5	4,2	2,8	11.099	6,5	-1,4	-1,3
Algarve	7.241	4,3	-5,2	-6,1	7.302	4,2	0,8	-0,2	7.177	4,2	-1,7	-2,5
R.A. Açores	3.650	2,2	-1,0	-2,3	3.743	2,2	2,5	1,8	3.701	2,2	-1,1	-0,7
R.A. Madeira	5.140	3,1	-2,7	-3,3	5.207	3,0	1,3	0,7	5.112	3,0	-1,8	-2,3
Extra-regio	197	0,1	222,1	205,2	199	0,1	1,0	0,0	184	0,1	-7,4	-4,1
Portugal	168.504	100,0	-2,0	-2,9	172.835	100,0	2,0	1,9	171.040	100,0	-1,0	-1,0

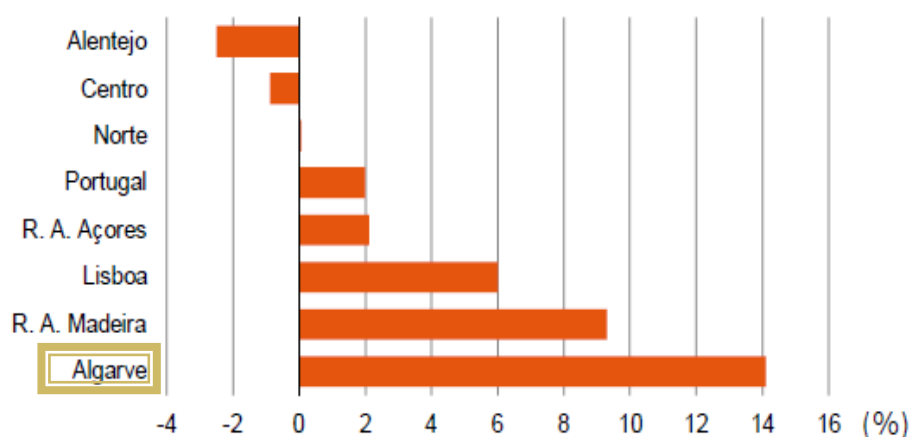
Fonte: INE, Destaque "informação à comunicação social", 19 Dez 2012

Apesar da manutenção dos fluxos turísticos, em 2010, não ficou imune à crise económica e financeira que afectou todo o país, com reflexos negativos no emprego regional e no poder de compra das populações.

Indicadores Demográficos

Os resultados definitivos dos Censos 2011 indicam que a população residente no Algarve era de 451.006 habitantes, o que significa que na última década a população aumentou cerca de 14,12%, quando comparado com a população censitária de 2001 (395.218 habitantes).

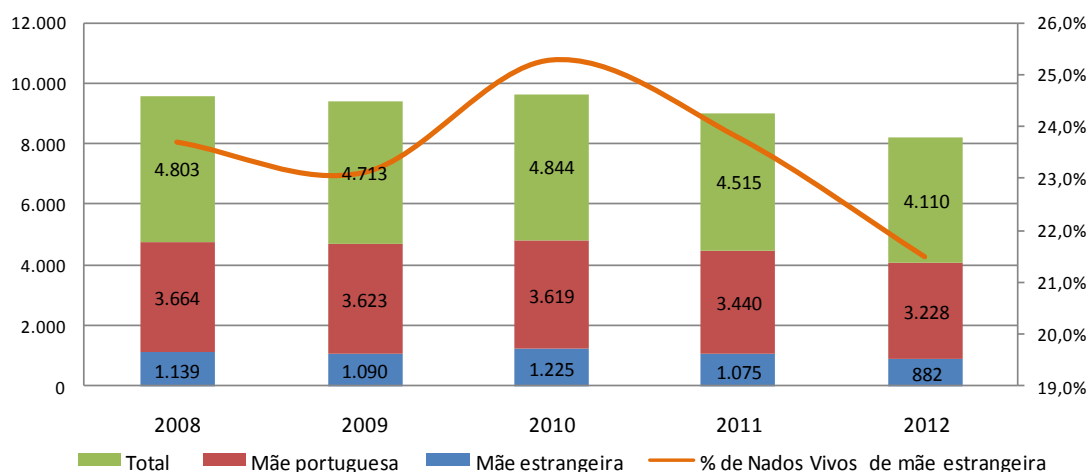
Gráfico 3: Variação da população residente por NUTS II, 2001 - 2011



Fonte: INE, resultados provisórios dos Censos 2011

O gráfico 4 mostra a evolução dos nascimentos por nacionalidade da mãe no período de 2008/2012.

Gráfico 4: Nados Vivos por Nacionalidade da Mãe



Fonte: Hospitais do Algarve

De acordo com os dados disponibilizados pelos Hospitais do Algarve, referentes ao ano de 2012, nasceram na região do Algarve 4.110 crianças, (das quais 882 são filhos de mãe estrangeira) menos 405 do que em 2011, traduzindo um decréscimo de 9%, face ao ano anterior. No entanto, ainda colocam o Algarve como uma das regiões portuguesas com maior natalidade, apresentando valores acima da média nacional, confirmando a crescente importância da população migrante no Algarve e na sua contribuição para o rejuvenescimento da população da região.

A população residente no Algarve em 2011 foi 451.006 indivíduos, valor que se traduziu numa taxa de crescimento efectivo de valor negativo (-1,15%). Para esta evolução concorreram valores negativos quer da taxa de crescimento natural (-0,01%) quer da taxa de crescimento migratório (-1,14%), conforme se observa na Tabela 2.

Tabela 2: Indicadores Demográficos

Contexto demográfico e social 2011	Algarve	Portugal
População Residente (Censos 2011)	451.006	10.562.178
Acréscimo Populacional	-5.164	-30.323
Saldo Natural	-64	-5.992
Saldo Migratório	-5.100	-24.331
Taxa de crescimento efectivo (%)	-1,15	-0,29
Taxa de crescimento natural (%)	-0,01	-0,06
Taxa de crescimento migratório (%)	-1,14	-0,23
Índice de Dependência Total	54	51,4
Índice de Dependência de Jovens	24	22,6
Índice de Dependência de Idosos	30	28,8
Taxa bruta de natalidade (por mil habitantes)	10,2	9,2
Índice sintético de fecundidade	1,52	1,35
Taxa bruta de mortalidade (por mil habitantes)	10,3	9,7
Taxa bruta de pré-escolarização	77,4	87,4
Taxa de transição/conclusão no ensino secundário	75,2	79,2
Número médio de alunos por computador	1,9	2,0
População estrangeira que solicitou estatuto legal de residente por 100 habitantes	1,1	0,4
Proporção de casamentos entre portugueses e estrangeiros	18,0	9,9

Fonte: INE, Estatísticas Demográficas 2011

Indicadores de Saúde

Destacamos neste item, alguns indicadores de saúde que contextualizam sucintamente a região do Algarve.

Ao longo dos últimos anos o Algarve tem vindo a registar uma melhoria sustentada da esperança média de vida ao nascer e da taxa de mortalidade infantil e suas componentes, verificando-se no ano de 2011 uma Taxa de Mortalidade Infantil inferior a 3,1 óbitos/1.000 nados vivos (Portugal), neste caso o Algarve registou 2,6 óbitos/1.000 nados vivos em 2011.

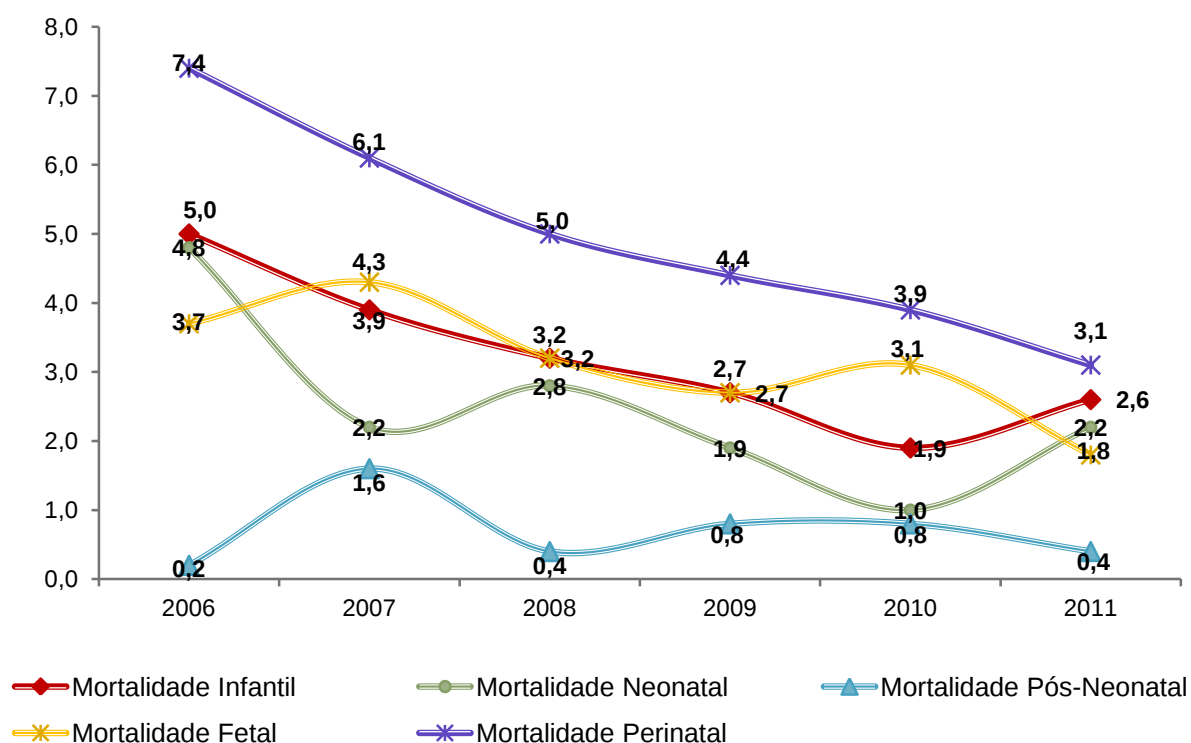
Tabela 3: Mortalidade Infantil e Esperança de Vida à Nascença - 2011

	Mortalidade Infantil (/1000 nados vivos)	Projeção 2016	Esperança de vida à nascença (anos)	Projeção 2016
Portugal	3,1	2,1	79,6	81,7
Algarve	2,6	2,0	79,2	79,9

Fonte: INE e PNS 2012-2016

Enquanto a mortalidade infantil é reconhecidamente um indicador da condição de vida e de saúde de uma população, a mortalidade perinatal, cuja evolução, no período 2006 a 2011, é apresentada no gráfico 5, é considerada um indicador sensível da adequação da assistência obstétrica e neonatal e do impacto de programas de intervenção nesta área, pela relação estreita que guarda com a assistência prestada à gestante e ao recém-nascido.

Gráfico 5: Taxas de Mortalidade Infantil, Fetal, Neonatal, Perinatal e Pós-Neonatal 2006-2011 da Região Algarve



Fonte: Elaborado por DSPP/ARS com base nos dados disponibilizados pela DGS.

Na componente neonatal a respectiva taxa mostrou um aumento de 1,2/1000 NV correspondendo um incremento de 1,0 (em 2010) para 2,2/1000 NV em 2011, traduzindo um aumento registado de 5 óbitos.

A taxa de mortalidade perinatal em 2011 fixou-se nos 3,1/1000 NV, uma diminuição de 0,8 relativamente ao ano anterior, devida à observação de menos 5 óbitos na sua componente neonatal precoce.

No entanto as componentes mortalidade infantil e neonatal registou um aumento em 2011 comparativamente a 2010.

Tabela 4: Indicadores Saúde

Indicadores de Saúde - 2011	Algarve	Portugal
Esperança média de vida aos 65 anos	18,84	18,75
Médicos por 1000 habitantes	3,2	4,1
Enfermeiros por 1000 habitantes	5,2	6,1
Farmácias e postos farmacêuticos móveis por 1000 habitantes	0,3	0,3
Farmacêuticos por 1000 habitantes	0,82	1,1
TMP: por 100 000 habitantes	588,4	596,6
Taxa de incidência de casos notificados de doenças de declaração obrigatória (‰)	0,4	0,3
TMP: por doenças do aparelho circulatório por 100 000 habitantes	159,4	171,2
TMP: por doenças isquémicas do coração por 100 000 habitantes	42,8	40,3
TMP: por lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio) por 100 000 habitantes	13,1	8,2
TMP: por tumores malignos por 100 000 habitantes	157,2	158,8
TMP: por tumor maligno do cólon e recto por 100 000 habitantes	21,6	22,2
TMP: por tumor maligno da mama feminina por 100 000 habitantes	20,4	20,1
TMP: por tumor maligno do colo do útero por 100 000 habitantes	4,7	2,9
TMP: por tuberculose por 100 000 habitantes	1,1	1,2
TMP= Taxa de Mortalidade Padronizada ano 2010		

Fonte: INE, Estatísticas demográficas e

http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0003986&contexto=bd&selTab=tab2 :

acedido a 07/05/2013 e 08-05-2013

No que se refere às principais Causas de Morte verificamos, quando se analisam as Taxas de Mortalidade mais frequentes, que o Algarve apresenta um padrão semelhante ao do continente português, destacando-se como causas mais importantes a mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatório e a mortalidade por Cancro.

No que se refere a Médicos/1000 habitantes e Enfermeiros/1000 habitantes os últimos dados disponíveis mostram que o Algarve apresenta indicadores desfavoráveis quando comparado com o País.

Esta escassez de recursos humanos, que se tem vindo a acentuar nos últimos anos, no que respeita ao grupo de pessoal médico, constitui um dos principais constrangimentos à consolidação da reforma dos CSP e à melhoria da acessibilidade dos cidadãos à prestação de cuidados.

Em síntese, e conjugando a análise dos principais indicadores demográficos e de saúde, podemos caracterizar a situação do Algarve como a de uma região que, apesar de registar uma dinâmica de algum crescimento demográfico, sustentada por uma população estrangeira jovem, é mais envelhecida que a média do país, com uma menor esperança média de vida à nascença, apresentando, simultaneamente, uma menor disponibilidade de profissionais de saúde, relativamente à média do continente. Mantendo-se este quadro, podemos dizer que o Algarve é uma região de saúde cujos recursos estão submetidos a uma pressão crescente da procura.

Contudo, a reversão desta situação será sempre um processo a prazo e dependente da resposta do mercado de trabalho e da atractividade das condições oferecidas pela região, não só em condições de trabalho mas também da envolvente regional e das perspectivas de desenvolvimento do sector. É nossa convicção que a criação do Centro Hospitalar do Algarve vai permitir uma resposta mais adequada aos crónicos constrangimentos do sector da Saúde na Região em termos de recursos humanos, nomeadamente, enquanto medida de reorganização assistencial e reestruturação dos serviços existentes, favorecendo uma política mais eficiente de rentabilização dos recursos técnicos e humanos e o desenvolvimento de mecanismos de complementaridade assistencial, entre as três unidades hospitalares.

2. Caracterização da ARS Algarve I.P.

2.1 Atribuições e Estrutura Organizacional

Nos termos do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 22/2012 de 30 de Janeiro, a ARS Algarve, IP prossegue as seguintes atribuições:

- Executar a política nacional de saúde, de acordo com as políticas globais e sectoriais, visando o seu ordenamento racional e a optimização dos recursos;
- Participar na definição das medidas de coordenação intersectorial de planeamento, tendo como objectivo a melhoria da prestação de cuidados de saúde;
- Colaborar na elaboração do Plano Nacional de Saúde e acompanhar a respectiva execução a nível regional;
- Desenvolver e fomentar actividades no âmbito da saúde pública, de modo a garantir a protecção e promoção da saúde das populações;
- Assegurar a execução dos programas de intervenção local com vista à redução do consumo de substâncias psicoactivas, a prevenção dos comportamentos aditivos e a diminuição das dependências;
- Desenvolver, consolidar e participar na gestão da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de acordo com as orientações definidas;

- Assegurar o planeamento regional dos recursos humanos, financeiros e materiais, incluindo a execução dos necessários projectos de investimento, das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, supervisionando a sua afectação;
- Elaborar, em consonância com as orientações definidas a nível nacional, a carta de instalações e equipamentos;
- Afectar, de acordo com as orientações definidas pela Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., recursos financeiros às instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde integrados ou financiados pelo Serviço Nacional de Saúde e a entidades de natureza privada com ou sem fins lucrativos, que prestem cuidados de saúde ou actuem no âmbito das áreas referidas nas alíneas e) e f);
- Celebrar, acompanhar e proceder à revisão de contratos no âmbito das parcerias público -privadas, de acordo com as orientações definidas pela Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., e afectar os respectivos recursos financeiros;
- Negociar, celebrar e acompanhar, de acordo com as orientações definidas a nível nacional, os contratos, protocolos e convenções de âmbito regional, bem como efectuar a respectiva avaliação e revisão, no âmbito da prestação de cuidados de saúde bem como nas áreas referidas nas alíneas e) e f);

- Orientar, prestar apoio técnico e avaliar o desempenho das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, de acordo com as políticas definidas e com as orientações e normativos emitidos pelos serviços e organismos centrais competentes nos diversos domínios de intervenção;
- Assegurar a adequada articulação entre os serviços prestadores de cuidados de saúde de modo a garantir o cumprimento da rede de referenciação;
- Afectar recursos financeiros, mediante a celebração, acompanhamento e revisão de contratos no âmbito dos cuidados continuados integrados;
- Elaborar programas funcionais de estabelecimentos de saúde;
- Licenciar as unidades privadas prestadoras de cuidados de saúde e as unidades da área das dependências e comportamentos aditivos do sector social e privado;
- Emitir pareceres sobre planos directores de unidades de saúde, bem como sobre a criação, modificação e fusão de serviços;
- Emitir pareceres sobre a aquisição e expropriação de terrenos e edifícios para a instalação de serviços de saúde, bem como sobre projectos das instalações de prestadores de cuidados de saúde.

A organização interna da ARS Algarve, I.P., nos termos do artigo 1º dos seus Estatutos, dispõe dos seguintes departamentos e gabinetes:

- Departamento de Saúde Pública e Planeamento (DSPP)
- Departamento de Contratualização
- Departamento de Gestão e Administração Geral
- Gabinete de Instalações e Equipamentos;
- Gabinete Jurídico e do Cidadão

A Organização Interna compreende, ainda, duas unidades orgânicas, *Unidade de Gestão de Recursos Humanos*, *Unidade de Administração Geral* e a Coordenação da Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (CICAD), uma equipa multidisciplinar responsável pela coordenação da intervenção nos comportamentos aditivos e nas dependências.

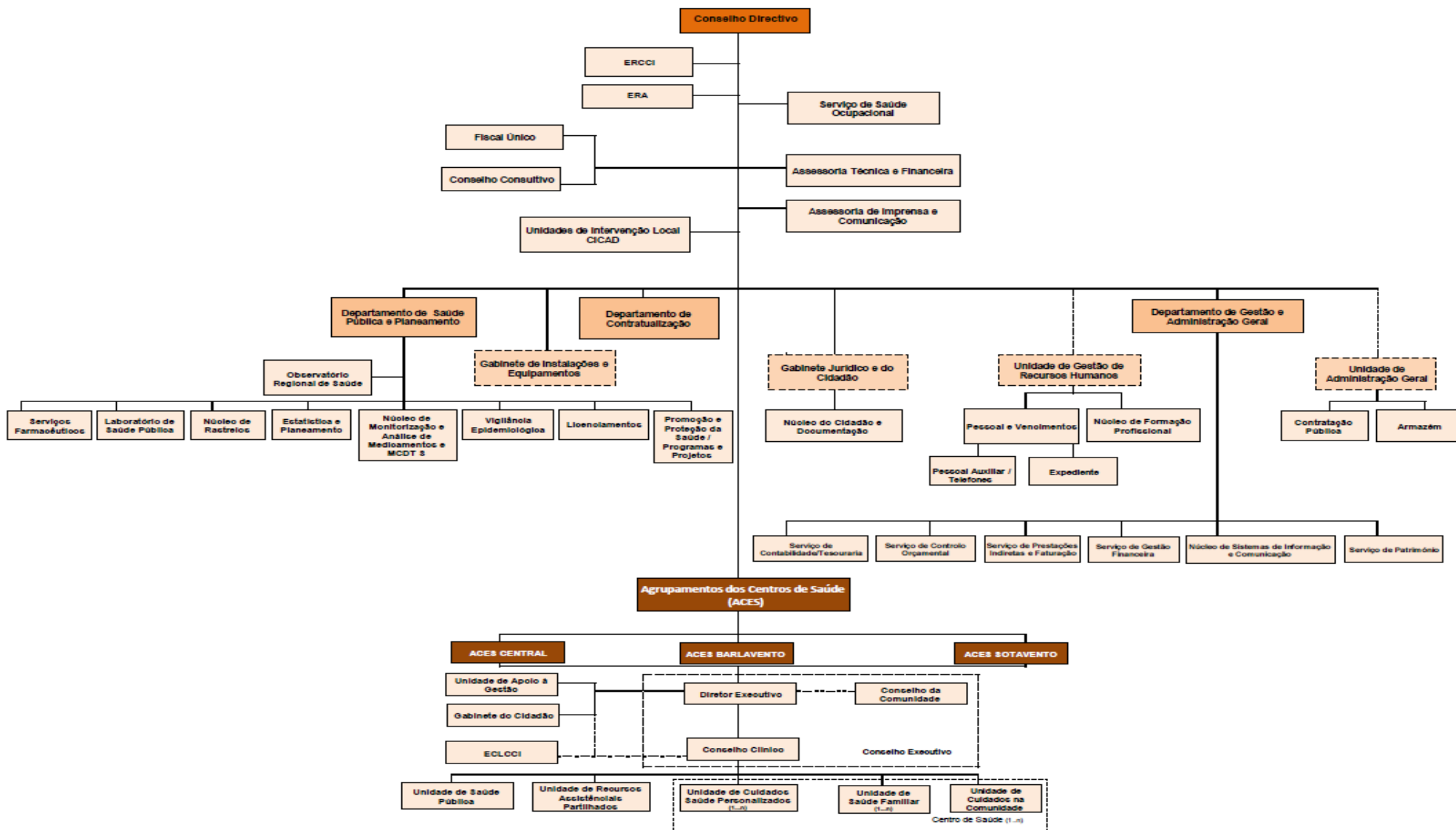
Para além dos serviços acima identificados, a ARS, Algarve, IP integra ainda três Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES).

- ACES Central
- ACES Barlavento
- ACES Sotavento

Os ACES constituem serviços desconcentrados da ARS, estando sujeitos ao seu poder de direcção. Os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES)², serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, e que têm por missão garantirem a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica.

² Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro

Figura 1: Organograma ARS Algarve, IP



2.2 Missão e Visão Estratégica

Nos termos do diploma que procede à sua criação, a ARS Algarve, I.P. tem como **Missão**:

- Garantir à população da Região do Algarve o acesso à prestação de cuidados de saúde, adequando os recursos disponíveis às necessidades e cumprir e fazer cumprir políticas e programas de saúde na sua área de intervenção.

A nossa Visão para a região de saúde do Algarve tem como referência proporcionar à sua população e a quem nos visita a percepção de uma região saudável e segura, que se pretende atingir através de um processo de melhoria contínua na acessibilidade aos cuidados de saúde e na qualidade dos cuidados prestados.

No âmbito das atribuições e competências que lhe estão cometidas foram definidos pelo Conselho Directivo, os seguintes objectivos estratégicos:

Figura 2: Objectivos Estratégicos (OE)

OE 1 : Consolidar a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, promovendo a estruturação dos ACES e aperfeiçoando processos e reforçando a capacidade de resposta às necessidades da população;

OE 2 : Dinamizar e reforçar as acções de prevenção da doença e promoção de saúde inscritos no Plano Nacional de Saúde, através do desenvolvimento dos programas de promoção da saúde e controlo de doenças e alargar o âmbito dos rastreios oncológicos;

OE 3 : Reorganizar os serviços e modernizar os processos, com recurso às novas tecnologias, tendo em vista a melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde na região, quer ao nível da qualidade da prestação, quer ao nível da organização e a sustentabilidade do SNS;

OE 4 : Desenvolver uma estratégia de comunicação interna e externa, tendo em vista a apropriação pelos profissionais dos princípios e objectivos das reformas, promovendo uma participação activa dos cidadãos na definição das estratégias de prestação de cuidados de saúde;

OE 5: Promover uma politica de redução de custos mantendo uma prestação de cuidados de qualidade.

III. ANÁLISE DESEMPENHO: AUTO-AVALIAÇÃO

A avaliação de desempenho da ARS Algarve IP é efectuada com base no Subsistema de Avaliação do Desempenho dos Serviços da Administração Pública (SIADAP 1), a qual assenta no Quadro de Avaliação e Responsabilização (QUAR). O processo de avaliação dos serviços prevê a apresentação de um relatório de auto-avaliação anual que evidencie os resultados alcançados e os desvios verificados, face às metas fixadas para os respectivos objectivos operacionais estabelecidos para o exercício, na prossecução da estratégia definida.

Assim, em cumprimento do disposto na alínea e) do artigo 8º, do artigo 15º e da alínea a) do n.º 1 do artigo 31º da Lei n.º 66-B/2007, de 28 de Dezembro, apresenta-se, de seguida, o resultado da auto-avaliação do serviço, evidenciando os objectivos, indicadores e metas definidos para o ano de 2012 bem como os resultados obtidos e desvios verificados.

No decorrer do exercício, e no âmbito da monitorização da execução do QUAR desta ARS, foi efectuada uma auto-avaliação intercalar, no final do 1.º semestre, no âmbito da qual foi constatada a necessidade de monitorização de alguns dos indicadores.

1. Objectivos Operacionais para 2012

Os objectivos operacionais eleitos para o QUAR 2011 reflectem-se na figura seguinte.

Figura 3: Objectivos Operacionais (OOp) - 2012

EFICÁCIA
OOp1 (OE 1): Consolidar e estruturar os Agrupamentos de Centros de Saúde
OOp2 (OE 3): Melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde Hospitalares na Região Algarve
OOp3 (OE 2): Melhorar a cobertura regional nos rastreios do cancro da mama, cancro do colo do útero e da retinopatia diabética
OOp4 (OE 3): Aumentar a acessibilidade aos cuidados de saúde na Região Algarve
EFICIÊNCIA
OOp5 (OE 5): Melhorar o nível de eficiência na prestação de cuidados
OOp6 (OE 3): Aumentar a taxa de visitas domiciliárias médicas
OOp7 (OE 2): Promover a vacinação contra a gripe sazonal e a aplicação do Programa Nacional de Vacinação garantindo o controlo ou eliminação das doenças-alvo de vacinação
OOp8 (OE 5): Optimizar recursos e diminuir custos
OOp9 (OE 3): Reorganização e racionalização da rede hospitalar através da concentração de serviços de urgência
OOp10 (OE 2): Assegurar a deteção precoce do cancro-retal na população inscrita dos ACES
OOp11 (OE 4): Garantir o funcionamento regular da Comissão de Ética para a Saúde
OOp12 (OE 3): Assegurar cobertura por Médico de Família aos utentes inscritos
OOp13 (OE 5): Aumentar a utilização de medicamentos genéricos na região
QUALIDADE
OOp14 (OE 4): Elaborar orientações terapêuticas para divulgação junto dos médicos de família
OOp15 (OE 4): Monitorizar o nível de satisfação dos utentes dos ACES, através da aplicação de um inquérito-tipo
OOp16 (OE 3): Promover a formação profissional dos trabalhadores da ARS Algarve
OOp17 (OE 2): Melhorar os registos de morbilidade nos ACES
OOp18 (OE 3): Realizar Auditoria ao Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral

2. Resultados Alcançados e Desvios Verificados no Âmbito do QUAR

Na tabela seguinte apresenta-se uma síntese do grau de concretização de cada um dos objectivos operacionais e dos desvios verificados. A matriz integral é apresentada em anexo.

Tabela 5: QUAR 2012 - Avaliação Final

Taxa de Realização dos Objectivos

Parâmetros	Objectivo	Taxa de Realização Objectivos	Desvio	Meta
Eficácia		40,9%	0,9%	Superado
	Obj. 1	50%	-50%	Não Atingido
	Obj. 2	89%	-11%	Não Atingido
	Obj. 3	125%	25%	Superado
	Obj. 4	135%	35%	Superado
Eficiência		39,5%	4,5%	Superado
	Obj. 5	118%	18%	Superado
	Obj. 6	118%	18%	Superado
	Obj. 7	120%	20%	Superado
	Obj. 8	135%	35%	Superado
	Obj. 9	100%	0%	Atingido
	Obj. 10	100%	0%	Atingido
	Obj. 11	100%	0%	Atingido
	Obj. 12	100%	0%	Atingido
	Obj. 13	119%	19%	Superado
Qualidade		31,5%	6,5%	Superado
	Obj. 14	100%	0%	Atingido
	Obj. 15	130%	30%	Superado
	Obj. 16	135%	35%	Superado
	Obj. 17	135%	35%	Superado
	Obj. 18	125%	25%	Superado
Taxa de Realização Global		111,9%		

Em termos globais, a taxa de realização dos objectivos definidos atingiu os 111,9%. No final do exercício, para os dezoito objectivos estabelecidos, as metas foram superadas em onze, cinco atingidas e em dois não foram atingidas. O melhor desempenho verificou-se nos parâmetros de Eficiência e Qualidade, com taxas de realização de 113% e 126%, respectivamente.

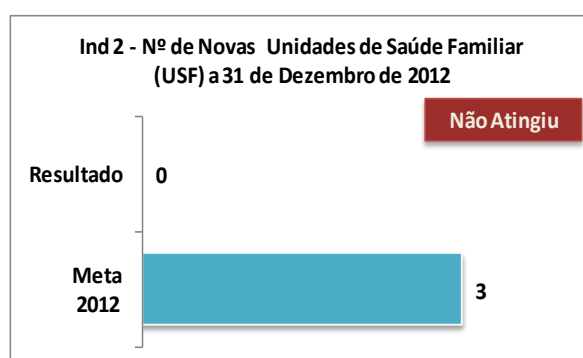
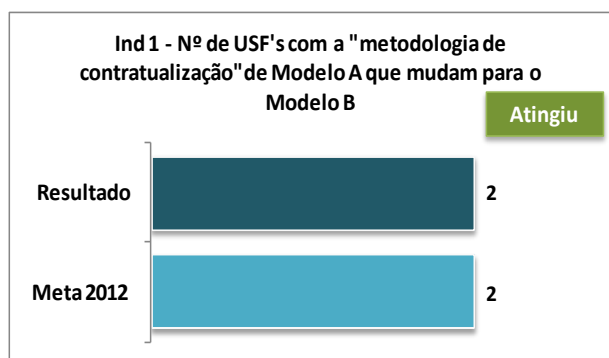
A consolidação e estruturação dos ACES, na vertente do número de novas USF's (indicador 2), e melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde Hospitalares (objectivo 2), foi onde se registou um desempenho aquém do programado.

Passamos a analisar, de forma detalhada, o desempenho em cada um dos objectivos e indicadores e as causas dos desvios verificados.

Objectivos de Eficácia

OOp1 (OE 1): Consolidar e Estruturar os Agrupamentos de Centros de Saúde

(Não Atingiu)



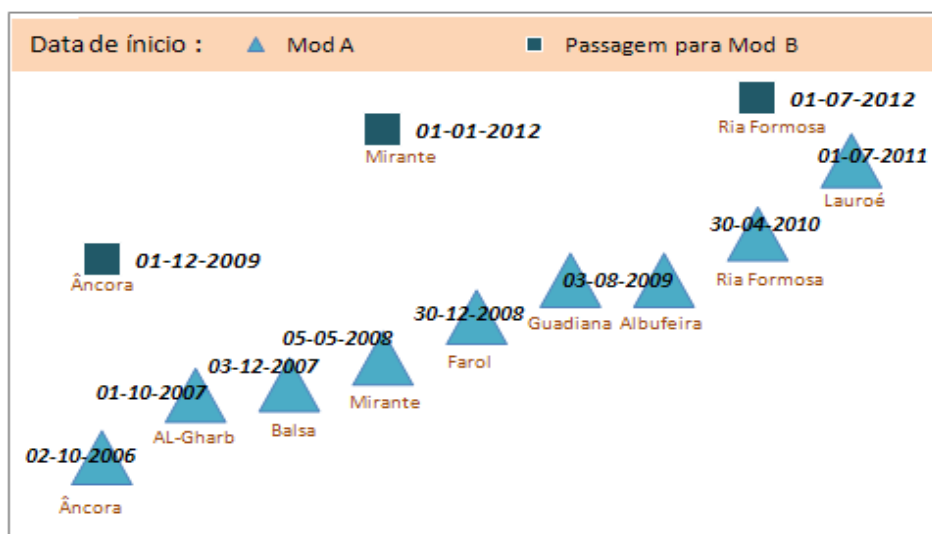
A reforma dos cuidados de saúde primários continua a ser um objectivo da ARS Algarve, o processo de reconfiguração dos Centros de Saúde, iniciado com a publicação da legislação que enquadra a criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde, deu sequência à alteração do modelo de prestação de cuidados de saúde primários, iniciado pela constituição das Unidades de Saúde Familiar, tornando-se mais acessível, mais centrado nas necessidades dos utilizadores e, como tal, mais efectivo e eficiente.

Este objectivo decompunha-se em 2 Indicadores, cujas concretizações se descrevem de seguida, tendo o indicador 1 sido atingido, a meta proposta de 2 USF (Mirante e a Ria Formosa) com a “metodologia de contratualização” de *Modelo A* que mudam para o *Modelo B* foi alcançada.

Para o indicador 2 a meta de 3 novas Unidades de Saúde Familiar (USF) não foi atingida, o que permitiu que o objectivo **não fosse atingido**.

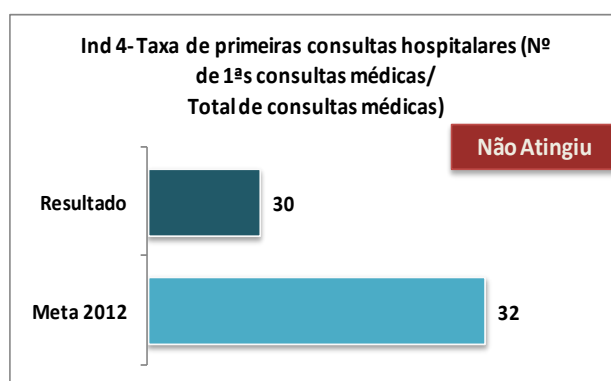
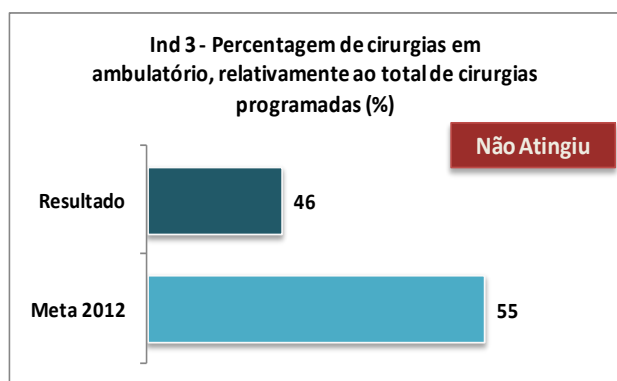
Note-se que o esforço de abertura de novas USF ocorreu nos anos anteriores e que a aposentação de médicos de clínica geral e familiar, o quadro de crise económica e de recursos, e as alterações nas instituições decorrentes do novo ciclo legislativo também dificultou a capacidade organizativa de implementar novas USF na Região.

Figura 4: Número de Unidades de Saúde Familiares (USF) (31/12/2012)



OOp2 (OE 3): Melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde Hospitalares na Região Algarve

(Não Atingiu)



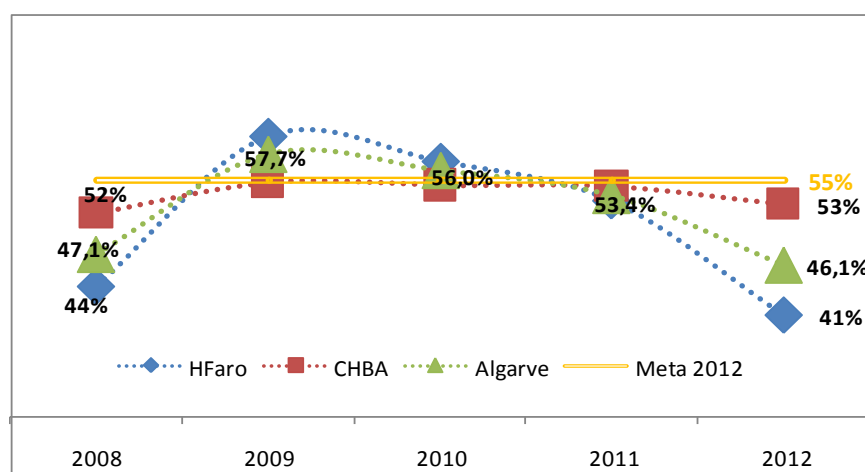
Melhorar o acesso aos cuidados de saúde hospitalares, foi um dos objectivos da ARS Algarve, I.P. em 2012. Este objectivo **não foi atingido**, uma vez que os hospitais da região alcançaram uma taxa de ambulatorização de 46%, valor inferior à meta estabelecida no indicador 3 (55%) e uma taxa de 1ªs consultas de 30%, valor abaixo da meta planeada no indicador 4 (32%).

De acordo com o gráfico 6, no período 2008 a 2010 os Hospitais da Região do Algarve aumentaram a percentagem de cirurgias de ambulatório, mas em 2012 verifica-se uma diminuição acentuada da percentagem de cirurgias de ambulatório, menos 12% em comparação com o ano 2011. O Hospital de Faro diminuiu 23% a sua taxa de ambulatorização no ano 2012 em comparação com o ano 2011, contribuiu para a diminuição acentuada da

percentagem de cirurgias de ambulatório da região e consequente não cumprimento da meta do indicador 3.

A diminuição da percentagem de cirurgias de ambulatório foi particularmente acentuada no Hospital de Faro, facto em grande parte justificado pela carência de recursos humanos ao nível do pessoal médico e deve-se sobretudo nas especialidades de oftalmologia e Dermatologia. Deve, a propósito, mencionar-se que os anos de 2007, 2008 e 2009 foram nesta área períodos atípicos, porquanto, por falta de recursos humanos próprios, o Hospital que aderiu ao Programa PIO contratou então equipas externas, o que permitiu melhorar de forma significativa a acessibilidade dos utentes. A partir de 2010, as medidas de contenção da despesa em vigor, determinaram a revisão do citado processo com cessação das medidas de excepção adoptadas nos anos anteriores. Durante o ano 2012, apesar dos esforços desencadeados pelo hospital, não foi possível o reforço do quadro médico.

Gráfico6: Percentagem de cirurgias realizadas em regime de ambulatório, 2008 a 2012

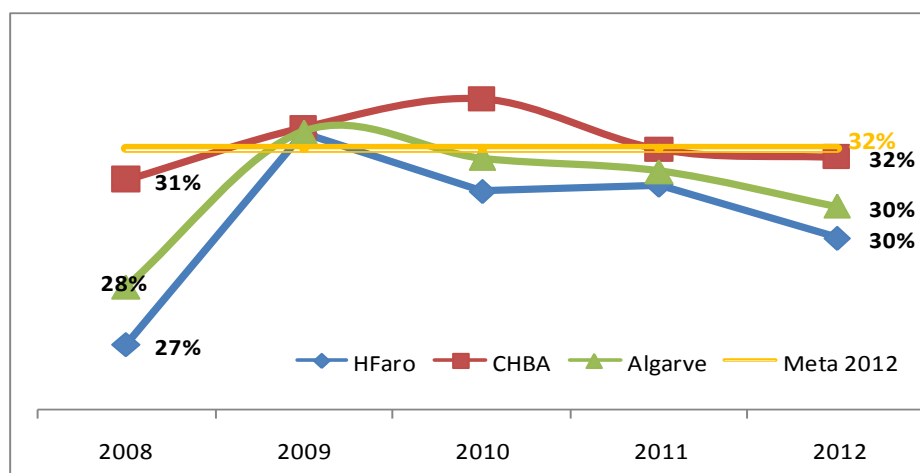


Fonte: Hospitais do Algarve

A taxa de primeiras consultas é um indicador relevante da capacidade de atracção e de resolução de novos casos por parte dos hospitais. No que se refere à acessibilidade em 1^{as} consultas a região do Algarve não cumpriu com a meta de 32% para este indicador, onde registou antes cerca de 30%, conforme se observa no gráfico seguinte.

A diminuição da taxa de 1^{as} consultas foi sobretudo observada no Hospital de Faro, o decréscimo das consultas foi mais acentuado nas especialidades cirúrgicas, em linha com a diminuição das intervenções cirúrgicas. Salienta-se que cerca de 15% das consultas marcadas não foram realizadas, sendo a principal a razão a falta do utente.

Gráfico 7: Taxa de 1^{as} consultas hospitalares, 2008 a 2012

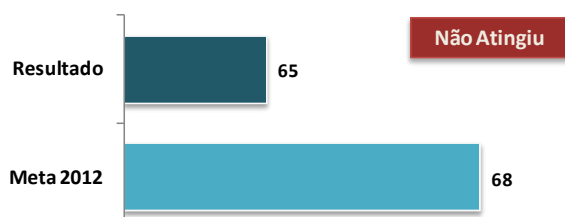


Fonte: Hospitais do Algarve

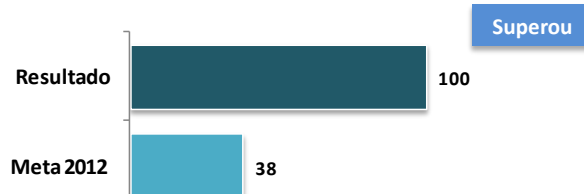
Em 2012 o Hospital de Faro diminuiu cerca de 11% o número de 1^{as} consultas em comparação com o ano 2011, o que contribuiu para a diminuição da taxa de primeiras consultas da região e consequente não cumprimento da meta do indicador 4 e do objectivo 2.

OOp3 (OE 2): Melhorar a cobertura regional nos rastreios do cancro da mama, cancro do colo do útero e da retinopatia diabética (Superou)

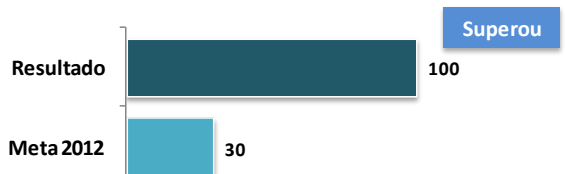
Ind 5- Taxa de adesão ao rastreio do cancro da mama (%)



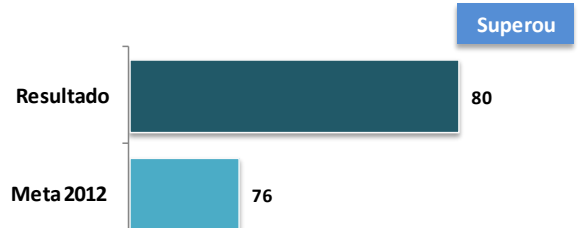
Ind 6- Percentagem de concelhos da Região Algarve com programa de rastreio do cancro do colo do útero implementado, até 31 de Dezembro de 2012 (%)



Ind 7 - Percentagem de unidades prestadoras de cuidados de saúde (USF's e UCSP's) com do programa de rastreio do cancro do colo do útero implementado, até 31 de Dezembro de 2012 (%)



Ind 8 - Taxa de adesão ao rastreio da retinopatia diabética (%)



Melhorar a cobertura regional nos rastreios do cancro da mama, cancro do colo do útero e da retinopatia diabética é um objectivo que a ARS Algarve, IP propôs para a região em 2012 que foi sobejamente **superado**. Este objectivo decompunha-se em 4 indicadores, cujas concretizações se descrevem de seguida.

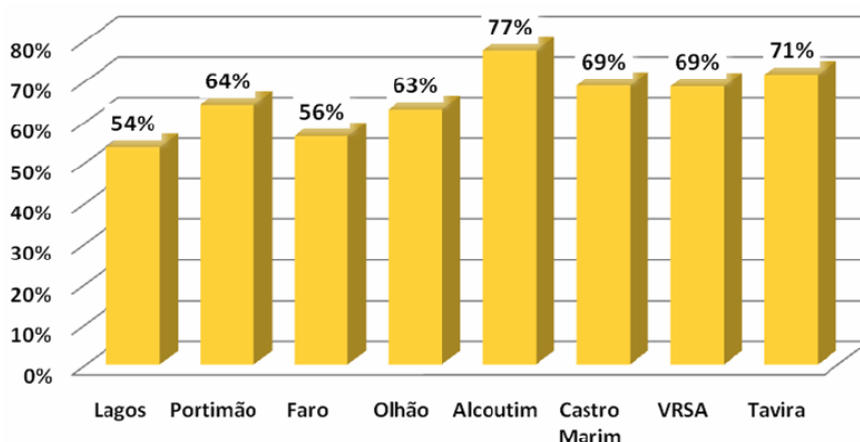
Durante o ano de 2012, o Núcleo de Rastreios desenvolveu a sua actividade essencialmente na área do rastreio do cancro da mama e cancro do colo do útero, bem como na preparação para a implementação do rastreio do cancro do cólon e recto.

No que respeita indicador 5 “taxa de adesão ao rastreio do cancro da mama”, apesar de todos os esforços não foi possível atingir a meta estabelecida de 68% de taxa de adesão, ficando a taxa pelos 65%. Verificou-se ao longo das 4 voltas do rastreio até ao fim de 2012 diferentes taxas de adesão, sendo mais elevada nos concelhos do interior, conclui-se que a adesão tem vindo a crescer e aproximando-se dos objectivos estabelecidos

O rastreio tem uma periodicidade de dois anos pelo que os relatórios são sempre elaborados no fim de cada volta.

A 3.^a volta do rastreio decorreu entre 2010 e 2012, sendo que os resultados por concelhos são os que se observam no seguinte gráfico.

Gráfico 8: Taxa de Adesão ao Rastreio 2012



Fonte: Núcleo de Rastreios, ARS Algarve, IP

O Cancro do Colo do Útero (CCU) é o 7º Cancro mais frequente a nível mundial e o 2º Cancro mais frequente na mulher. A região do Algarve apresenta taxas de mortalidade mais elevadas do que no resto do país, com cerca de 4 óbitos por CCU por cada /100 000 mulheres e uma Incidência de cerca de 15 novos casos de CCU por cada 100 000 mulheres.

No decorrer do ano 2012, foi dado continuidade ao trabalho desenvolvido, por se concluir a fase piloto e estendendo-se o programa a todas as Unidades de Saúde da região.

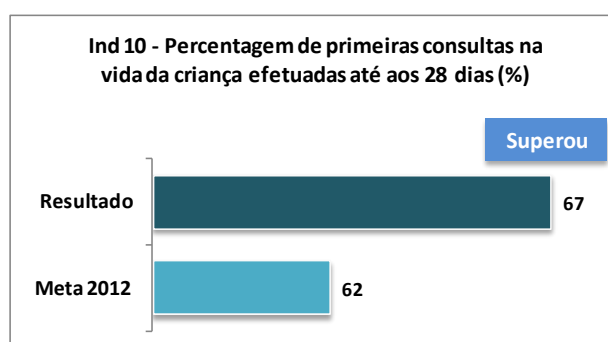
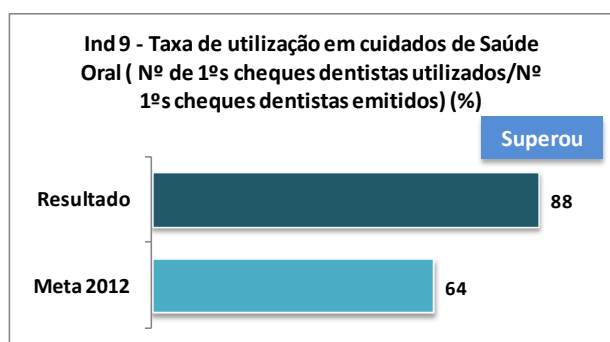
Relativamente ao indicador 6, “percentagem de concelhos da região do Algarve com o programa de rastreio do cancro do colo do útero implementado até 31 de Dezembro de 2012” foi de 100%, indicador claramente **superado** uma vez que a meta proposta era de 38%, ultrapassando o valor crítico estabelecido para este indicador (42%), significando a superação da meta estabelecida para 2012.

Quanto ao indicador 7, “percentagem de unidades prestadoras de cuidados de saúde (USF e UCSP) com do programa de rastreio do cancro do colo do útero implementado, até 31 de Dezembro de 2012” foi de 100%, indicador igualmente **superado** uma vez que a meta estabelecida era de 30%, ultrapassando o valor crítico determinado para este indicador (33%), significando a superação da meta para 2012.

Relativamente ao indicador 8, “taxa de adesão ao rastreio da retinopatia diabética” foi de 80%, indicador também **superado** uma vez que a meta era de 76%, superando o valor crítico determinado para este indicador (79%), significando a superação da meta para 2012.

OOp4 (OE 3): Aumentar acessibilidade aos cuidados de saúde na Região Algarve

(Superou)



A rede de cuidados de saúde primários (CSP) é, reconhecidamente, o pilar central do sistema de saúde português, constituindo o primeiro nível de acesso aos cuidados de saúde, e assumindo importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados.

A acessibilidade aos cuidados de saúde na Região do Algarve é um objectivo proposto para 2012 que foi **superado**. Este objectivo decompunha-se em 2 Indicadores, cujas concretizações

se descrevem de seguida, tendo sido alcançadas e superadas as metas fixadas para 2012 o que permitiu atingir os resultados propostos pelo objectivo.

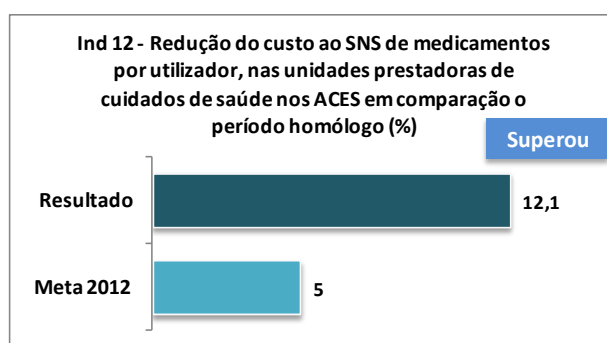
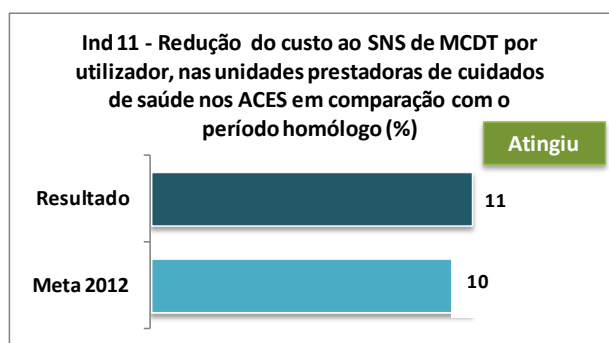
O Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO) visa a diminuição da incidência e da prevalência da cárie dentária, através de uma estratégia combinada de promoção da saúde e de prevenção primária e secundária, estando baseado na actividade desenvolvida ao nível da rede de cuidados de saúde primários. As suas actividades articulam-se, em especial, com as dos programas de saúde escolar, saúde infantil e juvenil, saúde materna e vigilância da saúde do idoso.

O indicador 9, a taxa de utilização em cuidados de saúde oral “ (*nº de 1º cheques dentista utilizados/nº de 1ºs cheques dentistas emitidos*) ” foi de 88%, indicador claramente **superado** dado que a meta era de 64%, superando o valor crítico determinado para este indicador (68%), significando a superação da meta para 2012.

O contacto precoce com os cuidados de saúde é de extrema importância, daí a criação de um indicador que permita medir a percentagem de recém-nascidos com consulta médica realizada até aos 28 dias de vida do recém-nascido. Relativamente ao indicador 10 “*percentagem de primeiras consultas na vida da criança efectuadas até aos 28 dias*” foi de 67%, indicador manifestamente **superado**, uma vez que a meta era de 62%, ultrapassando o valor crítico estabelecido para este indicador (64%).

Objectivos de Eficiência

OOp5 (OE 5): Melhorar o nível de eficiência na prestação de cuidados (Superou)



A utilização racional dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) permite uma “melhor saúde” dos utilizadores e uma redução de custos. O Despacho n.º 10430/2011 (Diário da República, 2.ª Série — N.º 158 — 18 de Agosto de 2011), veio estabelecer um grupo de procedimentos que determina um conjunto de sete medidas respeitantes à introdução de

ajustamentos relativos à prescrição de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT). Com a finalidade de obter uma redução efectiva nos custos com Medicamentos e MCDT nos Cuidados de Saúde Primários, assim como, ter um maior controlo e conhecimento dos valores de despesa com estas rubricas de custos, é um objectivo da ARS Algarve proposto para 2012 que foi **superado**, contribuindo para a melhoria do nível de eficiência na prestação dos cuidados.

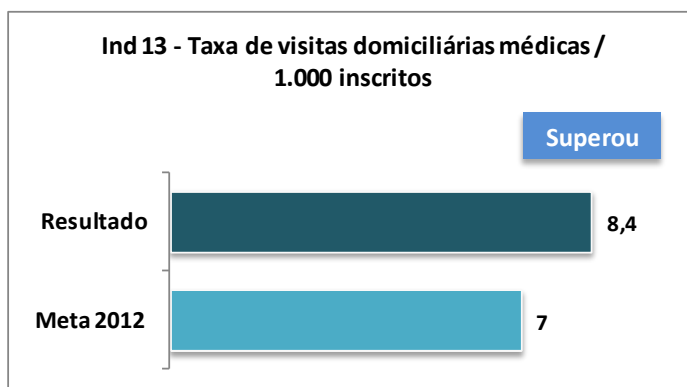
Para o indicador 11 propusemo-nos conseguir uma redução do custo ao SNS de MCDT de 10% por utilizador (em comparação com o período homologado), tendo sido ligeiramente superior à meta estabelecida com uma redução de 11%. Este indicador foi **atingido**, apesar de estar acima da meta proposta fica, no entanto, dentro da margem de tolerância fixada para o indicador o que permite considerar o indicador como atingido. Para o resultado verificado, contribuiu a utilização mais racional e eficiente dos recursos disponíveis, sem prejuízo da garantia de acesso efectivos aos cidadãos.

A redução em 5% de custos ao SNS de medicamentos por utilizador (em comparação com o período homologado) foi uma meta proposta para o indicador 12, tendo sido largamente **superada**, com a redução dos encargos do SNS em 12,1%.

Com a implementação de normas clínicas passou a existir uma "maior uniformização", o que permitiu, a par da monitorização, reduzir os custos. São exemplo disso, a prescrição obrigatória por DCI, a possibilidade de o utente escolher o medicamento genérico mais barato ou a eliminação das barreiras administrativas à entrada de novos medicamentos genéricos no mercado. Algumas medidas que permitiram superar a meta estabelecida, foi a redução dos preços dos medicamentos, a promoção do uso racional do medicamento ou o estabelecimento de normas de prescrição com base em evidência sobre o custo-efectividade dos medicamentos.

OOp6 (OE 3): Aumentar a taxa de visitas domiciliárias médicas

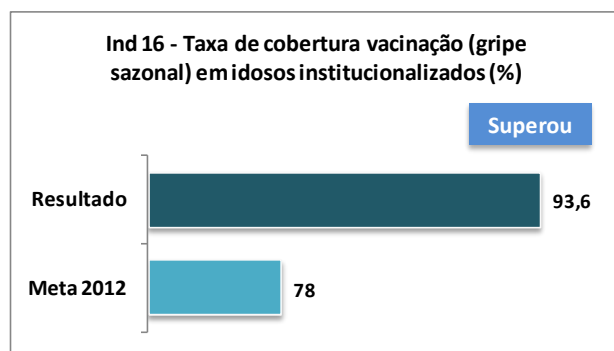
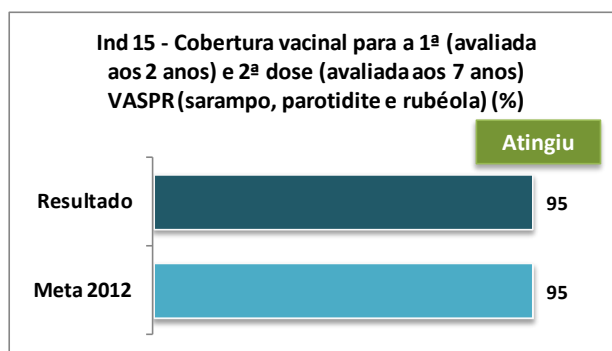
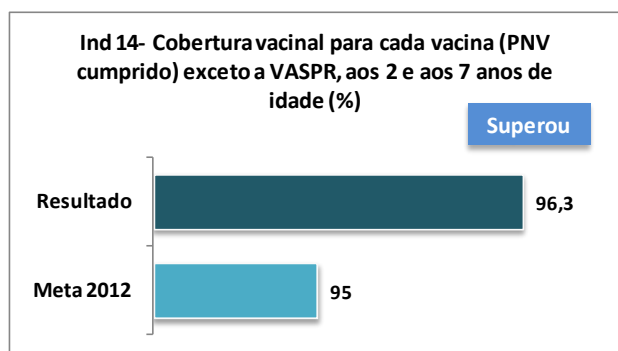
(Superou)



A prestação de cuidados médicos no domicílio é de uma grande importância, especialmente para os utentes dependentes e de reduzida mobilidade. O objectivo traçado para 2012, “aumentar a taxa de visitas domiciliárias médicas”, foi **superado**.

O indicador 13 foi **superado**, registando-se uma taxa de visitas domiciliárias de 8,4%, valor superior à meta (7%). O aumento das consultas domiciliárias reflecte o esforço de adequação das estruturas às necessidades das populações servidas.

OOp7 (OE 2): Promover a vacinação contra a gripe sazonal e a aplicação do Programa Nacional de Vacinação garantindo o controlo ou eliminação das doenças-alvo de vacinação (Superou)



As vacinas são o meio mais eficaz e seguro de protecção contra certas doenças. Mesmo quando a imunidade não é total, quem está vacinado tem maior capacidade de resistência na eventualidade da doença surgir. Não basta vacinar-se uma vez para ficar devidamente protegido. Em geral, é preciso receber várias doses da mesma vacina para que esta seja eficaz. Outras vezes é também necessário fazer doses de reforço, nalguns casos ao longo de toda a vida. A vacinação, além da protecção pessoal, traz também benefícios para toda a comunidade, pois quando a maior parte da população está vacinada interrompe-se a transmissão da doença.

O objectivo “promover a vacinação contra a gripe sazonal e a aplicação do Programa Nacional de Vacinação garantindo o controlo ou eliminação das doenças-alvo de vacinação”, foi claramente **superado**, contribuindo para este resultado os 3 indicadores.

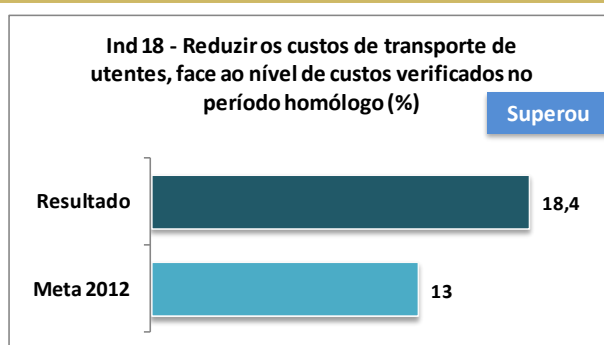
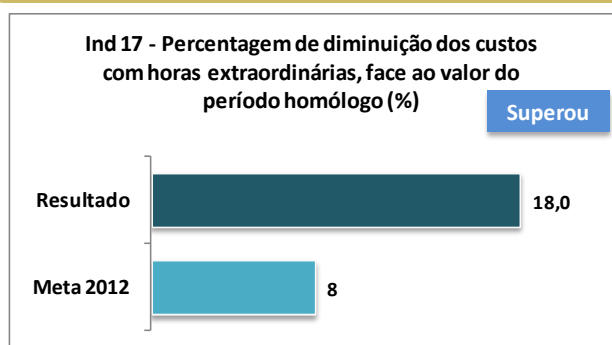
O indicador 14 “cobertura vacinal para cada vacina (PNV cumprido) excepto a VASPR, aos 2 e aos 7 anos de idade” foi **superado**, registando uma taxa 96,3% que permitiu superar o valor crítico (96%) e o valor da meta (95%), só foi possível alcançar estes resultados com a sensibilização e o envolvimento continuado de todos os profissionais de saúde que trabalham nesta área.

O indicador 15 “cobertura vacinal para a 1ª (avaliada aos 2 anos) e 2ª dose (avaliada aos 7 anos) VASPR (sarampo, parotidite e rubéola) foi **atingido**, observando-se uma taxa de 95% valor igual à meta.

O indicador 16 “taxa de cobertura vacinação (gripe sazonal) em idosos institucionalizados” foi sobejamente **superado**, com uma taxa de cobertura de 93,6 %, valor este que permitiu superar o valor crítico apontado para o indicador (84%) e o valor da meta estabelecida (78%). De salientar o envolvimento e o esforço de todos os profissionais de saúde que estiveram a trabalhar neste programa.

OOp8 (OE 5): Optimizar recursos e diminuir custos

(Superou)



A lei do Orçamento de Estado para 2012, na linha do que está disposto no Memorando de Entendimento sobre as condicionalidades da política económica firmado pelo Governo português com o Fundo Monetário Internacional (FMI), a Comissão Europeia (CE) e o Banco Central Europeu (BCE), em 17 de Maio de 2011, e visando o cumprimento das suas metas e objectivos, impõe-se adoptar, com celeridade, as medidas necessárias que visem contribuir, efectivamente, para o controlo da despesa e para a consequente redução de custos.

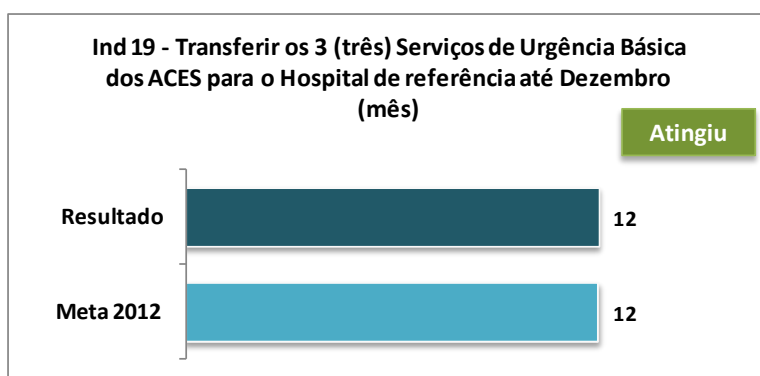
Neste contexto, a ARS Algarve, IP introduziu medidas de racionalização do recurso ao trabalho extraordinário, promovendo a redução dos seus custos, não apenas em consequência da redução do custo horário introduzido pela lei do Orçamento de Estado para 2012, mas igualmente através de medidas de redução do número de horas extraordinárias e através de processos de reorganização do trabalho.

O objectivo traçado para 2012 “optimizar recursos e diminuir custos” foi claramente **superado**, contribuindo para este resultado 2 indicadores.

O indicador 17 “percentagem de diminuição dos custos com horas extraordinárias, face ao valor do período homólogo” foi claramente **superado**, uma vez que os custos com horas extraordinárias diminuí cerca de 18% face ao valor do período homólogo, valor inferior à meta estabelecida (-8%), ultrapassando o valor crítico estabelecido para este indicador (-10%), significando a superação da meta para 2012.

O indicador 18 “reduzir os custos de transporte de utentes, face ao nível de custos verificados no período homólogo” foi igualmente **superado**, os custos com o transporte de doentes diminuí cerca de 18,4 % face ao valor verificado no período homólogo, valor inferior à meta (-13%), ultrapassando o valor crítico incluído neste indicador (-15%).

OOp9 (OE 3): Reorganização e racionalização da rede hospitalar através da concentração de serviços de urgência (Cumpriu)



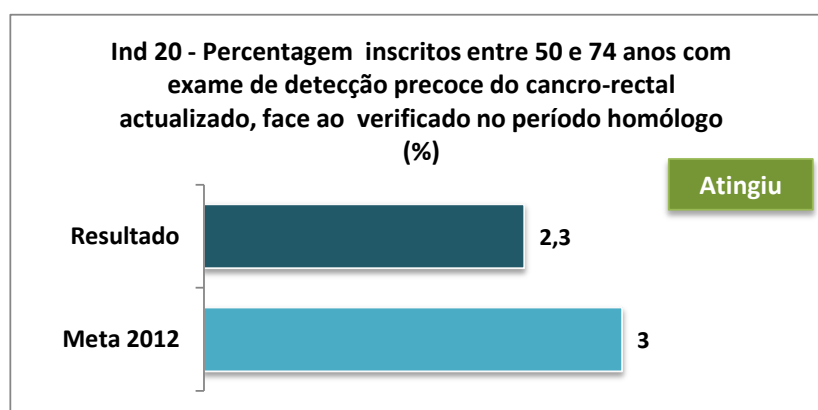
A rede de urgência emergência, tendo como missão o atendimento e tratamento das situações urgentes, conforme definidas no Despacho nº 18459/2006 de 12 Setembro, reconhece os Serviços de Urgência Básica (SUB) como o primeiro nível de acolhimento a situações de urgência, dotados dos meios humanos e materiais capazes de efectuar a avaliação e estabilização inicial dos doentes urgentes.

A reorganização dos SUB, consolidada no processo de transferência da sua gestão da ARS Algarve, IP para o Hospital de Faro, EPE, considera-se como a melhor forma de se obter sinergias entre as diferentes unidades de saúde existentes na região, dado que a mesma possibilita o reforço da articulação e complementaridade técnica e assistencial e o melhor aproveitamento dos recursos humanos disponíveis, através do qual poderá representar uma redução da contratação externa de recursos humanos, horas extraordinárias e suplementos remuneratórios.

Neste sentido, e em ordem a garantir aos utentes o acesso a cuidados urgentes, cujo papel difere da vocação pretendida para as equipas dos Cuidados de Saúde Primários, estando por isso melhor enquadrado no seio hospitalar a gestão dos SUB de Albufeira, Loulé e Vila Real de Santo António, permitindo um sistema de urgência único e integrado no Algarve.

O objectivo planeado para 2012 “*Reorganização e racionalização da rede hospitalar através da concentração de serviços de urgência*” foi **atingido**, com a concretização indicador 19 “*transferência dos três Serviços de Urgência Básica dos ACES para o Hospital de referência até Dezembro*”.

OOp10 (OE 2): Assegurar a detecção precoce do cancro-rectal na população inscrita nos ACES (Cumpriu)



O Rastreio do Cancro do Cólon e Recto é um dos rastreios designados nas estratégias nacionais e regionais, bem como no Plano Nacional de Saúde, o diagnóstico precoce tem sido efectuado por rastreio oportunista em familiares de doentes ou em situações de risco referenciadas.

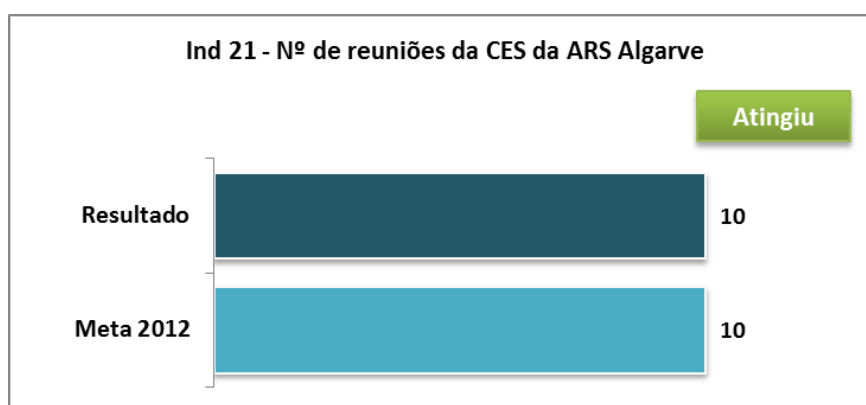
Diminuição da morbilidade e mortalidade por cancro do cólon e recto, no Algarve, na População - Alvo 50 70 anos através da detecção e tratamento precoce das lesões encontradas, com

melhoria da eficácia e eficiência da intervenção, tendo em conta a análise custo benefício e custo efectividade.

Assegurar a detecção precoce do cancro-rectal na população inscritos nos ACES, foi um objectivo que a ARS Algarve, IP propôs para o ano 2012, o qual foi parcialmente **atingido**.

O indicador 20 “percentagem inscritos entre 50 e 74 anos com exame de detecção precoce do cancro-rectal actualizado, face ao verificado no período homólogo” foi parcialmente atingido uma vez que atingiu um valor de 2,3 pp, face ao valor verificado no período homólogo. Apesar de não cumprir a meta (3 pp) fica no entanto dentro da margem de tolerância fixada para o indicador o que permite considerar como atingido.

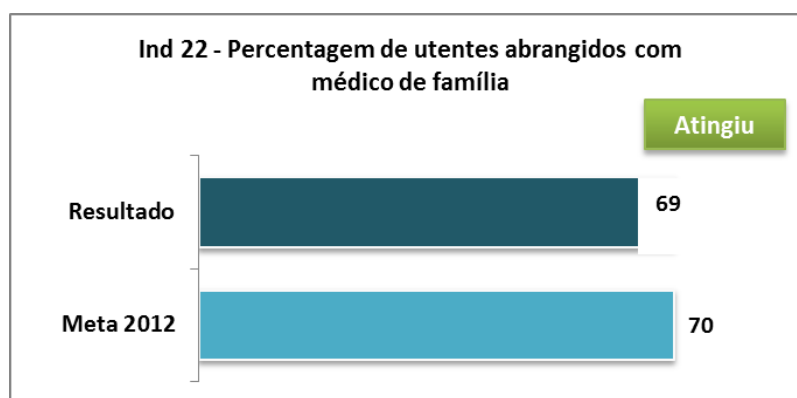
OOp11 (OE 4): Garantir o funcionamento regular da Comissão de Ética para a Saúde
(Cumpriu)



O objectivo garantir o funcionamento regular da Comissão de Ética para a Saúde foi **atingido**, uma vez que foram realizadas 10 reuniões, valor igual á meta estabelecida no indicador 21. Apesar da situação de férias, foi possível manter o ciclo de reuniões, e dar continuidade de resposta atempada aos vários pedidos, agradecendo o esforço e empenhamento de todos os elementos da Comissão.

OOp12 (OE 3): Assegurar cobertura por Médico de Família aos utentes inscritos

(Cumpriu)

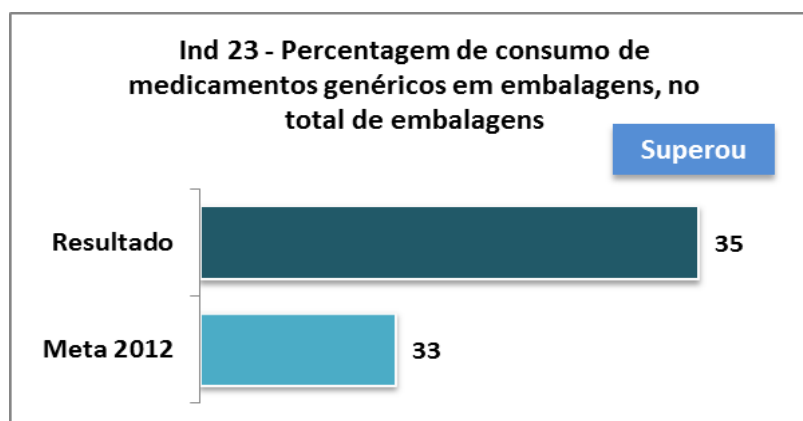


No quadro dos objectivos e medidas do Programa do XIX Governo Constitucional, é prioritário assegurar a qualidade e o acesso efectivo aos cuidados de saúde, o que implica, entre outros, garantir a cobertura dos cuidados primários, assegurando o acesso a um médico de família à generalidade dos cidadãos minimizando as actuais assimetrias de acesso e cobertura de natureza regional ou social e apostando na prevenção.

Neste sentido, para o ano 2012 a ARS Algarve, propôs o objectivo “assegurar a cobertura por médico de família aos utentes inscritos” das unidades funcionais dos ACES, o qual foi parcialmente **atingido**. Apesar de não cumprir a meta (3%) fica no entanto dentro da margem de tolerância fixada para o indicador o que permite considerar como atingido.

OOp13 (OE 5): Aumentar a utilização de medicamentos genéricos na região

(Superou)



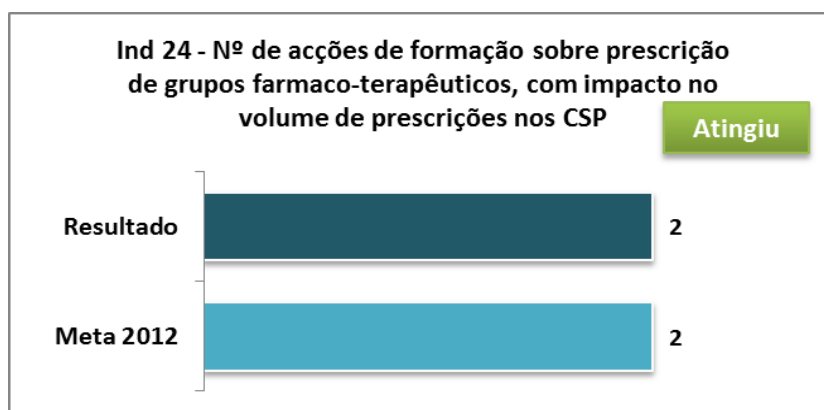
A introdução dos medicamentos genéricos no mercado terá contribuído para uma melhoria no acesso a medicamentos essenciais, pelo que se continua a envidar esforços no sentido de aumentar os seus níveis de prescrição.

Quando se analisa o nível de consumo de medicamentos genéricos no mercado SNS em ambulatório, dos ACES da região do Algarve, verifica-se que aumentou 11% em comparação com o ano 2011. Entre as medidas que permitiram o alcance destes resultados estão a «revisão internacional do preço de medicamentos»; «o incentivo ao mercado de genéricos e competição pelo preço»; a implementação da prescrição e dispensa por DCI; e o «aumento da quota de medicamentos genéricos».

O objectivo para 2012 em “aumentar a utilização de medicamentos genéricos na região” foi claramente **superado**, com o contributo do indicador 23 “Percentagem de consumo de medicamentos genéricos em embalagens, no total de embalagens” que registou um valor de 35%, valor superior à meta (33%), igualando o valor crítico do indicador e superando a meta estabelecida para 2012.

Objectivos de Qualidade

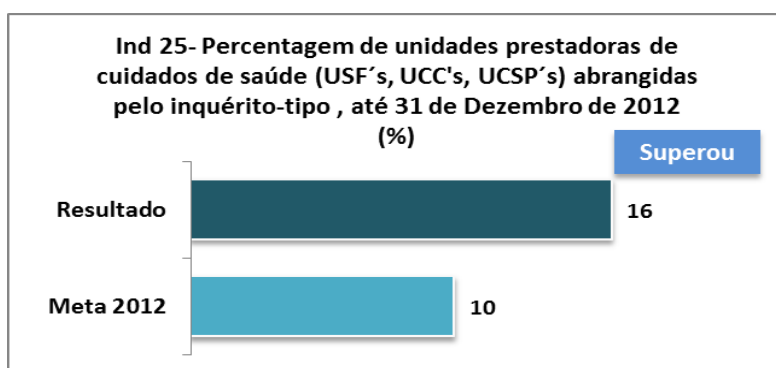
OOp14 (OE 4): Elaborar orientações terapêuticas para divulgação junto dos médicos de família (Cumpriu)



A continuação da publicação e promoção das normas de orientação clínica, no que se refere à política do medicamento, na elaboração de orientações terapêuticas para divulgação junto dos médicos de família foi um dos objectivos que a ARS Algarve, IP propôs e foi **atingido**.

De acordo com o indicador 24 “nº de acções de formação sobre prescrição de grupos fármaco-terapêuticos, com impacto no volume de prescrições nos CSP” a meta de realizar duas (2) acções de formação foi cumprida.

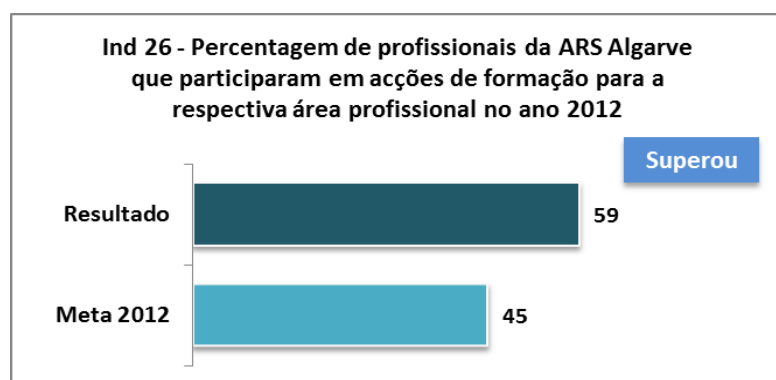
OOp15 (OE 4): Monitorizar o nível de satisfação dos utentes dos ACES, através da aplicação de um inquérito-tipo (Superou)



Para a garantia da satisfação dos utentes, os cuidados primários devem assegurar a satisfação das necessidades objectivas e subjectivas dos utilizadores, contribuindo para a melhoria do seu estado de saúde e qualidade de vida. Para além destes factores, é importante perceber se os serviços garantem o acesso aos cuidados, a melhor organização dos serviços e atitude dos profissionais e ainda a comunicação dos profissionais com os utentes.

Monitorizar o nível de satisfação dos utentes dos ACES, através da aplicação de um inquérito-tipo, através do recurso ao instrumento Europep³, foi um objectivo proposto em 2012 que foi **superado**. Em Novembro de 2012 no ACES Central foram distribuídos os inquéritos a 6 unidades prestadoras de cuidados de saúde. O indicador 25 "Percentagem de unidades prestadoras de cuidados de saúde (USF's, UCC's, UCSP's) abrangidas pelo inquérito-tipo, até 31 de Dezembro de 2012", registou um valor de 16%, superior à meta (10%), o que permitiu superar o indicador e consequentemente o objectivo.

OOp16 (OE 3): Promover a formação profissional dos trabalhadores da ARS Algarve (Superou)



³O questionário EUROPEP é um instrumento padronizado e validado, que permite comparar a qualidade dos cuidados prestados pelos médicos de família num leque alargado de países.

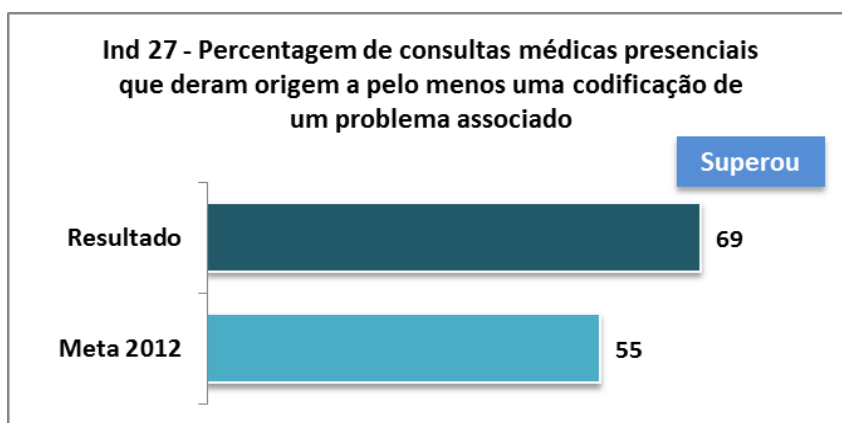
No quadro do esforço de modernização do Estado e da estratégia de qualificação dos serviços públicos, foi publicada uma Resolução do Conselho de Ministros que estabelece orientações para a formação dos trabalhadores em funções públicas, com especial destaque para o alargamento da formação a todos os níveis da Administração Pública e a todos os seus trabalhadores.

Para além do objectivo de garantir até 2013, o acesso efectivo à formação profissional a todos os trabalhadores em funções públicas na Administração Central do Estado, visa-se também adequar a oferta formativa às necessidades dos trabalhadores e dos serviços e avaliar o impacto da formação na qualidade dos serviços prestados e na produtividade dos trabalhadores.

Neste sentido, o objectivo proposto para 2012 “promover a formação profissional dos trabalhadores da ARS”, foi **superado**, contribuindo para este resultado o indicador 26, “percentagem de profissionais da ARS Algarve que participaram em acções de formação para a respectiva área profissional no ano 2012”, com 59% valor superior à meta (45%).

OOp17 (OE 2): Melhorar os registos de morbilidade nos ACES

(Superou)



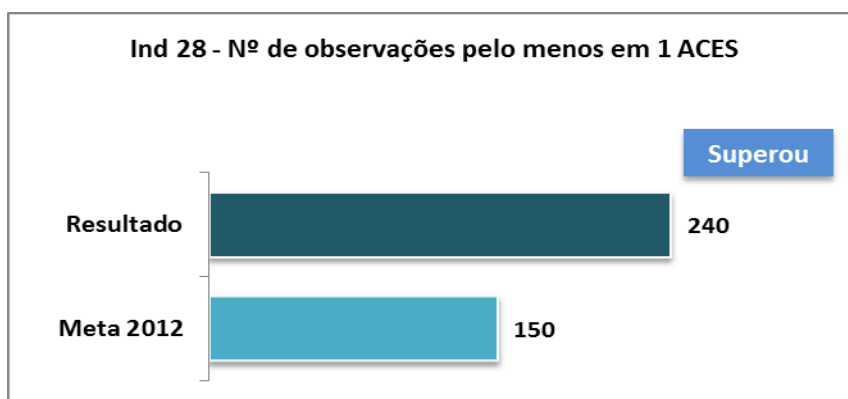
Na sequência da fase do trabalho desenvolvido pelo grupo para a melhoria do registo da morbilidade nos CSP, em 2012 foi alargado o manual de codificação clínica com cerca de 24 novos códigos, por forma a aumentar o número de patologias a codificar de forma sistemática e uniforme pelos médicos de família.

Sem bons registos clínicos não é possível garantir cuidados adequados e, muito menos monitorizar e avaliar o trabalho realizado e os cuidados prestados. Assim, em 2012, e na sequência do que tem vindo a ser feito, houve um esforço prioritário a nível de cada ACES, para

melhorar os registos clínicos em todas as unidades funcionais, designadamente nas USF e UCSP.

O objectivo melhorar os registos de morbilidade nos ACES foi claramente **superado**, uma vez que a percentagem de consultas presenciais que deram origem a pelo menos uma codificação de um problema associado (indicador 27) alcançou um valor de 69%, valor superior à meta (55%), expressando a superação da meta do indicador estabelecida para 2012.

OOp18 (OE 3): Realizar Auditoria ao Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral
(Superou)



O Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO) é regulamentado pela Portaria n.º 301/2009, de 24 de Março, no que respeita à prestação de cuidados de saúde oral personalizados, preventivos e curativos, ministrados por profissionais especializados, através de uma estratégia baseada em procedimentos simplificados e orientada para a satisfação de necessidades de saúde que influem nos níveis de bem-estar e na qualidade de vida da população beneficiária ao longo do ciclo de vida.

Prevê a referida portaria a avaliação técnico-científica do Programa através de indicadores específicos e a realização de auditorias com base em mecanismos de controlo.

Este módulo do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral é orientado à auditoria de procedimentos realizados e registados por médicos dentistas aderentes ao programa.

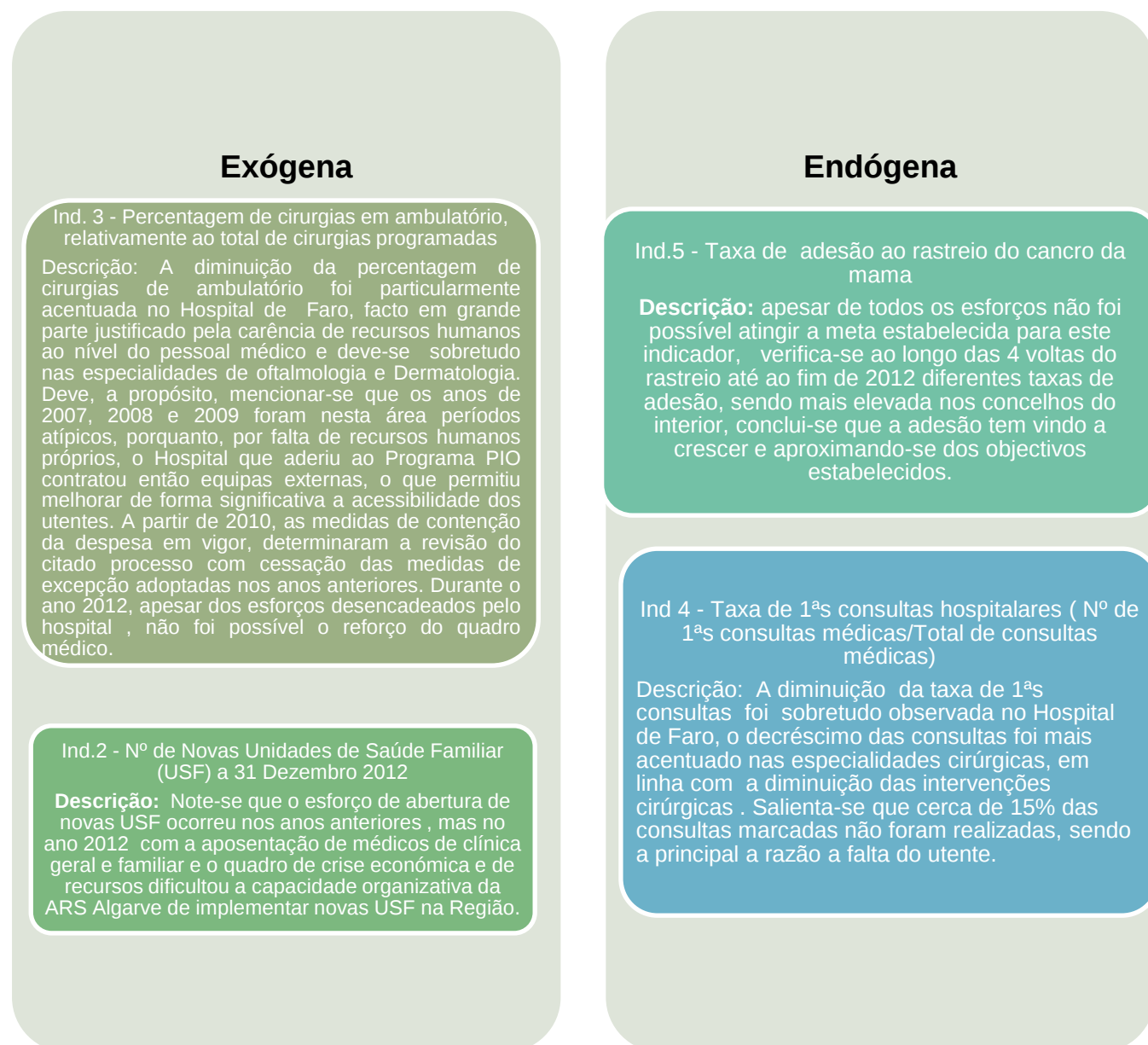
Realizar Auditoria ao Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) foi um objectivo proposto para 2012 sobejamente **superado**, uma vez que o número de observações pelo menos em 1 ACES (indicador 28) registou um valor de 240 observações, valor superior à meta (150), revelando a superação da meta do indicador estabelecida para 2012.

3. Análise das Causas de Incumprimento ou de Resultados Insuficientes

Em termos dos objectivos fixados no QUAR 2012 verificaram-se alguns desvios negativos conforme ilustrado na tabela 5. Verificou-se, também, algum incumprimento e a obtenção de resultados insuficientes em quatro indicadores dos objectivos operacionais propostos para 2012, facto que, se revelou crítico para o cumprimento de dois objectivos relevantes estabelecidos no QUAR.

A figura seguinte evidencia as causas específicas para a não concretização de cada uma das actividades.

Figura 5: Principais causas de incumprimento de acções programadas



4. Afectação Real e Prevista dos Recursos Humanos e Financeiros

4.1 Recursos Humanos

Para a prossecução das suas actividades a ARS Algarve contou em 2012 com 1.524 trabalhadores, no entanto, em resultado do fluxo de entradas e saídas, no final do ano, apenas estavam em efectividade de funções 1.522 trabalhadores, representando uma variação de menos 2 profissionais. Esta diminuição deveu-se sobretudo à saída de trabalhadores da carreira assistente técnico por aposentação, deixando de ser considerado no cômputo dos recursos humanos a exercer funções a 31/12/2012 na ARS Algarve.

Tabela 6: Recursos Humanos Planeados e Realizados - 2012

DESIGNAÇÃO	PONTUAÇÃO	PLANEADOS	REALIZADOS	DESVIO
Dirigentes - Direção Superior	20	120	120	0
Dirigentes - Direção Intermédia (1ª e 2ª) e Chefes de Equipa	16	176	112	-64
Técnicos Superiores (inclui Especialistas de Informática)	12	1.236	1.260	24
Coordenadores Técnicos (inclui Chefes de Secção)	9	126	99	-27
Informáticos	8	48	40	-8
Assistentes Técnicos	8	2.664	2.528	-136
Assistentes Operacionais	5	1.285	1.175	-110
Outros, especifique				0
Médicos	12	3.960	3.516	-444
Enfermeiros	12	5.364	5.256	-108
Técnicos Diagnóstico e Terapêutica	12	1.332	1.332	0
TOTAL		16.311	15.438	-873

Nº de Efectivos no Organismo	01-12-2011	31-12-2012
Nº de efectivos a exercer funções	1.545	1.524

Fonte: QUAR 2012 da ARS Algarve, IP

No final de 2012 existiam, nos serviços de âmbito Regional e nos ACeS, 1.522 profissionais com contractos de trabalho em funções públicas, dos quais 1.294 contratados por tempo indeterminado e 182 com contractos a termo resolutivo certo/incerto e 39 por tempo indeterminado no âmbito do código de trabalho. Considerando que no mapa de pessoal aprovado prevêem 1.617 trabalhadores, dos quais 1.354 nos ACeS podemos constatar que, no final do exercício, o deficit de recursos humanos era de 95 profissionais.

Para executar o plano de actividades previu-se que seria necessário reforçar significativamente os recursos humanos, especialmente nos grupos de pessoal médico, enfermagem e assistentes técnicos para garantirem o normal funcionamento das unidades de prestação de cuidados

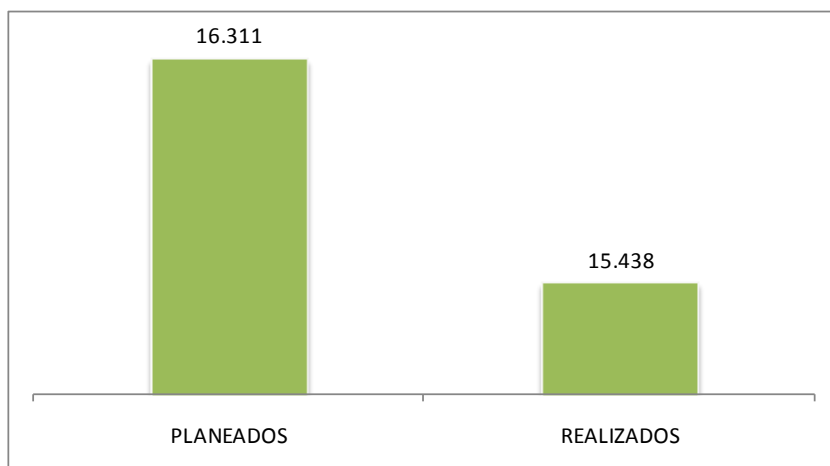
(Unidades de cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e Serviços de Urgência Básica (SUB)). Com aquele reforço pretendia-se aumentar a capacidade de resposta à crescente procura de cuidados, tendo em vista melhorar a acessibilidade e a qualidade dos cuidados prestado e reduzir os encargos com trabalho extraordinário.

Contudo, tal reforço só foi possível na contratação de pessoal médico que terminou o internato médico e ficaram vinculados na região, registando-se um desvio positivo de 7 profissionais, no entanto é um aumento ilusório, dado que o número destes profissionais continua a ser escasso, verificando-se na região 30% de utentes inscritos sem médico de família atribuído.

No que respeita à carreira de enfermagem registou-se um desvio positivo de 24 enfermeiros, o que traduz um incremento de 6% em relação ao ano de 2011, o que de alguma forma reforça capacidade de resposta à crescente procura de cuidados.

Assim, os recursos humanos disponíveis no final do exercício correspondem a 95% da capacidade instalada.

Gráfico 9: Recursos Humanos Planeado versus Realizado



Fonte: QUAR 2012, UGRH da ARS Algarve

4.2 Recursos Financeiros

Os Recursos Financeiros previstos em sede de QUAR 2012 (num total de 150.662.950€) correspondiam ao orçamento inicial aprovado (Orçamento Ordinário), os quais vieram a ser substancialmente alterados, ao longo do ano, para financiamento de projectos específicos, e pela integração dos saldos de gerência. Assim, os Recursos Financeiros corrigido da ARS Algarve, IP ascendeu a um total de 165.558.567€, o que representa um acréscimo de 10% face aos estimados.

Por estas razões o Orçamento executado em 2012 (num total de 163.267.990€) traduz um desvio negativo de -1% face ao Orçamento Corrigido.

Tabela 7: Orçamento 2012

DESIGNAÇÃO	ORÇAMENTO	ORÇAMENTO CORRIGIDO	EXECUTADOS	DESVIO	Desvio (%)
Orçamento de Funcionamento	143.268.814 €	162.279.896 €	160.747.721 €	-1.532.175 €	-1%
Despesas com Pessoal	44.716.942 €	39.706.192 €	39.391.709 €	-314.483 €	-1%
Aquisições de Bens e Serviços	94.907.186 €	122.542.209 €	121.324.518 €	-1.217.691 €	-1%
Outras Despesas Correntes	3.644.686 €	31.495 €	31.494 €	-1 €	0%
PIDDAC	777.930 €	777.930 €	35.398 €	-742.532 €	-95%
Outros	6.616.206 €	2.500.741 €	2.484.871 €	-15.870 €	-1%
TOTAL (OF+PIDDAC+Outros)	150.662.950 €	165.558.567 €	163.267.990 €	-2.290.577 €	-1%

Fonte: QUAR 2012, UGF da ARS Algarve

A realização de despesas de funcionamento ascendeu a 160.747.721€, traduzida numa taxa de execução orçamental de 99% do orçamento corrigido. Relativamente ao peso dos encargos com o pessoal, que corresponderam a 24% do orçamento corrigido global, o valor mais baixo que em 2011. As despesas associadas à aquisição de bens e serviços correntes detêm o maior peso no orçamento corrigido global.

5. Informação Sintética sobre Iniciativas de Publicidade Institucional

Nos termos do artigo nº10 da Resolução do Conselho de Ministros n.º 47/2010 de 25 de Junho, e da Portaria nº 1297/2010, de 21 de Dezembro, apresenta-se em seguida o quadro com a informação sintética sobre as iniciativas e acções de publicidade institucional desenvolvidas em 2012.

Durante o ano de 2012, a ARS Algarve IP registou um gasto total de 3.319,80 euros em despesas relacionadas com acções informativas e de publicidade institucional,

designadamente, na inserção de campanhas de prevenção e promoção da Saúde nos órgãos de comunicação social regional. Mais se informa que os valores aqui apresentados apenas dizem respeito às despesas com publicidade institucional, de acordo com o estipulado no nº2 da Resolução do Conselho Ministros nº 47/2010, não estando aqui incluídas outras despesas, relacionados com a produção, concepção gráfica e elaboração de materiais ou outros meios promocionais, tais como cartazes, folhetos, flyers, posters, rollups, assim como a publicação de anúncios de concursos públicos e/ou oferta de emprego; o pagamento à Imprensa Nacional da Casa da Moeda das publicações em Diário da República, assim como outros materiais e processos efectuados pelos diversos serviços da instituição.

Salienta-se que os valores referidos nesta secção incluem o IVA.

De referir que os gastos em publicidade institucional foram realizados no âmbito da divulgação de três acções informativas e de sensibilização, nomeadamente, da prevenção do tabagismo com a campanha do Departamento de Saúde Pública e Planeamento da ARS Algarve IP - «Livre a sua Vida do Tabaco», das comemorações do Dia Mundial da Luta Contra a Sida e divulgação do Curso Multiprofissional de Cuidados Paliativos, co-financiado pelo Programa de Cooperação Transfronteiriça Espanha - Portugal 2007 - 2013 (POCTEP) da União Europeia.

A campanha de prevenção do tabagismo, criada em articulação com o Departamento de Saúde Pública e Planeamento da ARS Algarve IP, denominada «Livre a sua vida do tabaco», com o objectivo de alertar a população para os malefícios do tabaco, reforçando os benefícios para a Saúde de deixar de fumar foi difundida em três edições (Agosto, Setembro e Outubro) da revista mensal – JA Magazine, do Jornal do Algarve.

No mês de Setembro, foi inserido um anúncio no Semanário O Barlavento e no Jornal do Algarve com a divulgação do Curso Multiprofissional em Cuidados Paliativos com a apresentação da peça de teatro «Óscar e a Senhora Cor de Rosa», integrado no Plano de Formação em Cuidados Paliativos, no âmbito do Projecto «Observatório de Saúde da Região Transfronteiriça Algarve - Andaluzia», co-financiado pelo Programa de Cooperação Transfronteiriça Espanha - Portugal 2007 - 2013 (POCTEP) da União Europeia.

No âmbito das comemorações do Dia Mundial de Luta Contra a Sida, foi divulgada nas edições de Novembro e Dezembro da revista mensal – JA Magazine, do Jornal do Algarve, a campanha «Faça o teste VIH/Sida – Tire as dúvidas», em articulação com o Centro de Aconselhamento e Detecção Precoce de Infecção do VIH/Sida de Faro, com vista a sensibilizar e motivar as pessoas a adoptarem comportamentos que previnam a infecção VIH/SIDA.

Tabela 8: Valor global gasto no conjunto das acções informativas e de publicidade institucional distribuído pela rádio e imprensa realizadas pela ARS Algarve, IP no ano de 2012

Total Global		3º Trimestre	4º Trimestre	Anual
Montantes	Rádio Local			
	Imprensa Regional	1941,57€	1378,23€	
	Imprensa Nacional			
	Total	1941,57€	1378,23€	3319,80€

Fonte: Assessoria de Imprensa e Comunicação

Tabela 9: Distribuição por trimestre de Acções Informativas e de Publicidade Institucional pelos diversos órgãos de comunicação social no ano de 2012

3º Trimestre - Acções informativas e de publicidade institucional			
Divulgação da campanha de prevenção do tabagismo «Livre a sua Vida do Tabaco»; Divulgação da Formação Co-financiada POCTEP 2007-2013 em Cuidados Paliativos – Peça teatro «Óscar e a Senhora Cor de Rosa»			
Órgão Comunicação Social	Acção Informativa	Período	Montante
Imprensa Regional			
Jornal do Algarve – JA Magazine	Inserção de um anúncio na revista mensal JA Magazine da campanha de prevenção do tabagismo «Livre a sua Vida do Tabaco»	Agosto	459,41€
Jornal do Algarve – JA Magazine	Inserção de um anúncio na revista mensal JA Magazine da campanha de prevenção do tabagismo «Livre a sua Vida do Tabaco»	Setembro	459,41€
Semanário O Barlavento	Inserção de um anúncio de divulgação da Formação Co-financiada POCTEP 2007-2013 em Cuidados Paliativos – Peça teatro «Óscar e a Senhora Cor de Rosa»	Setembro	500,00€
Jornal do Algarve	Inserção de um anúncio de divulgação da Formação Co-financiada POCTEP 2007-2013 em Cuidados Paliativos – Peça teatro «Óscar e a Senhora Cor de Rosa»	Setembro	522,75€
Total			1941,57€

4º Trimestre - Acções informativas e de publicidade institucional			
Divulgação da campanha de prevenção do tabagismo «Livre a sua Vida do Tabaco»; Divulgação da campanha de luta contra a SIDA - «Faça o teste VIH/Sida – Tire as dúvidas»			
Órgão Comunicação Social	Acção Informativa	Período	Montante
Imprensa Regional			
Jornal do Algarve – JA Magazine	Inserção de um anúncio na revista mensal JA Magazine da campanha de prevenção do tabagismo «Livre a sua Vida do Tabaco»	Outubro	459,41€
Jornal do Algarve – JA Magazine	Inserção de um anúncio na revista mensal JA Magazine da campanha de luta contra a SIDA - «Faça o teste VIH/Sida – Tire as dúvidas»	Novembro	459,41€
Jornal do Algarve – JA Magazine	Inserção de um anúncio na revista mensal JA Magazine da campanha de luta contra a SIDA - «Faça o teste VIH/Sida – Tire as dúvidas»	Dezembro	459,41€
Total			1378,23€

Fonte: Assessoria de Imprensa e Comunicação

6. Avaliação do Sistema de Controlo Interno

6.1 Ambiente e Controlo

A ARS Algarve IP dispõe de mecanismos internos de coordenação e de monitorização que lhe permitem assegurar o desenvolvimento das suas actividades de acordo com os princípios da ética e em conformidade com os princípios da legalidade e regularidade administrativa.

Existe uma política de formação do pessoal que garante a adequação do mesmo às funções e complexidade das tarefas.

O Conselho Directivo, composto por um Presidente e dois Vogais, reúne semanalmente, para coordenação das actividades e deliberar sobre as matérias mais relevantes, mesmo que não sejam da estrita competência do Conselho.

Cada um dos membros de Conselho Directivo tem a responsabilidade de coordenação e supervisão de uma ou mais áreas de intervenção estratégica.

Os dirigentes intermédios das diversas áreas de actividade reúnem de forma regular e frequente com o membro do Conselho responsável por essa área e submetem à sua

apreciação e decisão as matérias que impliquem a assumpção de compromissos externos, designadamente financeiros.

No âmbito do controlo externo foram realizadas auditorias pela IGAS e Tribunal de Contas à execução do Contrato de Gestão do Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul, em regime de parceria público privada. Foram ainda realizadas outras auditorias pela Inspeção Geral das Actividades em Saúde e acções de acompanhamento da implementação de acções e medidas definidas na sequência de outras auditorias realizadas em anos anteriores.

A ARS Algarve IP dispõe de um Fiscal Único com as competências definidas no âmbito da Lei n.º 3/2004, de 15.01, entre as quais efectuar o controlo da legalidade, regularidade e da boa gestão financeira e patrimonial, emitindo pareceres sobre os orçamentos e a prestação de contas.

6.2 Fiabilidade dos Sistemas de Informação

Existem aplicações informáticas de suporte ao processamento de dados, nomeadamente, nas áreas de contabilidade, gestão documental e tesouraria.

São identificados os requisitos de segurança para acesso de terceiros a informação ou activos do serviço - Existem mecanismos de segurança ao nível da rede, do *software* e das bases de dados.

Está salvaguardada a informação dos computadores de rede - Estão definidos e implementados procedimentos de *backup* para os repositórios de dados centrais.

É garantida a segurança na troca de informações e *software*, mediante mecanismos de autenticação.

6.3 Participação dos Colaboradores no Processo de Auto avaliação

Uma vez que a ARS Algarve, IP não dispõe, ainda, de um sistema de monitorização do QUAR, a aferição dos resultados atingidos, nos vários indicadores propostos, foi efectuada junto dos dirigentes intermédios e, em alguns casos concretos, de alguns trabalhadores envolvidos de forma directa nas actividades ou projectos que lhes estavam subjacentes.

Os resultados finais foram objecto de apreciação em reunião realizada entre o Conselho Directivo e os dirigentes intermédios.

Também a auto-avaliação da ARS Algarve, IP contou com a participação de vários dirigentes intermédios, das diferentes áreas.

Relativamente ao ano de 2012 a ARS Algarve, IP não elaborou quaisquer questionários de avaliação do nível de satisfação dos seus colaboradores.

A participação dos colaboradores da ARS no processo de planeamento e de auto-avaliação é assegurada através da definição dos objectivos e elaboração dos planos de actividades, bem como na análise do respectivo grau de concretização, ao nível das diversas unidades orgânicas.

A avaliação dos dirigentes intermédios é efectuada com base no grau de realização dos objectivos estabelecidos para a respectiva Unidade orgânica, garantindo-se, assim, a prossecução dos objectivos do organismo.

Por outro lado, os objectivos dos colaboradores estão alinhados e convergem para a concretização dos objectivos da Unidade onde se integram.

Contudo, deve-se salientar, que este processo de planeamento e de gestão participativa por objectivos, não está ainda no mesmo nível de maturidade em toda a estrutura e carece de aperfeiçoamento e melhoria de processos, de forma a conseguir atingir uma participação plena de todos os colaboradores na fase de planeamento e monitorização dos resultados, quer globais, quer os que os envolvem directamente.

Para este aperfeiçoamento, para além de uma maior dinâmica interna, torna-se necessária a introdução de um sistema de informação que facilite a recolha e tratamento dos dados relativos ao processo de avaliação.

7. Desenvolvimento de Medidas para um Reforço Positivo do Desempenho

A reforma dos cuidados primários de saúde, em curso, tem como objectivo, ao nível da reorganização dos serviços, a constituição de pequenas unidades prestadoras de cuidados de saúde, com elevado nível de diferenciação dos seus profissionais e dotadas de autonomia técnica e funcional. Estas unidades que deverão ter como centro da sua actividade o cidadão e a família, adoptarão um sistema de gestão flexível e desburocratizado que permita a criação de um ambiente amigável para o utente e que favoreça a cooperação inter-pares e com outros profissionais e ou unidades prestadoras de cuidados ou de suporte. A relação com outras unidades e níveis de prestação de cuidados deverá ser efectuada através de protocolos de referenciação adequados.

Esta profunda alteração do sistema organizacional preconizado pela reforma, que consiste na substituição de um modelo estratificado e hierarquizado por uma rede de Unidades Funcionais , com elevado grau de autonomia e fracas relações hierárquicas entre os diversos níveis da estrutura, pressupõe uma clara definição de objectivos e a instituição de mecanismos de contratualização interna e de monitorização adequados.

O sucesso do modelo estará fortemente condicionado pela capacidade de desenvolver e implementar sistemas de informação que permitam a recolha tratamento e disponibilização da informação de suporte ao processo de planeamento participado e à sua monitorização.

Assim, no quadro actual de fortes restrições ao nível financeiro e de recursos humanos a melhoria do desempenho na prossecução dos objectivos estratégicos definidos para o período 2010-2013, passará, necessariamente, por fortes intervenções em quatro grandes domínios:

- Contratualização Interna
- Comunicação Interna e com a comunidade
- Sistemas e Tecnologias de Informação e Comunicação
- Gestão Clínica
- Serviços de suporte

Contratualização Interna

A implementação, de uma forma amplamente participada, dos contratos-programa com os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e a contratualização, no seio dos ACES, com as diversas Unidades Funcionais, como forma de instituir um sistema participado de gestão por objectivos, é decisivo para o sucesso da reforma e para a melhoria do desempenho da organização. A carência de recursos humanos, desde a área de prestação de cuidados às áreas de suporte constitui um forte constrangimento ao desenvolvimento e consolidação de um processo que pressupõe uma participação activa de todos os profissionais e uma mudança de cultura organizacional que será, inevitavelmente, lenta e progressiva. O reforço dos recursos humanos, nas áreas de apoio à gestão, é uma condição necessária ao desenvolvimento deste processo.

Comunicação Interna e Externa

Num modelo de gestão participativa, com forte autonomia das Unidades Operativas, é essencial que exista uma forte comunicação bidireccional entre os diversos níveis e unidades da

estrutura, de forma a assegurar o alinhamento estratégico de todas as unidades com os objectivos da organização e o fornecimento de inputs para a monitorização da sua própria actividade.

A criação de mecanismos internos que permitam a participação de todos os profissionais nas negociações de contratualização interna e no acompanhamento e monitorização da execução dos contratos negociados é uma acção prioritária.

A integração do cidadão como sujeito activo do sistema é uma condição necessária para a mudança de cultura organizacional. A passagem de um sistema centrado no processo para uma abordagem de resultados em saúde, implica que o destinatário dos serviços prestados seja parte integrante do sistema, onde a sua intervenção assume um papel importante seja na avaliação dos resultados, seja na transformação do próprio sistema em resultado de uma interacção informada com a estrutura e os profissionais.

Assim, o reforço das acções de comunicação e informação direccionadas tanto para todos os profissionais, como para os cidadãos, que se traduzam numa maior abertura do sistema e que permitam interagir de forma mais informada e ter um papel activo na avaliação de desempenho da organização, é um objectivo a prosseguir de forma continuada.

Sistemas e Tecnologias de Informação e Comunicação

Esta é uma área instrumental, mas fundamental, para o sucesso das acções acima enunciadas.

A melhoria dos sistemas informáticos de apoio à gestão e ao tratamento da informação clínica e administrativa, tendo em vista a disponibilização da informação adequada nos diversos níveis de gestão da estrutura é determinante para o desenvolvimento do processo de contratualização e da melhoria da eficiência dos serviços.

As TIC assumem, ainda, um papel essencial na melhoria do acesso e da inter-acção do cidadão com a organização.

A melhoria das aplicações de apoio à gestão e a formação dos profissionais na sua utilização são acções que já estão em curso e que serão objecto de reforço a curto prazo, estando prevista a disponibilização de software aplicacional para a gestão do transporte de doentes e dos rastreios oncológicos.

Desenvolver acções de sensibilização junto dos profissionais e dos utentes para uma maior utilização do e-Agenda é uma das prioridades.

Gestão Clínica

A introdução da governação clínica, com a criação do Conselho Clínico dos ACES, constitui uma das marcas distintivas do modelo de gestão que está subjacente à reforma. Neste domínio, pretende-se, também, uma gestão participativa que envolva todos os profissionais e permita consensualizar e difundir as melhores práticas clínicas.

Promover a inter-acção deste órgão com todas as Unidades Funcionais é uma prioridade da gestão. Só assim se pode garantir a elaboração participada de protocolos técnicos e a difusão das melhores práticas, instrumentos essenciais para a melhoria da qualidade e da sustentabilidade financeira do sistema.

O Departamento de Saúde Pública e Planeamento, através do gabinete do Medicamento, já iniciou o processo de elaboração de protocolos clínicos na área da prescrição e irá dar continuidade a este processo, alargando-o, ainda, aos meios complementares de diagnóstico.

A Administração Regional de Saúde do Algarve IP tem como meta a integração dos processos clínicos electrónicos entre os três Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e os hospitais públicos da Região (Hospital de Faro EPE e Centro Hospitalar do Barlavento algarvio EPE) que vai permitir aos médicos visualizarem o historial clínico do utente em qualquer ponto da rede das unidades de saúde no Algarve, padronizar a informação e maximizar a eficiência, no que diz respeito à consulta do processo clínico entre as unidades de cuidados de saúde primários e hospitalares.

Pretende-se com este novo processo, realizado através do Sistema de Apoio ao Médico (SAM), dotar os médicos de família e especialistas hospitalares com uma ferramenta útil e eficaz que promova o registo de dados de saúde de forma objectiva, sistemática, codificada e uniformizada, e partilhar os ficheiros clínicos dos doentes.

Garante-se assim uma articulação entre os cuidados de saúde primários e hospitalares, agilizando os processos e otimizando as sinergias provenientes da articulação clínica. Este processo visa melhorar a capacidade de reposta aos doentes tanto a nível de atendimento como de tratamento. A interligação entre os serviços de saúde visa aproximar os profissionais nos vários níveis do Serviço Nacional de Saúde e melhorar os cuidados de saúde dos utentes, evitando a duplicação de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT), de custos administrativos e de transporte.

De referir que a implementação deste sistema do processo clínico electrónico entre os cuidados de saúde primários e os hospitalares no Algarve, encontra-se integrado no âmbito do projecto

nacional de criação da Plataforma de Dados de Saúde, em desenvolvimento pelo Ministério da Saúde.

Serviços de Suporte

O ritmo de desenvolvimento e de consolidação da reforma organizacional dos Centros de Saúde depende da existência de serviços de suporte nos domínios da gestão administrativa e financeira e da logística, sob pena de se criar sérias disfuncionalidades na organização, seja pela falta de informação vital para a gestão seja pela multiplicação de estrutura burocráticas nos ACES, para suprir a falta de capacidade de resposta dos serviços partilhados de suporte.

O desejável, neste domínio, seria que o Ministério da Saúde acelerasse o processo de constituição de serviços partilhados de âmbito nacional. Contudo, a experiência recente, já com três anos de actividade, não nos permite ser muito optimista quanto a este objectivo.

Assim, a ARS deverá promover o reforço dos quadros de apoio á gestão do ACES, através do recrutamento por mobilidade interna entre serviços, e disponibilizar software aplicacional que permita a partilha de informação entre a sede e os ACES.

8. Comparação com o Desempenho de Serviços idênticos, no Plano Nacional e internacional

A ARS Algarve, IP, não dispõe de elementos sobre o desempenho dos seus organismos congéneres para poder levar a cabo essa comparação.

Por esta razão, a apreciação não foi exequível por ausência de informação associada a indicadores de resultado e de impacte ao nível dos programas e projectos desenvolvidos por instituições similares, padrões nacionais e internacionais.

IV. BALANÇO SOCIAL: Análise Sintética da Informação

1. Estrutura Profissional

Em 31 de Dezembro de 2012 existiam 1.522 trabalhadores na ARS Algarve, IP, sendo o grupo profissional predominante do total dos efectivos, os Enfermeiros com 29%, os Assistentes Técnicos com 21% e os Médicos com 19%.

Relativamente ao último triénio verificou-se um incremento de 23 efectivos de 2010 para 2012, com particular destaque para a carreira Técnicos Superior de Saúde +13%, Informático +12,5% e os Técnicos Superiores +8,6%.

Tabela 10: Total de Efectivos por Grupo Profissional, 2010 a 2012

Carreiras/Grupos Profissionais	Soma de Total Efectivos 2010 na Região	Soma de Total Efectivos 2011 na Região	Soma de Total Efectivos 2012 na Região*	Variação (2010-2012)
Dirigente Superior	6	3	3	-50,0%
Dirigente Intermédio	9	7	7	-22,2%
Médico**	281	294	293	4,3%
Enfermeiro	402	412	436	8,5%
Informático	8	7	9	12,5%
Téc. Superior de Saúde	23	26	26	13,0%
Técnico Superior	70	68	76	8,6%
Téc. Diagnóstico e Terapêutica	108	109	110	1,9%
Assistente Técnico	324	319	327	0,9%
Assistente Operacional (Auxiliar de Acção Médica)	132	122	116	-12,1%
Assistente Operacional (Outro)	134	132	119	-11,2%
Outro Pessoal b)	2	1	0	-100,0%
Total	1.499	1.500	1.522	1,5%

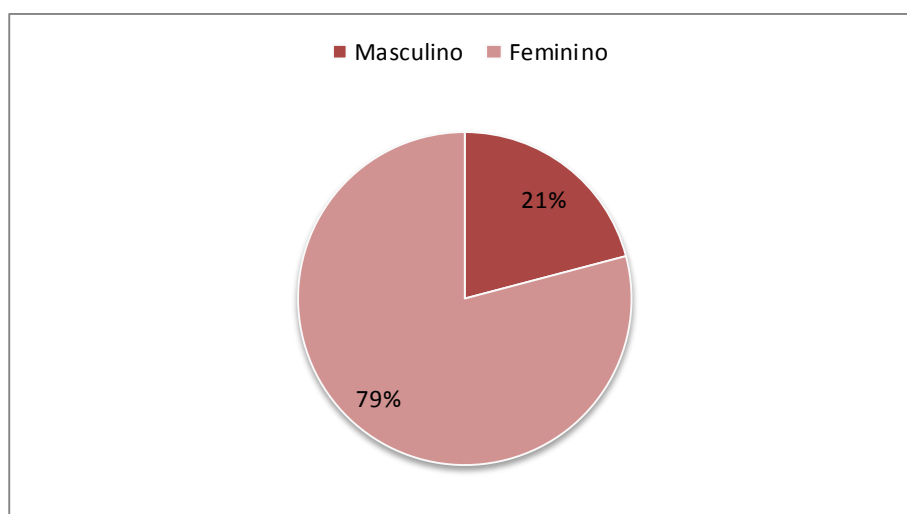
* Considerado n.º de dirigentes com tipo de vínculo "Cargo Político/Mandato, em "CT em Funções Públicas por tempo indeterminado".

** Inclui médicos de Saúde Pública e médicos em Formação

Fonte: Balanço Social, UGRH ARS Algarve, IP

Os efectivos que ARS Algarve, IP dispunha em 2012, pertenciam maioritariamente, ao sexo feminino com 79%, verificando-se 21% no sexo masculino.

Gráfico 10: Percentagem de Efectivos por Género



Fonte: Balanço Social, UGRH ARS Algarve, IP

A Região do Algarve apresenta uma carência de recursos humanos histórica, agravada nos últimos anos pelo crescimento da população residente e presente. A política de redução de efectivos na Administração Pública, favorecendo as saídas de trabalhadores através da aposentação (normal e antecipada) e da mobilidade especial, conjugada com o congelamento das admissões, provocou uma acentuada diminuição do pessoal vinculado à administração pública e acentuou a escassez de pessoal permanente nos Centros de Saúde. No caso do Algarve esta circunstância tem particular acuidade uma vez que para além da carência histórica de recursos humanos especializados (médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica), o crescimento da população inscrita a expansão de novos serviços as Equipas de Cuidados Continuados Integrados domiciliárias (absorvem 110 profissionais) exigiriam um crescimento dos efectivos.

Tabela 11: Evolução dos Recursos Humanos nos ACES da ARS Algarve, IP – 2010/2012

Grupo Profissional	2010	2011	2012	Var 11/12	Var % 11/12
Médicos MGF	277	276	283	7	2,5%
Enfermeiros	394	405	429	24	5,9%
Técnicos Superiores*	44	45	45	0	0,0%
Tec.Diag. Terapeutica	94	95	95	0	0,0%
Assistentes Técnicos	273	271	280	9	3,3%
Assistentes Operacionais	245	234	214	-20	-8,5%
Total	1.322	1.326	1.346	20	1,5%

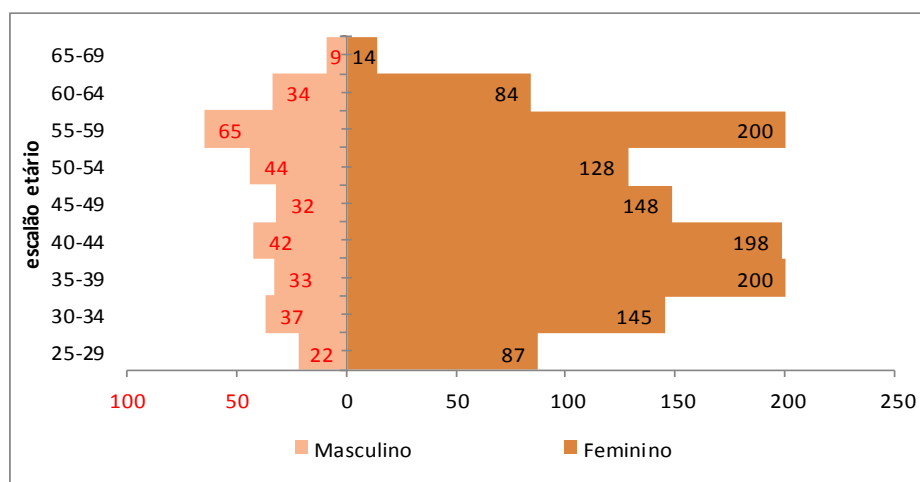
*Inclui Técnicos Superiores do Regime Geral e Técnicos Superiores de Saúde

Fonte: Balanço Social, UGRH ARS Algarve, IP

No ano de 2012 verificou-se um aumento de 1,5% dos recursos humanos nos ACES, em todos os grupos profissionais com excepção dos assistentes operacionais que diminui 8,5% quando comparado com os efectivos de 2011. Em 2012 os enfermeiros foram grupo profissional com maior aumento (5,9 %), em relação a 2011.

2. Estrutura Etária

Gráfico 11: Estrutura Etária dos Efectivos, ARS Algarve, IP 2012



Fonte: Balanço Social, UGRH ARS Algarve, IP

O gráfico mostra que, quanto à distribuição dos efectivos por escalão etário, apresenta um elevado número de profissionais da ARS Algarve, IP, com idades compreendidas entre os 55 e os 59 anos (28,7% no total de efectivos), em particular na área médica e um rejuvenescimento do número de profissionais em particular nas carreiras de enfermagem, técnicos de diagnóstico e terapêutica e técnicos superiores (entre os 35 e os 44 anos, 31,1% no total de efectivos).

3. Formação Profissional

No ano 2012, realizaram-se acções de formação profissional, distribuídas pelo tipo de acção e segundo a duração, que se apresentam:

Gráfico 12: Contagem das acções de formação profissional realizadas durante o ano 2012, por tipo de acção, segundo a duração

Tipo de acção/duração	Menos de 30 horas	De 30 a 59 horas	de 60 a 119 horas	120 horas ou mais	Total
Internas	629	43	0	0	672
Externas	917	34	12	1	964
Total	1.546	77	12	1	1.636

Fonte: Balanço Social, UGRH ARS Algarve, IP

Notas:

Relativamente às acções de formação profissional realizadas durante o ano e em que tenham participado os efectivos do serviço, considerar como:

- **acção interna**, organizada pela entidade.
- **acção externa**, organizada por outras entidades.
- **nº de participações** = nº acções X nº participantes.

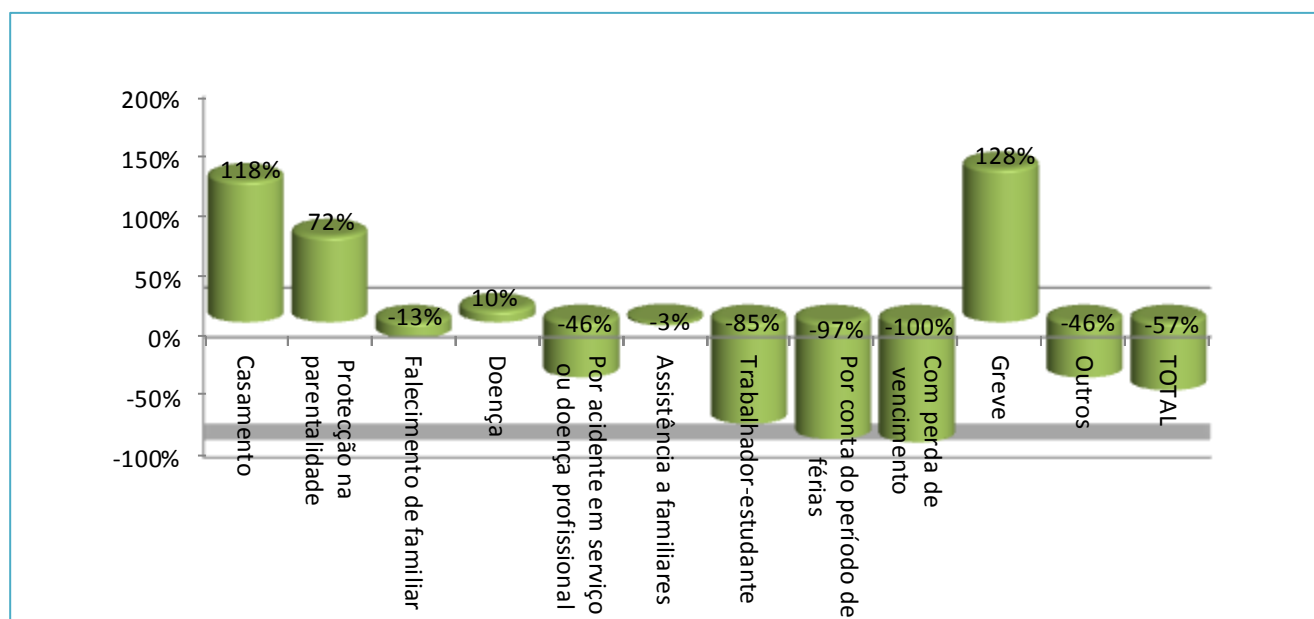
Durante o ano em análise, realizaram-se **1.636** participações em acções de formação, **1.546** dos quais com duração de *menos de 30 horas* (acções internas e externas) e **77** acções de *30 a 59 horas* (acções internas e externas). Com a duração *de 60 a 119 horas* ocorreu **12** acções de formação externa e uma **(1)** acção externa de 120 horas ou mais.

4. Absentismo

No que respeita ao absentismo, verificou-se um decréscimo de 57% no total do ano de 2011 para o ano de 2012, a qual se deve sobretudo à diminuição dos dias de ausência por motivo de “*perda de vencimento*” (-100%), “*por conta do período de férias*” (-97%), “*trabalhador estudante*” (-85%), “*acidente em serviço ou doença profissional e outros*” (-46%), por “*falecimento de familiares*” (-13%) e por “*assistência a familiares*” (-3%).

Apesar disso, registou um aumento do ano de 2011 para o ano de 2012 do absentismo por “*greve*”, “*casamento*”, “*protecção na parentalidade*” e “*doença*” conforme se observa no gráfico abaixo.

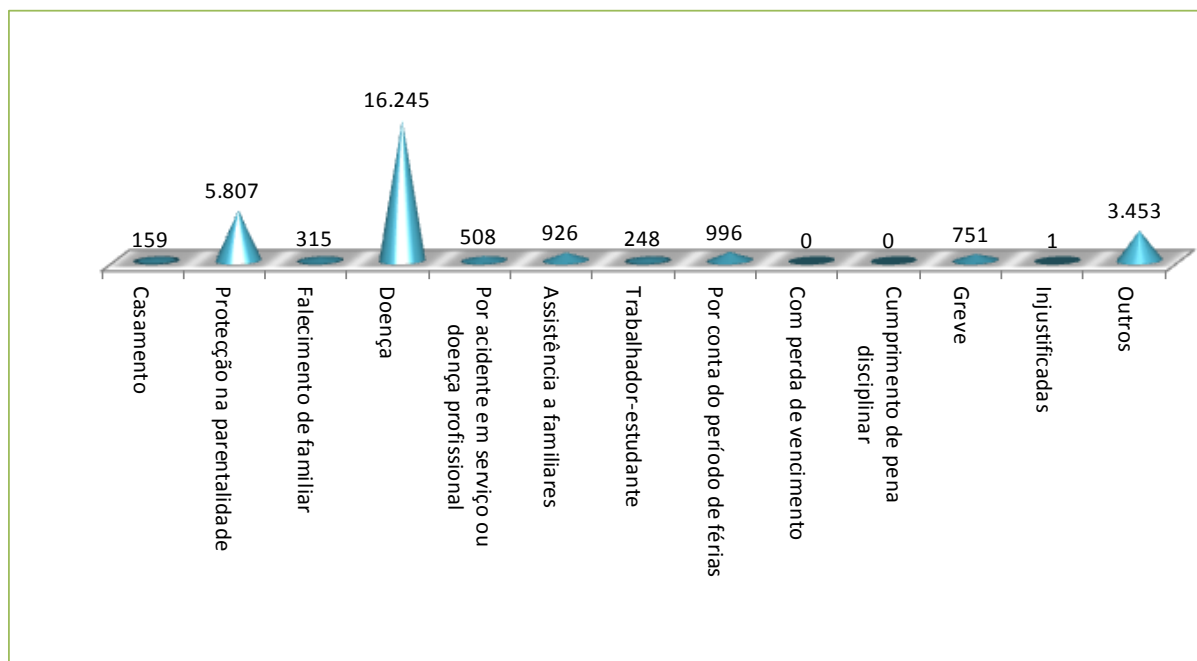
Gráfico 13: Taxa de Variação 2011/2012- número de dias de ausência por motivo



Fonte: Balanço Social, UGRH ARS Algarve, IP

O gráfico seguinte espelha o número de dias de ausência ao trabalho em 2012, respeitante ao motivo de ausência. No que concerne ao motivo de ausência, “*doença*” é a situação mais verificada, com 16.245 dias de ausência, seguida “*protecção na parentalidade*” com 5.807 dias e “*outros motivos*” com 3.453 dias. Excluindo o período de férias registaram-se 28.413 dias de ausência ao trabalho, correspondendo a uma taxa de absentismo de 8,6%.

Gráfico 14: Contagem dos dias de ausências ao trabalho durante o ano 2012, segundo o motivo de ausência



Fonte: Balanço Social, UGRH ARS Algarve, IP

5. Caracterização

Gráfico 15: Indicadores Sociais

Indicador	Unidade	Descrição	2011	2012
Nível etário	anos	Soma das idades/Total de recursos humanos	44	45
Índice de envelhecimento	%	Número de recursos humanos com idade >55 anos/Total de recursos humanos	27,4	26,7
Taxa de feminização	%	Total de mulheres/Total de recursos humanos	78,9	79,1
Índice de tecnicidade	%	Número de técnicos superiores/total de recursos humanos	61,7	63,1
Índice de enquadramento	%	Número de dirigentes/Total de recursos humanos	0,7	0,7
Taxa de Absentismo	%	Número de dias de faltas / (Número anual de dias trabalháveis (*) x Número total de recursos humanos)	8,8	8,6
Índice de participação global em formação	%	Total de participações em ações de formação / Total de recursos humanos *100	62,6	107,5

(*) Dias úteis trabalháveis (250) - dias de férias (25) = 225 dias trabalháveis

Fonte: Balanço Social, UGRH ARS Algarve, IP

O nível etário dos efectivos da ARS Algarve, IP em 2012 situou-se nos 45 anos de idade.

O índice de envelhecimento que considera o número de efectivos com idade superior a 55 anos, em relação ao número total dos efectivos é de 26, 7%, valor inferior a 2011.

A taxa de feminização é de 79,1% em 2012, levemente superior a 2011, em que a taxa se situava nos 78, 9%.

Relativamente ao grupo de técnico superior sobre o total de efectivos da ARS Algarve, IP, resulta de uma taxa de tecnicidade de 63,1 %.

No que respeita ao índice de enquadramento, que deriva do quociente entre pessoal dirigente sobre o total de efectivos representa 0,7% no ano de 2011 e 2012.

No ano 2012, a taxa de absentismo, situou-se em 8,6 %, o que representa um ligeiro decréscimo face ao ano anterior, que registou 8,8%.

O índice de participação global em acções de formação (interna e externa) apresenta em 2012 uma taxa de 107,5%, superior ao ano 2011.

A informação mais detalhada relativa aos Recursos Humanos, consta do Balanço Social elaborado de acordo com a matriz produzida pela DGAEP, à data de 31 de Dezembro de 2012.

V. AVALIAÇÃO FINAL

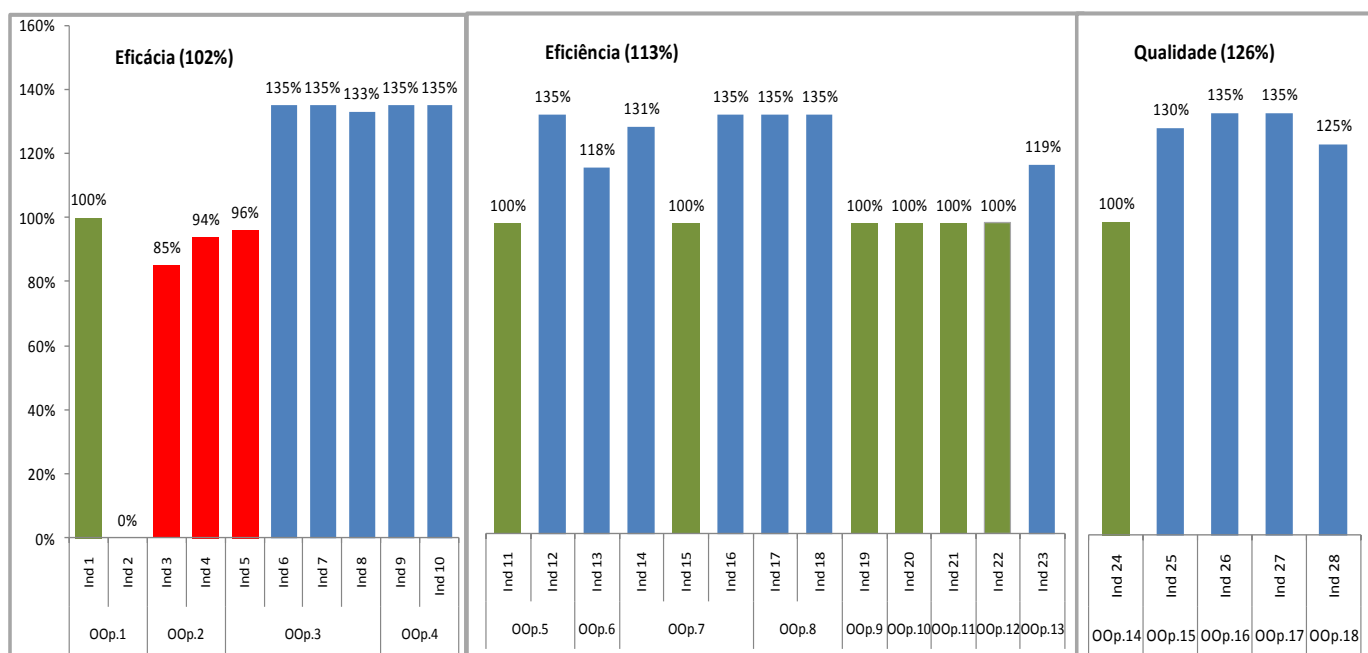
1. Apreciação Qualitativa e Quantitativa dos Resultados Alcançados

Ao longo deste documento temos vindo a apresentar dados qualitativos e quantitativos reveladores dos resultados atingidos. Da análise da execução do QUAR para 2012, apesar de se terem verificados algumas causas que justificaram alguns desvios positivos e negativos às metas inicialmente planeadas, consideramos que os objectivos que esta ARS se propôs alcançar em 2012 foram, na sua grande maioria alcançados.

Dos 18 objectivos operacionais definidos, 11 foram superados (61%), 5 foram atingidos (28%) e apenas 2 não foram atingidos (11%).

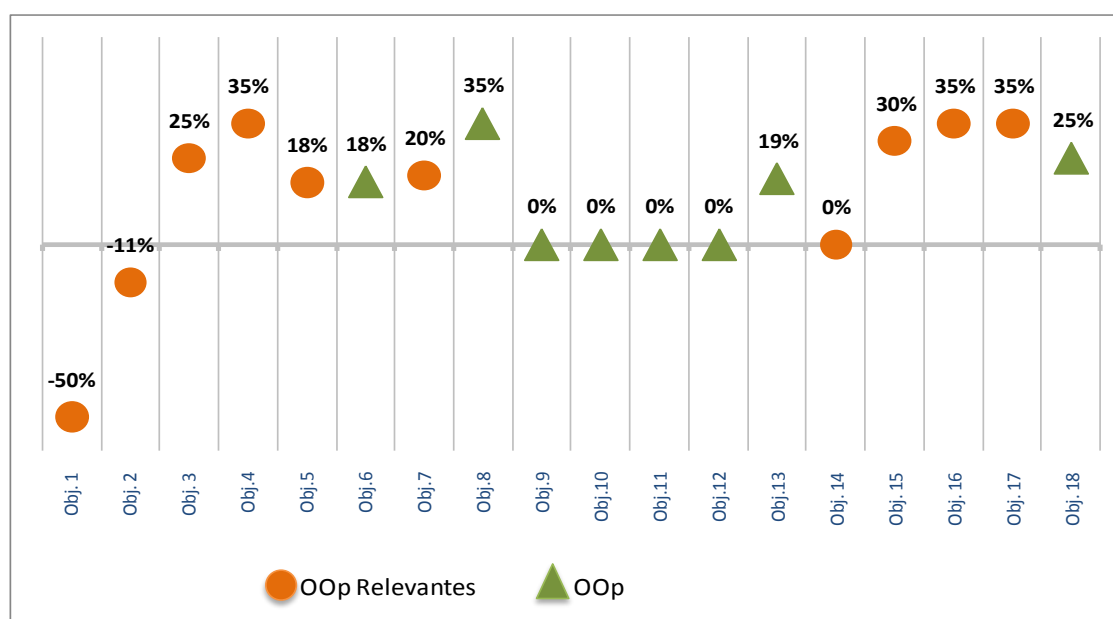
Por outro lado, dos 28 indicadores, 10 foram avaliados a um nível de excelência (uma vez que obtiveram uma taxa de realização máxima, 135%), 6 foram superados, 8 atingidos e 4 não atingidos.

Gráfico 16: Grau de Execução do QUAR da ARS Algarve 2012



O gráfico seguinte refere a aferição do cumprimento dos OOp da ARS Algarve, com destaque para os objectivos relevantes apresentados a laranja. Da sua leitura observados os desvios em relação ao cumprimento da meta (igual a uma taxa de realização de 100%), sendo o valor 0% equivalente a ter atingido o objectivo (nulidade de desvio).

Gráfico 17: Percentagem de Desvio por Objectivo Operacional



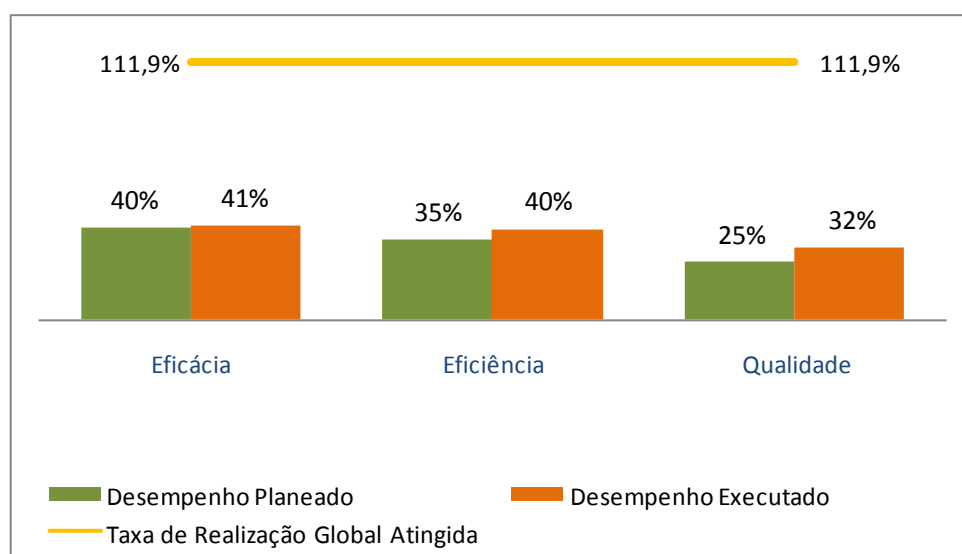
2. Menção Proposta como Resultado da Auto-avaliação – QUAR 2012

Nestes termos a avaliação global do desempenho da ARS Algarve, IP em 2012 é tida como positiva, especificamente no que respeita ao QUAR, que dada a sua avaliação final (111,9%) se pode enquadrar, de acordo com o art.º 18º da Lei n.º 66-B/2007, de 28 de Dezembro, num **Desempenho Satisfatório**, apesar de não ter atingido todos os objectivos relevantes.

No gráfico seguinte está representada a taxa de realização global atingida, que resulta do somatório do desempenho executado por parâmetro de avaliação. É também referido o desempenho planeado.

A ARS Algarve apresenta uma **Taxa de Realização Global atingida de 111,9%** (ajustada ao limite máximo de 135%) que resulta do cálculo de uma taxa de realização ajustada em função das ponderações de cada parâmetro.

Gráfico 18: Taxa de Realização Decomposta por Parâmetro



3. Conclusões Prospectivas

Em 2012 a ARS Algarve, IP conseguiu algumas melhorias na organização e desenvolvimento do seu processo de planeamento, designadamente no envolvimento da estrutura aos diversos níveis. Contudo, existem ainda algumas debilidades que só com a continuidade do processo e a

implementação de ferramentas de suporte serão superadas. A consolidação da estrutura organizacional dos ACES, o reforço das competências dos recursos humanos e a introdução de sistemas de informação de suporte ao processo de planeamento estratégico são condição necessária à sua melhoria.

O alinhamento e o reforço do envolvimento das diversas unidades orgânicas com as prioridades estratégicas da ARS exigem uma melhoria do processo interno, designadamente a realização de mais reuniões de monitorização e reflexão sobre as actividades em curso.

A ARS Algarve continuará a desenvolver este modelo de execução da estratégia, investindo na sua operacionalização ao nível da participação dos colaboradores e da disponibilização de instrumentos de suporte.

Foram definidos alguns objectivos operacionais que pressupunham a execução de acções, ou actividades que não dependiam exclusivamente do nível interno de gestão. Foi, por exemplo, o caso da implementação dos programas de rastreios e da rede de cuidados continuados integrados, cujo desenvolvimento, concretização e implementação final ficaram dependentes dos contributos, *timing* e prioridades de outros parceiros.

Uma melhor avaliação da envolvente externa e dos seus condicionalismos é essencial para uma correcta definição das estratégias e dos objectivos operacionais. A melhoria do processo de planeamento e da organização interna, apesar das condicionantes e constrangimentos externos e internos, continuará a ser uma das prioridades, tendo em vista assegurar a eficácia e eficiência dos serviços, de forma a garantir a prestação de um serviço de qualidade aos cidadãos e a contribuir para a sustentabilidade financeira do sistema.

VI. PRINCIPAIS ATIVIDADES DAS UNIDADES PRESTADORAS DE CUIDADOS

1. Rede de Referência de Urgência e Emergência do Algarve

A Rede de Referência de Urgência/Emergência do Algarve está formalizada desde 14 de Fevereiro de 2009, dando cumprimento ao Despacho nº 5414/2008 de 28 de Janeiro de 2008 do Ministro da Saúde e ao processo de Requalificação da Rede de Urgências iniciado em 2006.

No âmbito do processo de requalificação da Rede de Urgência/Emergência a região do Algarve passou a contar com 6 pontos de Rede.

Desta forma, a Rede de Urgência/Emergência no Algarve reúne, dois Serviços de Urgência Hospitalares e quatro Serviços de Urgência Básica (SUB).

Serviços de Urgência Hospitalares:

- Serviço de Urgência Polivalente (SUP) no Hospital de Faro, EPE.
- Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC) no Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE, em Portimão.

Serviços de Urgência Básica (SUB)

- SUB no pólo de Lagos do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE.
- SUB sedeados nos Centros de Saúde de Albufeira, Loulé e Vila Real de Santo António.

As SUB's de Albufeira, Loulé e Vila Real de Santo António estão dotados de dois médicos, três enfermeiros, técnico de radiologia, durante as 24 horas, equipados com RX digital, com envio da imagem por via informática, Electrocardiograma com desfibrilhador, ligado à Unidade de Hemodinâmica do Hospital de Faro (ponto de rede da via verde coronária desde 1 de Agosto de 2007) e ao CODU/INEM, análises clínicas (*Point-of-Care*), e, sistema de triagem de prioridades (Triagem de Manchester) e processo clínicos electrónicos, ligados por via informática aos Hospitais de referência.

A Rede completa-se com o seguinte dispositivo pré-hospitalar:

- Três Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação sedeadas em Portimão (CHBA, EPE.), Albufeira (SUB de Albufeira) e Faro (Hospital de Faro, EPE.).
- Quatro Ambulâncias SIV (Suporte Imediato de Vida) sedeadas em Lagos (SUB Lagos), Loulé (SUB Loulé), Tavira (CS Tavira) e Vila Real de Santo António (SUB de VRSA).
- Moto - INEM - sedeadada em Faro
- Helicóptero - INEM sedeadado no Heliporto de Loulé.

As Redes de Urgência/Emergência Hospitalar e Rede Pré-Hospitalar articulam-se através do Centro de Orientação de Doentes Urgentes do INEM - Algarve e dispõem ainda das Vias Verdes do Enfarte Agudo do Miocárdio e Acidente Vascular Cerebral.

Tabela 12: Número de Atendimentos nos Serviços de Urgência Básica (SUB)

	2011	2012	Var.% 11-12
SUB Lagos (CHBA)	26.132	22.280	-15%
SUB Albufeira (ACES Central)	49.533	41.180	-17%
SUB Loulé (ACES Central)	42.890	35.508	-17%
SUB Vila Real Santo António (ACES Sotavento)	35.774	32.199	-10%
Total SUB's	154.329	131.167	-15%

Fonte: SINUS e CHBA

Nos quatro serviços de Urgência Básica - Lagos, Albufeira, Loulé e Vila Real de Santo António os atendimentos registaram uma diminuição de 15% no ano de 2012 verificando-se um total de 131.167 atendimentos, menos 23.162 do que em 2011.

Tabela 13: Movimento por Hora de Atendimento nos Serviços de Urgência Básica (SUB) - 2012

	00-08	08-12	12-16	16-20	20-24	Total
SUB Lagos (CHBA)	2.183	6.055	5.547	5.077	3.418	22.280
SUB Albufeira (ACES Central)	5.524	7.210	9.210	10.189	9.047	41.180
SUB Loulé (ACES Central)	4.046	5.975	8.320	9.364	7.803	35.508
SUB Vila Real Santo António (ACES Sotavento)	2.895	5.868	7.384	8.566	7.486	32.199
Total	14.648	25.108	30.461	33.196	27.754	131.167

Fonte: SINUS e CHBA

Em 2012, verificou-se maior número de atendimentos nas quatro SUB's no período das 12h às 20h, correspondendo a 48,5% do total de atendimentos.

Desagregando os dados por SUB, o serviço de urgência básica que apresentou mesmo horário de maior número de atendimentos que o da região foi a SUB de Loulé, enquanto as SUB's de Albufeira e Vila Real de Santo António registou maior procura no período das 16h às 24h, a SUB de Lagos registou maior procura de atendimentos no período das 08h às 16h.

Tabela 14: Número de Atendimentos nos Serviços de Urgência (SU)

	2011	2012	Var.% 11-12
SU H. Faro, EPE	150.050	124.906	-17%
SU C.H.B.A., EPE - Portimão	97.777	87.578	-10%
Total	247.827	212.484	-14%

Fonte: Hospitais da Região do Algarve

O número de atendimentos nos serviços de urgência dos hospitais da região do Algarve foi de 212.484. Relativamente a 2011, observou-se uma variação negativa de 14%, contribuindo para esta diminuição os dois hospitais da região.

O Hospital de Faro, EPE registou uma maior diminuição da procura no ano de 2012 com 124.906 atendimentos, ou seja, menos 25.144 atendimentos do que em 2011.

Tabela 15: Movimento por Hora de Atendimentos nos Serviços de Urgência (SU) - 2012

	00-08	08-12	12-16	16-20	20-24	Total
SU H. Faro, EPE	32.663	29.463	27.519	21.292	13.969	124.906
SU C.H.B.A., EPE - Portimão	23.297	19.951	19.540	15.067	9.723	87.578
Total	55.960	49.414	47.059	36.359	23.692	212.484

Fonte: Hospitais da Região do Algarve

Em 2012, verificou-se maior número de atendimentos nos serviços de urgência dos hospitais da região, no período das 08h às 16h.

2. Cuidados de Saúde Primários

2.1 Indicadores de Desempenho dos Cuidados de Saúde Primários

Em 2012, a taxa de utilização global de consultas médicas no âmbito da Região de Saúde do Algarve correspondeu a 59,6%. Relativamente à percentagem de consultas ao utente pelo seu médico de família, esse valor foi de 70,6%, valor superior ao verificado em 2011 (57,5%).

Desagregando os dados por ACeS, o que apresentou uma maior taxa de utilização global de consultas médicas foi o ACeS Sotavento (64,9%). O ACeS Central foi aquele que registou uma maior percentagem de consultas ao utente pelo médico de família atribuído (74,2%).

Em média, o custo de MCDT facturados por utilizador foi de 43,7 euros na rede de cuidados de saúde primários da Região. No ACeS Central esse valor foi superior (46,9 euros) à média regional (43,7); pelo contrário, o valor médio mais baixo foi facturado pelo ACeS do Sotavento com 40,8 euros.

Tabela 16: Indicadores de desempenho dos Cuidados de Saúde Primários (2012)

Indicadores de desempenho dos Cuidados de Saúde Primários - 2012	ACES CENTRAL	ACES BARLAVENTO	ACES SOTAVENTO	MÉDIA	Mínimo	Máximo
ACESSO						
Taxa de utilização global de consultas médicas	55,5	56,5	64,9	58,9	55,5	64,9
% consultas ao utente pelo seu médico de família	74,2	67,9	69,7	70,6	67,9	74,16
Taxa visitas domiciliárias médicas/1000 inscritos	10,9	4,7	8,1	7,9	4,7	10,9
Taxa visitas domiciliárias de enfermagem/1000 inscritos	157,8	126,3	102,0	128,7	102,0	157,8
QUALIDADE/EFETIVIDADE						
Taxa consultas médicas Planeamento Familiar (Mulheres 15-49a)	17,5	11,2	13,9	14,2	11,2	17,5
% 1as consultas na vida efetuadas até 28 dias	72,1	56,3	79,5	69,3	56,3	79,5
% crianças c/ PNV actualizado aos 14 anos (S)	89,8	93,6	94,3	92,6	89,8	94,3
% crianças c/ PNV actualizado aos 7 anos (S)	93,0	92,4	95,8	93,8	92,4	95,8
% crianças c/ PNV actualizado aos 2 anos (S)	92,2	92,3	95,3	93,3	92,2	95,3
Percentagem de diabéticos com pelo menos duas HbA1C registados últimos 12 meses, desde que abrajam os dois semestres	49,3	13,4	50,5	37,8	13,4	50,5
% hipertensos c/ registo pressão arterial em cada semestre	61,3	37,6	48,2	49,0	37,6	61,3
% 1as consultas de gravidez no 1º trim (vigiadas)	83,6	81,9	62,7	76,0	62,7	83,6
% diagnóstico precoces (THSPKU) até 7 dia recém-nascido	72,3	67,0	65,3	68,2	65,3	72,3
% mulheres 50-69 anos mamografias registadas nos últimos 2 anos	24,2	8,5	36,0	22,9	8,5	36,0
% mulheres 25-64 c/ colpocitologias actualizadas	20,4	5,9	19,9	15,4	5,9	20,4
EFICIÊNCIA						
Consumo de medicamentos ansiolíticos, hipnóticos, sedativos e antidepressivos (DDD/1000 hab/dia)	42,5	44,7	63,7	50,3	42,5	63,7
% consumo de medicamentos genericos em embalagens, no total de embalagens de medicamentos	33,9	34,7	36,2	34,9	33,9	36,2
% Consultas médicas presenciais que deram origem a pelo menos uma codificação de um problema associado (ICPC)	63,1	87,9	48,7	66,6	48,7	87,9
Custo Médio de medicamentos facturados, p/ utilizador	135,5	146,9	159,3	147,2	135,5	159,3
Custo Médio MCDT's facturados p/ utilizador	46,9	43,4	40,8	43,7	40,8	46,9

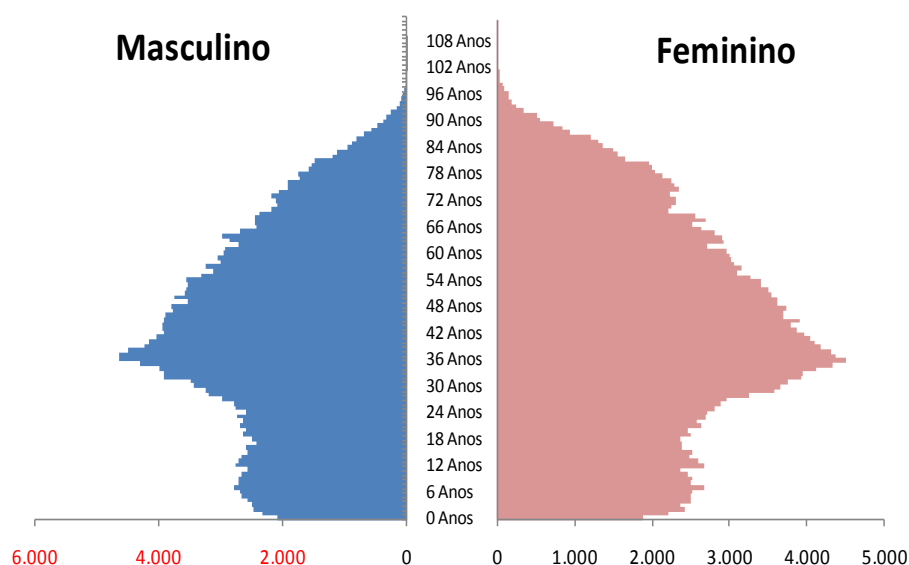
Fonte: SIARS

2.2 Utentes Inscritos e Utilizadores

Em 2012 no âmbito territorial da ARS Algarve, havia um total de 510.723 utentes inscritos. A proporção de utentes inscritos sem médico de família atribuído foi de 30%, traduzindo uma ligeira diminuição cerca de 1% relativamente ao ano anterior.

No entanto o ano de 2012 caracterizou-se pela contratação dos médicos que acabaram o internato médico na região o que poderá ter contribuído para essa ligeira diminuição de utentes sem médico de família.

Figura 6: Pirâmide etária dos utentes inscritos na Região Algarve (2012)



Fonte: SIARS

Tabela 17: Número de inscritos com e sem médico de família atribuído, por ACeS (2011-2012)

ACES	Sem Médico de Família			Com Médico de Família			Total Inscritos			% Sem médico de família 2012
	2011	2012	Var% 2011/2012	2011	2012	Var% 2011/2012	2011	2012	Var% 2011/2012	
ACES CENTRAL	72.751	66.224	-9%	194.758	202.150	4%	269.080	269.971	0%	13%
ACES SOTAVENTO	3.555	3.118	-12%	57.921	58.264	1%	61.605	61.497	0%	1%
ACES BARLAVENTO	79.709	85.241	7%	98.137	93.092	-5%	178.761	179.255	0%	17%
ALGARVE	156.015	154.583	-1%	350.816	353.506	1%	509.446	510.723	0%	30%

Fonte: SIARS

Em termos locais o aumento de utentes sem médico de família atribuído observou-se no ACeS do Barlavento com 7%, em contrapartida o ACeS Central e o Sotavento registou uma diminuição de utentes sem médico atribuído.

Tabela 18: Número de utilizadores em cuidados de saúde primários na Região Algarve, por ACeS2010-2012

ACES	Utilizadores por ACES		
	2011	2012	Var% 2011/2012
ACES CENTRAL	145.149	145.086	0%
ACES BARLAVENTO	95.770	105.380	10%
ACES SOTAVENTO	37.607	40.775	8%
ALGARVE	277.900	290.335	4%

Fonte: SIARS

O número de utilizadores nos cuidados de saúde primários aumentou na região do Algarve em 2012 cerca de 4% em comparação com o ano 2011.

2.3 Indicadores de Produção dos Cuidados de Saúde Primários

Em 2012 realizaram-se um total de 1.194.560 consultas na rede de cuidados de saúde primários (ACeS), sendo que a esmagadora maioria (96%) corresponderam a consultas programadas. Quanto a 2012, realizaram-se praticamente as mesmas consultas que em 2011, no entanto verificou-se uma diminuição acentuada nos atendimentos a doença aguda recurso (-57%)

Tabela 19: Produção dos Cuidados de Saúde Primários na Região Algarve (2011 e 2012)

ARS ALGARVE,IP	2011	2012	Variação 11/12
Consultas Totais (Ambulatório+AC)	1.257.300	1.194.560	-5%
Consultas Programadas	1.144.438	1.145.731	0%
Atendimentos em AC *	112.862	48.829	-57%

* Nº Cons. Doença Aguda Recurso

Fonte: SIARS

Tabela 20: Primeiras consultas de Medicina Geral e Familiar (MGF)

1 ^{as} consultas Medicina Geral e Familiar (MGF)	Saúde Materna		Planeamento Familiar		Saúde Infantil até aos 13 anos		Saúde Juvenil dos 14 aos 18 anos		Saúde do Adulto	
ACES	2012	Var% 11/12	2012	Var% 11/12	2012	Var% 11/12	2012	Var% 11/12	2012	Var% 11/12
ACES CENTRAL	2.162	-6% ↓	11.804	5% ↑	20.566	-4% ↓	5.709	-6% ↓	122.335	-3% ↓
ACES BARLAVENTO	1.599	-3% ↓	7.058	8% ↑	14.042	17% ↑	4.253	31,9% ↑	92.978	15% ↑
ACES SOTAVENTO	500	-1% ↓	2.364	-2% ↓	6.592	15% ↑	1.582	11% ↑	36.871	-2% ↓
ALGARVE	4.261	-4% ↓	21.226	5% ↑	41.200	5% ↑	11.544	8% ↑	252.184	3% ↑

Fonte: SIARS

Verificou-se na Região no Algarve em 2012, uma diminuição de cerca de 4% do número de primeiras consultas no programa de saúde materna em comparação com o ano anterior, no entanto, nos restantes programas de saúde observou-se um crescimento do número de 1^{as} consultas.

Tabela 21: Total de consultas de MGF 2012

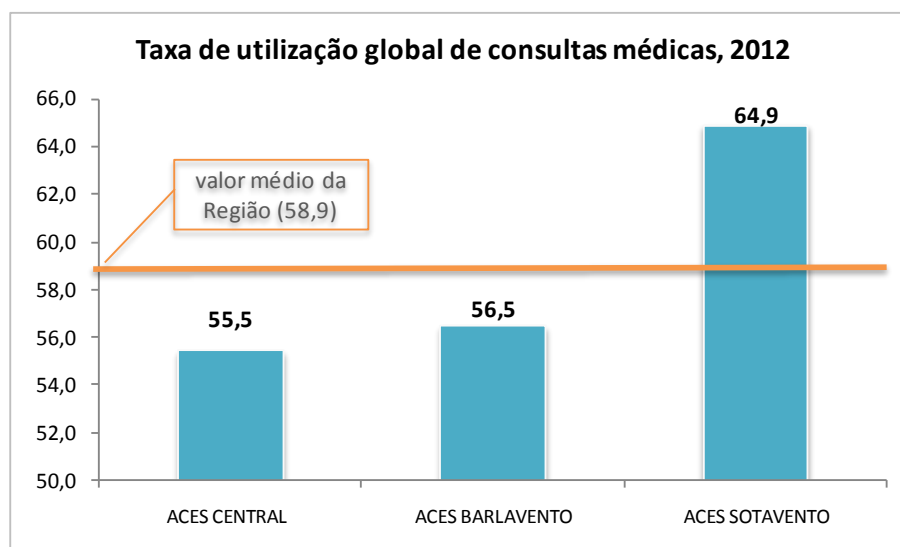
	Consultas no domicílio (médico)		Total de Consultas MGF*	
ACES	2012	Var% 11/12	2012	Var% 11/12
ACES CENTRAL	3.060	63% ↑	560.494	-3% ↓
ACES BARLAVENTO	910	4% ↑	401.782	4% ↑
ACES SOTAVENTO	522	57% ↑	177.281	2% ↑
ALGARVE	4.492	46% ↑	1.139.557	0% ↑

Fonte: SIARS

*PROGRAMADAS

O número de consultas médicas no domicílio em 2012 foi de 4.492, correspondendo a um aumento de 46% em relação a 2011.

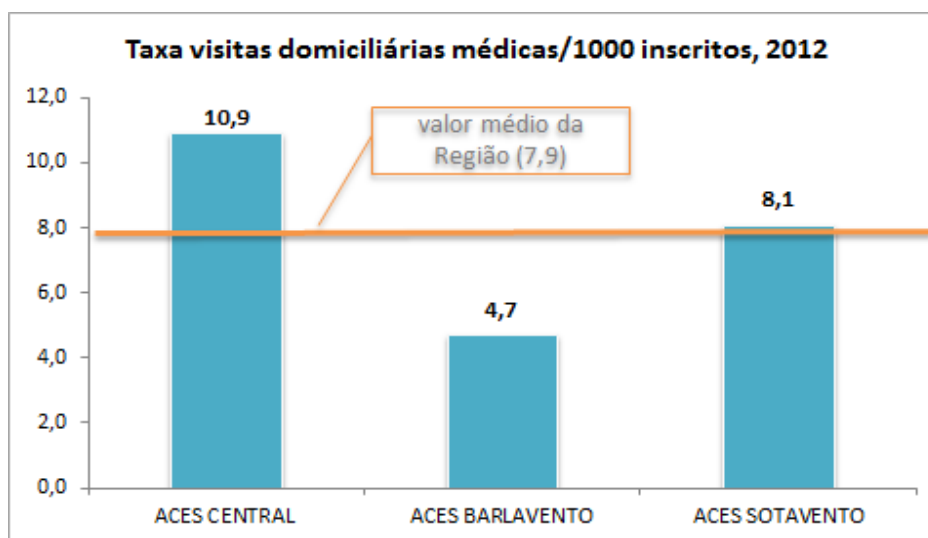
Gráfico 19: Taxa de utilização global de consultas médicas, por ACeS, 2012



Fonte: SIARS

A taxa de utilização global em 2012 da ARS Algarve foi de 58,9%, sendo superior (64,9%) no ACeS do Sotavento e abaixo da média da Região o ACeS Barlavento e Central.

Gráfico 20: Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1000 inscritos, por ACeS, 2012



Fonte: SIARS

3. Cuidados de Saúde Hospitalares

Em 2012 realizou-se um total de 334.536 consultas externas pelas unidades hospitalares do SNS da ARS Algarve, correspondendo a um decréscimo de 7,4% relativamente ao ano anterior. Quanto às primeiras consultas, foram realizadas 99.410, correspondendo a uma acentuada diminuição de 10,7% relativamente ao ano de 2011.

Tabela 22: Consultas realizadas nos hospitais da Região Algarve e taxas de crescimento (2011-2012)

Hospitais do SNS	2011	2012	Tx de crescimento 2011/2012	2011	2012	Tx de crescimento 2011/2012
	1 ^{as} consultas			Total de Consultas		
Hospital de Faro, EPE	69.414	61.374	-11,6%	235.052	217.830	-7,3%
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE	41.862	38.036	-9,1%	126.186	116.706	-7,5%
Algarve	111.276	99.410	-10,7%	361.238	334.536	-7,4%

Fonte: Hospitais do SNS do Algarve

Nota: inclui consultas por pessoal não Médico

No que diz respeito aos internamentos efectuados em 2012, 30.972 doentes saídos sem transferência interna, correspondentes a 276.423 dias de internamento, verificou-se um crescimento médio de 2,1% relativamente ao ano anterior.

A unidade hospitalar em que se observou um decréscimo de doentes saídos foi o Hospital de Faro (- 4% relativamente a 2011), enquanto aquela em que se observou um crescimento foi o Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (+ 2% de doentes saídos relativamente a 2011).

A lotação praticada em 2012 foi de 900 camas com uma taxa de ocupação de 84,15%, valor inferior ao verificado no ano anterior.

Tabela 23: Dados de produção relativos ao internamento nos hospitais da Região Algarve e taxas de crescimento (2011/2012)

Hospitais do SNS	2011	2012	Tx de	2011	2012	Tx de	2011	2012	Tx de	2011	2012	Tx de
	Nº doentes saídos (s/ transf. Internos)		crescimento 2011/2012	Nº dias de internamento		crescimento 2011/2012	Lotação praticada		crescimento 2011/2012	Taxa de ocupação		crescimento 2011/2012
Hospital de Faro, EPE	19.748	18.951	-4,0%	167.461	174.297	4,1%	503	585	16,3%	91,21	81,63	-10,5%
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE	11.788	12.021	2,0%	103.233	102.126	-1,1%	312	315	1,0%	90,65	88,82	-2,0%
Algarve	31.536	30.972	-1,8%	270.694	276.423	2,1%	815	900	10,4%	91,00	84,15	-7,5%

Fonte: Hospitais do SNS do Algarve

Nota: s/ Berçário, s/SO e s/Transf. Interna

O número de atendimentos nos serviços de urgência dos hospitais da ARS Algarve em 2012 foi de 218.859. Em comparação com 2011, observou-se uma variação negativa de 12%, consistente com o observado nos dois hospitais.

Tabela 24: Total de atendimentos na urgência por serviço dos hospitais da Região Algarve e taxas de crescimento (2011-2012)

Serviço de Urgência	Hospital de Faro		Tx de crescimento 2011/2012	Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio		Tx de crescimento 2011/2012	Região de Saúde do Algarve		Tx de crescimento 2011/2012
	2011	2012		2011	2012		2011	2012	
Urgência Geral	90.130	77.435	-14%	62.391	54.096	-13%	152.521	131.531	-14%
Urgência Obstétrica	11.380	9.937	-13%	2.659	1.871	-30%	14.039	11.808	-16%
Urgência Pediátrica	48.540	43.931	-9%	32.757	31.589	-4%	81.297	75.520	-7%
Total	150.050	131.303	-12%	97.807	87.556	-10%	247.857	218.859	-12%

Fonte: Hospitais do SNS do Algarve

A produção cirúrgica total (19.543 cirurgias) apresentou uma variação negativa de 5% relativamente a 2011 – reflectindo a quebra observada em todas as tipologias (convencional, ambulatoria e urgente) no hospital de Faro. A maior diminuição na região foi observada na produção cirúrgica urgente (-14%) e na cirurgia de ambulatório (-8%), correspondente em 2012 a 52% do total de cirurgias (convencional + ambulatório).

Tabela 25: Dados de produção em cirurgia nos hospitais da Região Algarve e taxas de crescimento (2011 - 2012)

Bloco Operatório	Hospital de Faro		Tx de crescimento 2011/2012	Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio		Tx de crescimento 2011/2012	Região de Saúde do Algarve		Tx de crescimento 2011/2012
	2011	2012		2011	2012		2011	2012	
Cirurgia Ambulatória	4.584	2.947	-36%	3.735	4.741	27%	8.319	7.688	-8%
Cirurgia Convencional	4.620	4.267	-8%	2.204	2.953	34%	6.824	7.220	6%
Cirurgia Urgente	3.762	3.053	-19%	1.619	1.582	-2%	5.381	4.635	-14%
Total Cirurgias	12.966	10.267	-21%	7.558	9.276	23%	20.524	19.543	-5%

Fonte: Hospitais do SNS do Algarve

4. Unidade de Terapia Familiar

A Equipa da Unidade de Terapia Familiar é constituída pelos Terapeutas Familiares prestam um serviço a tempo parcial, num total de 32 horas semanais, um terapeuta com 12 horas, 2 terapeutas com 8 horas cada e um com 4 horas semanais. Realizam-se consultas quatro vezes por semana, de acordo com marcações previamente realizadas, sendo atendidas 3 famílias por dia de consulta.

O trabalho desenvolvido pela equipa terapêutica ao longo do ano contou com a supervisão da Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar, através do seu Terapeuta Familiar e Supervisor, fundador da Sociedade.

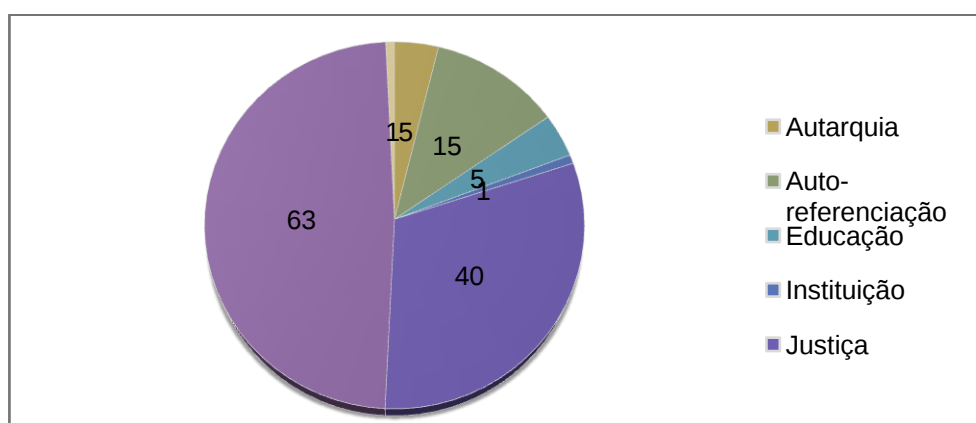
A Unidade possui cinco anos de actividade ininterrupta ao serviço das famílias da região e orgulha-se por ter participado activamente na vida de cerca de 400 famílias da região do Algarve, nomeadamente ao nível de situações de consumo excessivo de álcool, sinais e comportamentos da criança e adolescente, regresso de crianças institucionalizadas ao seu meio natural de vida, aproximação de filhos a pais e vice-versa, controle de problemas de enurese, dificuldade relacionais com parceiro, ou outros familiares, entre outros.

Considera-se que é um serviço que cimentou a sua intervenção e tem vindo gradualmente como uma resposta da saúde àqueles que são problemas na sua maioria de génese social e relacional mas que são fundamentais para o equilíbrio dos indivíduos.

ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

Conforme se constata no gráfico em seguida apresentado, 48% das referenciações são realizadas pela área da Saúde, englobando os Centros de Saúde e Hospitais da região, e 31% a referenciações realizadas pela Justiça, entre os quais Tribunais de Família e Menores e Comissões de Protecção de Crianças e Jovens da Região. Em comparação com 2011 verificamos que no ano em análise existiu um decréscimo do número de auto-referenciações de 17% para 11% (- 15 referenciações), devendo-se esse facto à maior implicação dos Médicos de Medicina Geral e Familiar no processo de referenciação.

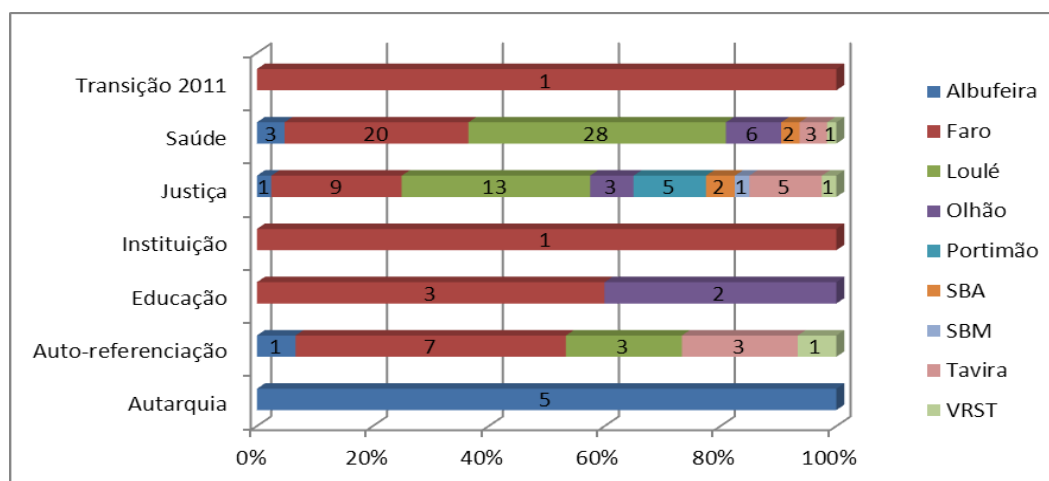
Gráfico 21: Referenciadores 2012



Fonte: Unidade de Terapia Familiar

Quanto aos concelhos de onde são provenientes o referenciador constata-se que Loulé e Faro são os concelhos que mais famílias referenciam, podendo supor que a proximidade geográfica contribua para o facto.

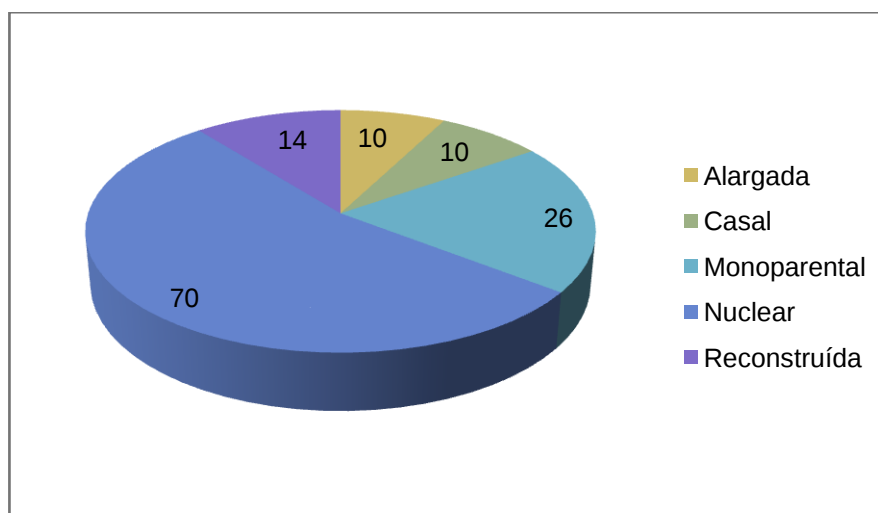
Gráfico 22: Elemento/Entidade que faz o Pedido, 2011



Fonte: Unidade de Terapia Familiar

Quanto à tipologia de famílias que são atendidas na UTF, continuou-se a verificar, ao longo de 2012, uma predominância das famílias nucleares, ou seja, famílias compostas por pais e filhos, bem como um número significativo de famílias monoparentais, que na sua maioria correspondem a famílias compostas por mãe e filho (s).

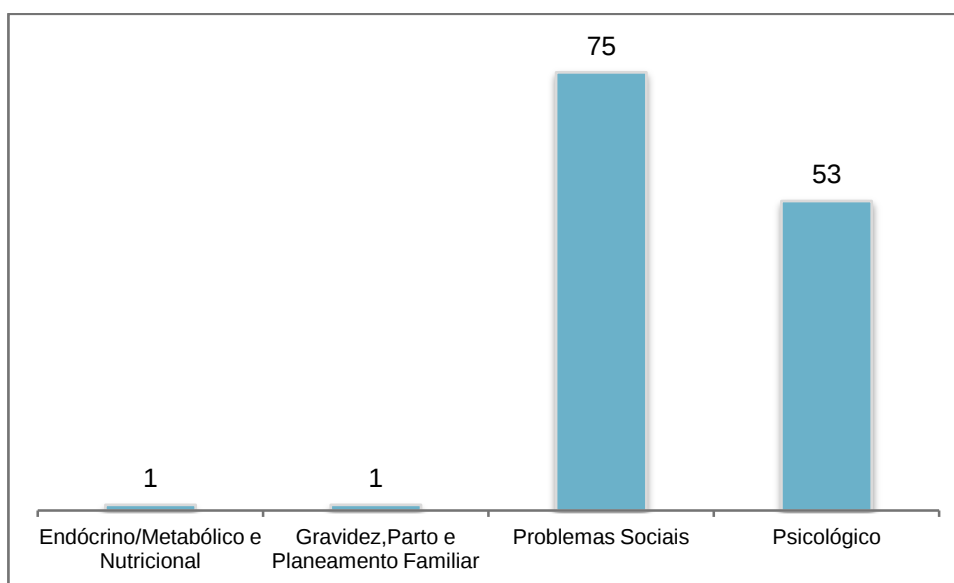
Gráfico 23: Tipo de Família 2012



Fonte: Unidade de Terapia Familiar

A Unidade de Terapia Familiar recorre à Classificação Internacional de Cuidados Primários – ICPC-2, pelo que a análise dos problemas expressos no momento de encaminhamento da família para a UTF durante o ano de 2012 verifica-se uma predominância do Agrupamento identificado na referida Tabela como de “Problemas Sociais”.

Gráfico 24: Problema Expresso, 2012



Fonte: Unidade de Terapia Familiar

Resultados Finais:

- 130 Famílias acompanhadas (42 famílias transitaram de anos anteriores)
- 87 Famílias referenciadas em 2012 das quais 22 nunca compareceram
- 409 Consultas agendadas
- 271 consultas realizadas
- 138 Consultas não realizadas por não comparência
- Em média cada família usufruiu de 2 consultas.

Comparativamente com o ano de 2011 verifica-se que o número de famílias acompanhadas aumentou em 20 famílias, não obstante terem existido menos referências e mais ausências nas primeiras consultas. Também se verifica uma diminuição no número de agendamentos e de efectuações de consultas, o que leva a um menor número de não comparências na globalidade. Contudo, mediante ter existido um maior número de famílias que efectivamente ficou em acompanhamento, a média de consultas por família desceu de 2,5 para 2 consultas. Consideramos que a qualidade das referências melhorou, sendo cada vez melhor realizados os encaminhamentos para este tipo de consulta. No entanto, a crise generalizada a viver-se no nosso país leva a que as dificuldades económicas dificultem as deslocações das famílias à Unidade.

5. Equipa Regional de Cuidados Continuados Integrados do Algarve (ECRCCI)

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI ou Rede), criada pelo Dec. Lei n.º 101/06, de 06 de Junho, tem como principal objectivo dar respostas diversificadas e adequadas a idosos com dependência funcional, pessoas com doença crónica múltipla, com doença incurável em estado avançado e/ou em fase final de vida.

No texto preambular, o legislador refere às “ (...) *novas necessidades de saúde e sociais que requerem respostas novas e diversificadas que venham a satisfazer o incremento esperado da procura por parte de pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida*”. Tais necessidades resultam do aumento da esperança de vida, da baixa natalidade e do progressivo envelhecimento da população portuguesa. Além disso, o aumento de doenças crónicas incapacitantes e o acréscimo dos níveis de dependência funcional da população idosa tem levado a que se verifiquem carências ao nível dos cuidados de longa duração e paliativos,

cuja resposta já não pode ser comportada pelos hospitais de agudos, nem passível de ser assumida pela comunidade ou contextos familiares.

Neste sentido, visou-se instituir “ (...) *um modelo de intervenção integrado e ou articulado da saúde e da segurança social, de natureza preventiva, recuperadora e paliativa, envolvendo a participação e colaboração de diversos parceiros sociais, a sociedade civil e o estado como principal incentivador. Tal modo tem de situar-se como um nível intermédio de cuidados de saúde e de apoio social, entre os de base comunitária e os de internamento hospitalar.*”.

A RNCCI assenta nos paradigmas da recuperação global e da manutenção, entendidos como processos activos e contínuos, por períodos que se prolongam para além do necessário para tratamento da fase aguda da doença ou da intervenção preventiva e compreendem:

- A reabilitação, a readaptação e a reintegração social;
- A provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, mesmo em situações irrecuperáveis.

A coordenação a nível regional dos cuidados continuados integrados é assegurada por uma equipa constituída de modo multidisciplinar, integrando representantes da Administração Regional de Saúde do Algarve, IP (ARS Algarve, IP) e do Centro Distrital de Faro do Instituto da Segurança Social, IP (CD do ISS, IP).

É Missão da ECRCCI “Implementar e garantir a nível regional a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade se encontrem em situação de dependência e necessitem de cuidados de saúde e ou de apoio social”.

Por sua vez a Visão da mesma Equipa é “Melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, adequação da configuração dos cuidados às necessidades existentes e compromisso ético de responsabilidade social”.

No âmbito das competências atribuídas pelo artº10.º do Dec. Lei n.º 101/2006, de 1 de Junho, a ECRCCI articula com a coordenação a nível nacional e local e assegura o planeamento, a gestão, o controlo e a avaliação da Rede, designadamente:

- Elaborar proposta de planeamento das respostas necessárias e propor a nível central os planos de acção anuais para o desenvolvimento da Rede e a sua adequação periódica às necessidades;
- Orientar e consolidar os planos orçamentados de acção anuais e respectivos relatórios de execução e submetê-los à coordenação nacional;

- Promover formação específica e permanente dos diversos profissionais envolvidos na prestação de cuidados continuados integrados;
- Promover a celebração de contractos para implementação e funcionamento das unidades e equipas que se propõem integrar a Rede;
- Acompanhar, avaliar e realizar o controlo de resultados da execução dos contractos para a prestação de cuidados continuados, verificando a conformidade nas actividades prosseguidas com as autorizadas no alvará de licenciamento e em acordos de cooperação;
- Promover a avaliação da qualidade do funcionamento, dos processos e dos resultados e equipas e propor as medidas correctivas consideradas convenientes para o bom funcionamento das mesmas;
- Garantir a articulação com e entre os grupos coordenadores locais;
- Alimentar o sistema de informação que suporta a gestão da Rede;
- Promover a divulgação da informação adequada à população sobre a natureza, número e localização das unidades e equipas da Rede.

ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

No que tange às competências da ECRCCI, de planeamento, gestão, controlo e avaliação da RNCCI no Algarve, salientam-se as seguintes actividades desenvolvidas em 2012:

- Elaborou diversos pareceres referentes a planeamento de respostas existentes/necessárias a nível regional e a sua adequação à realidade económico/financeiro do País;
- Promoveu a celebração de instrumentos contratuais para o funcionamento das Unidades, cujos contractos tiveram o seu término no corrente ano de 2012 (ULDM de Silves, de Vila Real de Santo António, de Albufeira e UMDR de Tavira);
- Garantiu o cumprimento dos clausulados contratuais estabelecidos no âmbito da implementação e funcionamento da RNCCI no Algarve, através de visitas/reuniões com as entidades contratualizadas, da aferição de documentação e da alocação dos recursos financeiros, tendo em vista acompanhar, avaliar e realizar o controlo de resultados da execução dos contractos das Unidades para a prestação de cuidados continuados;
- Garantiu a utilização eficaz, designadamente em termos orçamentais, da capacidade instalada nas Unidades prestadoras contratualizadas;
- Articulou com as equipas coordenadoras locais e com as equipas de gestão de altas, por meio de reuniões trimestrais e da emissão de orientações/informações técnicas;
- Divulgou semanalmente as vagas e as admissões na RNCCI do Algarve;

- Promoveu e realizou formação específica dirigida a profissionais da RNCCI do Algarve, conforme quando abaixo:

Nome da acção	Formandos	Data
Formação de preparação para Estudo Nacional de Prevalência de Infecção - ENPI	Profissionais das comissões de controlo de infecção das UCCI	14 Março
Curso Avançado de Dor Crónica	Médicos enfermeiros e fisioterapeutas das UCCI e ECCI	20 e 21 de Março
Cuidados Paliativos- 2ª fase	Enfermeiros ECCI	5 e 6 Junho
Curso Multiprofissional de Cuidados Paliativos	Médicos, Enfermeiros, Psicólogos, As. Sociais, Fisioterapeutas das UCCI e ECCI	10 a 14 Setembro
Planeamento e Gestão de Altas	Médicos, Enfermeiros, Psicólogos, As. Sociais, Terapeutas e coordenadores das UCCI e ECCI	21 Setembro
Plano Individual de Intervenção na RNCCI	Médicos, Enfermeiros, Psicólogos, As. Sociais, Terapeutas das UCCI e ECCI	29 e 30 Outubro
Comunicação e Competências nas Equipas Multidisciplinares da RNCCI	Assistentes Operacionais das UCCI e ECCI	26 e 27 Novembro - Portimão
Comunicação e Competências nas Equipas Multidisciplinares da RNCCI	Assistentes Operacionais das UCCI e ECCI	3 e 4 Dezembro- Tavira

De referir, que algumas acções de formação programadas para 2012 foram adiadas para o 1º trimestre de 2013 por indicação do Conselho Directivo;

- Monitorizou e controlou a actividade e a qualidade do funcionamento, dos processos e dos resultados das unidades e equipas de Rede no seguinte formato:
- Actividades de acompanhamento, vigilância e controlo de surto de *Clostridium Difficile*, declarado em Maio pelo Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, o qual foram desenvolvidas em integração com o Grupo Coordenador Regional de Controlo de Infecção da ARS Algarve, IP. Para o efeito iniciou-se o acompanhamento e investigação da situação, nomeadamente nas instituições da RNCCI envolvidas, onde foi feito o reforço da formação e divulgação da Norma de Prevenção de Transmissão Nosocomial de *Clostridium*;
- Identificação dos consultores na área de prevenção das resistências aos antimicrobianos das UCCI do Algarve;

- Identificação das Comissões de Controlo de Infecção das UCCI;
- Elaboração de estudo intitulado “Análise do tempo de internamento excedido por tipologia - Histórico de ocupação de vagas em UC e UMDR de 01 de Janeiro a 30 de Setembro 2012”;
- Elaboração de estudo sobre a “Sinalização e referenciação de doentes na RNCCI do Algarve”, onde foram apresentadas informações sobre sinalização e referenciação de doentes na RNCCI do Algarve, nomeadamente dados de monitorização, acções de melhoria implementadas e em curso, bem como algumas sugestões de intervenções a realizar de forma a agilizar o referido processo.
- Interveio junto do INEM, UMCCI e Ordem dos Enfermeiros sobre a instalação, licenciamento e operacionalização de Desfibrilhação Automática Externa (DAE), de onde resultou a emissão de parecer por parte da Direcção Geral de Saúde que isenta as UCCI da RNCCI de licenciamento específico e de parecer da Ordem dos Enfermeiros que isenta os enfermeiros de formação de operacional de DAE;
- Implementou medidas correctivas adequadas, sempre que foram detectados pontos de estrangulamento;
- Elaborou e implementou calendarização da remessa/conferência/validação e pagamento de facturas referentes à prestação de serviços (diárias, medicação e adicional) nas UCCI;
- Acompanhou, através da emissão de pareceres e da realização de reuniões, a implementação do SGTD – módulo dos cuidados continuados integrados;
- Promoveu a identificação das boas práticas e o intercâmbio de experiências;
- Desenvolveu e incentivou as Unidades e as Equipas a um clima de trabalho em equipa e de co-responsabilização pelos resultados;
- Garantiu o registo correto e atempado de toda a informação da sua competência;
- Partilhou conhecimentos a nível interno e externo.

CONSTRANGIMENTOS

Quanto a constrangimentos identificados no ano de 2012 no âmbito da RNCCI no Algarve, são de referir os seguintes:

- Tendo ocorrido o término de vigência de alguns contractos de funcionamento, notou-se que houve dificuldade de articulação entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Solidariedade e da Segurança Social a nível da celebração de novos instrumentos contratuais, o que originou constrangimentos quanto aos inerentes pagamentos das prestações de serviços às instituições visadas;

- Atrasos no pagamento das prestações de serviços referentes à contratualização celebrada, por motivos de restrições financeiras;
- Constrangimentos a nível de recrutamento de recursos humanos impossibilitaram o aumento do número de ECCI's e por consequência a sobrecarga de utentes para aquelas existentes;
- Diminuição da capacidade instalada decorrente do encerramento a 31/08/2012 da Unidade de Convalescença gerida pelo Hospital de Faro;
- O actual contexto de crise do País inviabilizou o aumento da capacidade instalada para além dos compromissos já anteriormente assumidos, pese embora a Região do Algarve ainda não tenha atingido as metas estabelecidas de acordo com os Censos 2001.

É de referir que os índices de envelhecimento e de dependência de idosos apresentam na região do Algarve valores relativamente superiores aos verificados a nível nacional, pelo que estamos perante um maior grupo populacional susceptível de requerer cuidados continuados em condições adversas de saúde.

Por outra parte e de acordo com os vários estudos existentes, constata-se a tendência para o aumento da frequência de doenças incapacitantes, do ponto de vista da autonomia temporária ou permanente, em grupos etários cada vez mais jovens.

Emergem, assim, outros desafios na ara da saúde e do social, resultantes de novos estilos de vida e hábitos comportamentais, o que implica uma maior diversificação dos cuidados a prestar, ao que se associam as renovadas exigências dos cidadãos, fruto de uma maior consciencialização dos seus direitos, tanto ao nível da prestação de cuidados, como na forma de acessibilidade a essa mesma prestação.

De referir ainda que, face à fragilidade de algumas relações laborais, ao crescimento da diversidade das estruturas familiares, com maior preponderância para as estruturas familiares monoparentais e unipessoais, à diminuição verificada nas redes informais de solidariedade, bem como à generalização da quebra das redes de vizinhança, surgem constrangimentos para o apoio imediato do núcleo familiar, resultando cada vez mais frequente o isolamento dos idosos.

Tais factos associados ao aumento da esperança média de vida impelem a novas respostas de organização dos cuidados de saúde e de apoio social.

MEDIDAS PARA UM REFORÇO POSITIVO DO DESEMPENHO

No que se reporta aos principais pontos de planeamento das actividades para 2013, apresentam-se de seguida um conjunto de objectivos que correspondem aos resultados que se pretendem ver alcançados no final deste ano, com vista a que os Cuidados Continuados sejam sinónimo de qualidade e excelência:

- Acompanhar a abertura das Unidades construídas no âmbito do Programa Modelar, as quais se encontram prestes a entrar em funcionamento, e outras que se prevejam virem a funcionar;
- Promover e acompanhar a eventual entrada em funcionamento de novas ECCI's, em articulação com os respectivos ACES;
- Promover uma profícua articulação com os diversos departamentos e unidades de saúde da ARS Algarve, IP, assim como com entidades externas;
- Promover a equidade regional na implementação de Unidades e Equipas da Rede;
- Pugnar pelo cumprimento dos procedimentos e fluidez da referenciação;
- Impulsionar a adequação dos cuidados prestados/a prestar às necessidades existentes;
- Implementar medidas correctivas adequadas, sempre que sejam detectados eventuais pontos de estrangulamento;
- Acompanhar a implementação do SGTD – módulo dos cuidados continuados;
- Promover a identificação das boas práticas e o intercâmbio de experiências;
- Garantir e acompanhar a implementação de programas que se enquadrem no âmbito das competências adstritas à ECRCCI e que, eventualmente venham a ser equacionados através de directrizes superiores, assim como a evolução dos respectivos processos;
- Desenvolver actividades formativas de acordo com o nível de competências da ECRCCI e plano de formação apresentado;

Qualquer abordagem futura no âmbito dos Cuidados Continuados Integrados, deve almejar um território equitativo em termos de desenvolvimento e bem-estar, com vista a contribuir para melhorar o acesso à saúde e promover estilos de vida saudáveis, identificando para o efeito intervenções mais efectivas para a promoção da saúde humana e reforçando a apropriação de responsabilidades a nível local, não esquecendo que os perfis dos “novos doentes” são cada vez mais envelhecidos, com patologias crónicas que tendem para a incapacidade, para a evolução prolongada e para a dependência.

Desta forma, a ECRCCI para a prossecução das competências que lhe estão ou que lhe venham a ser atribuídas, envolve/envolverá todos os membros da Equipa pelo reconhecimento

do contributo de cada um para a qualidade dos cuidados, o que implica/implicará um esforço conjunto da mesma Equipa para identificar aspectos que necessitam de melhoria e procura de soluções.

6. Laboratório Regional de Saúde Pública, Laura Ayres

O Laboratório Regional de Saúde Pública Dra. Laura Ayres integrado no Departamento de Saúde Pública da ARS Algarve tem como competências globais o apoio analítico às actividades desenvolvidas pelos Serviços de Saúde Pública, tanto de âmbito regional como local.

Destacam-se a vigilância sanitária, a investigação, e ainda a cooperação com outras entidades ou sectores. Mais recentemente, com o investimento no serviço de Análises Clínicas o laboratório Laura Ayres fornece um serviço de enorme valor às unidades prestadoras de Cuidados de Saúde Primários.

O Laboratório Regional de Saúde Pública do Algarve Dra. Laura Ayres foi oficialmente inaugurado dia 8 de Maio de 2009, representando um investimento global de cerca de 4 milhões de euros, dos quais cerca de 640 mil em equipamento.

O Laboratório de Saúde Pública Laura Ayres é um dos nove laboratórios que integram a rede nacional para o diagnóstico laboratorial da infecção pelo vírus da gripe A (H1N1), coordenada pelo Laboratório Nacional de Referência para o Vírus da Gripe do INSA

O Laboratório Regional de Saúde Pública do Algarve Dra. Laura Ayres está preparado para responder aos desafios actuais da saúde pública, competindo-lhe o apoio analítico às actividades desenvolvidas pelos Serviços de Saúde Pública, tanto de âmbito regional como local, no âmbito da vigilância sanitária, da investigação, e ainda no da cooperação com outras entidades ou sectores. Dotado dos seguintes serviços:

- Serviço de Águas e Alimentos:

- Sector de microbiologia de Águas e Alimento
- Sector de físico-química de Águas

- Serviço de Análises Clínicas

- Serviço de Imunohemoterapia

A produção do sector da Microbiologia das Águas após apresentar um acréscimo de cerca de 11% nas amostras analisadas em 2010 decresceu 13% no ano de 2011. A causa deste decréscimo está na redução de solicitações ao nível das águas de Consumo Humano, como

pode ser observado na tabela abaixo. A razão para a evolução negativa (30 %) neste tipo de amostras, carece de atenção por parte dos decisores.

Foram processadas 2906 amostras em 2011, divididas pelos diferentes tipos de Água.

Em 2012, a Bacteriologia das Águas sofreu novamente um decréscimo de produção de cerca de 4%, ou seja, foram 2.787 pedidos de análise.

De Setembro a Dezembro do ano de 2011 foram efectuadas análises microbiológicas a 115 alimentos, enquanto o total do ano de 2012 foi de 229 amostras. Há também aqui um decréscimo, uma vez que estamos a falar só de 4 meses de 2011

Tabela 26: Análise Microbiológica de Águas e Alimentos em 2010/11/12

Produto	2009	2010	Variação	2011	Variação (2010)	2012	Variação (2011)
Água de Consumo Humano	1053	1174	11%	824	-30%	713	-13%
Água mineral Natural	395	358	-9%	311	-13%	386	24%
Piscinas	937	1067	14%	1038	-3%	959	-8%
Balneares	96	120	25%	113	-6%	132	17%
Água de Hemodiálise	7	12	71%	13	8%	13	0%
Legionella	526	605	15%	607	0%	584	-4%
TOTAL	3014	3336	11%	2906	-13%	2787	-4%
Alimentos	0	0	0%	115	0%	229	99%
TOTAL	0	0	0%	115	0%	229	99%

Fonte: Laboratório Regional de Saúde Pública Dr.^a Laura Ayres

Na produção do sector de Físico-Química das Águas do LRSP houve uma redução muito substancial no número de testes efectuados de 2010 para 2011, correspondendo ao menor número de amostras processadas, neste caso 36% passando de 1070 para 687.

Este decréscimo abrupto está em linha com o que se passou na Microbiologia, correspondendo à redução de pedidos de análise das Águas de Consumo Humano.

Em 2012 a tendência manteve-se, embora com um decréscimo inferior (5%) em relação a 2011, como se pode verificar na tabela seguinte.

Tabela 27: Análise Físico-Química de Águas 2009 a 2012

Produto	<u>2009</u>	<u>2010</u>	<u>Variação</u>	<u>2011</u>	<u>Variação (2010)</u>	<u>2012</u>	<u>Variação (2011)</u>
Água de Consumo Humano	570	669	17%	281	-58%	229	-19%
Água de Hemodiálise	3	13	333%	15	15%	12	-20%
Piscinas	361	388	7%	391	1%	413	6%
TOTAL	934	1070	15%	687	-36%	654	-5%

Fonte: Laboratório Regional de Saúde Pública Dr.^a Laura Ayres

Serviço de Análises Clínicas está em fase de crescimento rápido, centrando-se principalmente nos serviços prestados aos médicos dos centros de saúde. A adopção do serviço *WebLab*, com o, pedido de análises *online*, viria facilitar o processo do pedido, e a comunicação entre médico requisitante e laboratório. Devido à fraca adesão dos médicos, o sistema continua a funcionar apenas no CS de Loulé, por voluntarismo da técnica do laboratório, que assegura a colheita e a introdução da informação no referido sistema. Esta iniciativa encontra-se assim praticamente abandonada.

Após a elaboração do estudo de viabilidade económica, tornou-se claro que a única forma de justificar existência do serviço de análises clínicas seria a sua rentabilização, através do aumento gradual das análises efectuadas no LRSP prescritas nos CS, o que levaria a uma poupança significativa, pela dissipação dos custos com o funcionamento do laboratório, aproveitando uma economia de escala. Assim, a ARS, através do seu CD, propôs uma nova direcção para o LRSP, tentando reformular o seu funcionamento e obter uma maior rentabilização da estrutura instalada, tendo entrado em funções em Agosto de 2012.

Tabela 28: Análises Clínicas

	<u>2009</u>	<u>2010</u>	<u>Variação (2009)</u>	<u>2011</u>	<u>Variação (2010)</u>	<u>2012</u>	<u>Variação (2012)</u>
Análises Clínicas	99	1116	1027%	2321	108%	3480	50%
Hemoglobinopatias	1441	1494	4%	1199	-20%	772	-36%
Tuberculose	Análise B.K.	2108	2233	6%	2853	28%	3%
	Antibiogramas	152	119	-22%	85	-29%	-38%
Gripe	10836	698	-94%	292	-58%	3	-99%
Total	14636	5660	-61%	6750	19%	9246	37%

Fonte: Laboratório Regional de Saúde Pública Dr.^a Laura Ayres

Em 2011 foram analisadas 6373 amostras (análises clínicas, *BKs* e Hemoglobinopatias) das quais se produziram cerca de 47.000 resultados.

Em 2012 a produção das análises clínicas teve um aumento substancial logo nos primeiros meses do ano, cifrando-se a produção do serviço em cerca de 3480 amostras. Este aumento de cerca de 50% em relação a 2011 estima-se que seja na realidade muito maior. O método de contabilização, e devido a restrições do sistema informático, faz-se por aproximação ao número de hemogramas efectuados (uma vez que a maioria dos pedidos inclui hemograma). A contabilização diária manual traduz uma realidade diferente, que não foi utilizada por impedir a comparação com anos anteriores. O valor obtido desse modo foi de 4436 amostras analisadas.

Após a sua introdução no LRSP em meados de 2009, a produção do Serviço de Sangue apresentou um aumento acentuado para 2010. Esta variação prende-se com o facto de em 2010 o serviço já estar a trabalhar na sua plenitude desde o início do ano para ambos os Hospitais, assegurando o processamento de todas as dídivas de sangue da região Algarvia, ao contrário do que se passava em 2009, em que apenas havia protocolo com o Hospital de Faro.

De 2010 para 2011 aprecia-se um período em que se atinge a estabilidade, sendo o número de dadores no Algarve mais ou menos constante, e reflectindo-se, claro, na estabilidade das dídivas. A variação da produção no LRSP a partir desta data, poderá ser directamente relacionada com a recolha de sangue em solo Algarvio.

Tabela 29: Serviço de Imuno-hemoterapia

Produto	Nº de componentes produzidos e validados 2009	Nº de componentes produzidos e validados 2010	Variação (2009)	Nº de componentes produzidos e validados 2011	Variação (2010)	Nº componentes produzidos e validados 2012	Variação (2011)
Pool Plaquetas	640	1071	67%	-	-	-	-
Conc. Eritrócitos Desleucocitados	8457	14235	68%	-	-	-	-
Conc. De Plaquetas Desleucocitado	360	544	51%	-	-	-	-
Concentrado de Plaquetas	1361	1249	-8%	-	-	-	-
Plasma Fresco Congelado	214	0	-100%	-	-	-	-
Plasma Solidario Congelado	1541	0	-100%	-	-	-	-
Nº total de dídivas	9069	14643	61%	15686	7%	14592	-7%

Fonte: Laboratório Regional de Saúde Pública Dr.^a Laura Ayres

O número de análises efectuadas em 2011 ascendeu a 203.918 distribuídas pelos diferentes componentes. O número total de dádivas foi contabilizado em 15.686.

Em 2012 o número de dádivas sofreu um pequeno decréscimo de 7% em relação a 2011. Este decréscimo corresponderá a uma oscilação normal no perfil de dádivas.

De referir na análise do quadro, que a cada dádiva de sangue corresponde um número de componentes variável, obedecendo às necessidades dos Hospitais. Deste modo o número de componentes produzidos, apesar de relacionado positivamente com o número de dádivas não lhe é directamente proporcional.

7. Observatório Regional de Saúde

O Observatório Regional de Saúde (ORS) é uma unidade orgânica do DSPP que tem como missão caracterizar e monitorizar o estado de saúde da população da Região e identificar as suas necessidades em saúde. Os seus objectivos específicos passam por gerar por si próprio e obter de outras entidades dados e indicadores que permitam descrever o estado de saúde dos diversos grupos populacionais; desenvolver ferramentas de observação e vigilância; bem como contribuir para a análise crítica dos dados e da informação epidemiológica existente da condição de saúde da população.

Efectivamente, um bom conhecimento da situação de saúde da população, pode conduzir a uma melhor capacidade de decisão e de intervenção nos factores de risco para a população, resultando em ganhos para a saúde. Portanto, a função do ORS é essencial para atingir as seguintes metas: melhor informação → melhor decisão → melhor intervenção → melhor saúde.

O ORS pretende traçar o retrato da Saúde da região com recurso a ferramentas “webtools” harmonizadas com as restantes ARS's, que permitam o acesso a informação de forma amigável e rápida, substituindo os tradicionais formatos estáticos utilizados na realização do último perfil de Saúde da Região (editado em Junho de 2011). Nesse sentido, o desenvolvimento de “webtools”, serão um suporte essencial à acção dos decisores, permitindo gizar o Perfil de Saúde das Regiões bem como os Perfis Locais de Saúde de uma forma dinâmica.

ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

Depois da apresentação aos Delegados de Saúde Regionais das ferramentas utilizadas na ARS Norte (reunião a 29 de Novembro de 2011, na ARS LVT), foi elaborado um documento conjunto sobre a pertinência da aquisição do Sistema, delineando uma estratégia comum a seguir pelas várias ARS's. Nesse seguimento foram constituídos no ano de 2012, para cada ARS, um grupo

de trabalho estratégico (inter-regional e conceptual), no qual foram alocados especialistas nas áreas de planeamento e controlo, e um grupo operacional. Este último foi alvo de uma formação, nos meses de Maio/Junho de 2012, durante um período de 6 dias que perfaz uma carga horária de 42h, no âmbito da temática “Ferramentas Web de Informação e Comunicação em Saúde”, tendo culminado na construção da primeira ferramenta harmonizada dos OSR de todas as ARS’s - mort@lidades.infantil.

Posteriormente, no mês de Outubro, foi celebrado um protocolo de colaboração entre o INE e as cinco ARS’s com vista à disponibilização de informação uniformizada necessária à monitorização dos fenómenos de saúde e dos seus determinantes, contribuindo fundamentalmente para o desenvolvimento de outras duas ferramentas: Perfis de Saúde e Webmort@lidades.

CONSTRANGIMENTOS

- Inexistência de recursos humanos especificamente alocados a exercer funções no OSR.
- Inexistência de um sistema de informação em Saúde.

MEDIDAS PARA UM REFORÇO POSITIVO DO DESEMPENHO

- Reforço na aquisição de um sistema de informação em Saúde;
- Colaboração na realização de trabalhos de investigação e de estudos epidemiológicos;
- Garantir a estreita articulação com os OSR das restantes ARS’s.

8. Licenciamentos

Saúde (UPSS) – estabelecimentos não integrados no Serviço Nacional de Saúde (SNS), onde sejam exercidas actividades que tenham por objecto a prestação de serviços de Saúde.

A Unidade Orgânica de Licenciamentos do DSPP tem como principal finalidade zelar pelo cumprimento dos procedimentos de licenciamento legalmente previstos para as UPSS, com o objectivo de garantir os requisitos mínimos necessários para que seja assegurada a qualidade e segurança na prestação de cuidados de saúde pelo sector privado, com ou sem fins lucrativos, com a missão de salvaguardar os direitos dos utentes.

O mais recente regime jurídico do licenciamento das UPSS encontra-se estabelecido pelo DL n.º 279/2009, de 6 de Outubro, e privilegia a informatização e a simplificação dos procedimentos de licenciamento, não significando uma facilitação no cumprimento dos

requisitos técnicos e na exigência dos parâmetros de qualidade, mas no reconhecimento da existência de tipologias de UPSS de menor complexidade tecnológica, merecedoras de um procedimento administrativo menos complexo.

Nos termos do artigo 27.º do diploma acima referido, o mesmo só produz efeitos após a publicação da Portaria que aprova os requisitos técnicos para cada tipologia. As tipologias de UPSS que já foram objecto de regulamentação no âmbito do novo regime jurídico de licenciamento compreendem:

- Regime simplificado (Clínicas ou Consultórios Dentários (Maio 2010), Centros de Enfermagem (Ago 2010), Unidades de Medicina Física e de Reabilitação (Nov. 2010) e Clínicas ou Consultórios Médicos (Set 2012).
- Regime Normal – UPSS de maior complexidade (Unidades de Obstetrícia e Neonatologia (Ago 2010), Unidades com Internamento (Set 2012) e Unidades com Cirurgia de Ambulatório (Set 2012)).

As tipologias de UPSS que ainda não foram objecto de regulamentação no âmbito do novo regime jurídico de licenciamento continuam-se a reger por diplomas específicos dispersos: Laboratórios (Anatomia Patológica), Laboratórios (Patologia Clínica/Análises Clínicas), Unidades de Diálise e Unidades que utilizem Radiações Ionizantes, Ultra-Sons ou Campos Magnéticos (Radiologia, Radioterapia e Medicina Nuclear), que compreendem procedimentos de licenciamentos mais complexos, burocráticos e não informatizados.

ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

Das competências das Arses nesta área, destacam-se:

- ▶ Atendimento público (esclarecimento de dúvidas, apoio na instrução de processos, gestão de reclamações)
- ▶ Análise e instrução dos processos de licenciamento (abertura e modificação de instalações, inclusão de novas valências, alteração da Direcção Técnica/Clínica, e outras alterações relevantes de funcionamento);
- ▶ Prestação de apoio técnico às Comissões de Verificação Técnica;
- ▶ Elaboração de pareceres prévios de futuras unidades/instalações ao abrigo do RJUE;
- ▶ Decisão sobre pedidos de dispensa dos requisitos de funcionamento;
- ▶ Vistoria de UPSS, em articulação com o Delegado de Saúde Regional;
- ▶ Monitorização e avaliação periódicas de UPSS licenciadas, em articulação com a ACSS, I.P.

- ▶ Emissão, suspensão e revogação de licenças de funcionamento;
- ▶ Participação, emitindo parecer, na elaboração de diplomas de licenciamento;
- ▶ Actualização da informação a disponibilizar no sítio da internet da ARSA, I.P.

TIPOLOGIA de UPSS	LICENÇAS EMITIDAS (D: DEFINITIVAS; P: PROVISÓRIAS)	PROCESSOS EM CURSO*
Clínicas ou consultórios dentários	47D	---
Centros de enfermagem	3D	---
Unidades de medicina física e reabilitação	4D	---
Clínicas ou consultórios médicos	3D	---
Laboratório de Patologia Clínica	3P + 3D	6 (9 PC)
Unidades de Radiologia	2P + 1D	13
Unidades C/ Internamento	3P + 1D	2
Centros de Procriação Medicamente Assistida		1
Total Geral	70	22

*Tipologias de UPSS do Regime Jurídico Anterior e tipologias de UPSS do Regime Normal do Actual Regime Jurídico: Processos de abertura de instalações, Inclusão de novas valências, Alteração de Direcção Técnica, Inclusão de novos postos de colheita e outras alterações relevantes de funcionamento.

CONSTRANGIMENTOS

Os processos relacionados com as tipologias que ainda não foram alvo de regulamentação pelo novo regime, e que se continuam a reger pelo antigo regime, DL n.º 13/93, de 15 de Janeiro, são de difícil operacionalização devido aos preceitos burocráticos e complexos estabelecidos por aquele diploma, consumindo uma grande parte do tempo e recursos aos serviços, tendo portanto um impacto negativo na prossecução dos objectivos desta Unidade Orgânica.

Confirmam-se as dificuldades na realização de vistorias, relacionadas a constituição das CVT (compostas por profissionais não remunerados que actuam em regime de voluntariado) e com os recursos de que estas dispõem. No ano de 2012 não foi possível a constituição de CVT para a tipologia de Patologia Clínica/Análises Clínicas.

Entrada de profissionais para a unidade orgânica em Julho de 2012, que apesar de possuírem formação no âmbito dos requisitos técnicos das UPSS, não detinham formação específica dos preceitos burocráticos e das plataformas electrónicas fornecida junto das entidades intervenientes dos processos de licenciamento (ACSS, I.P. e da ERS).

MEDIDAS PARA UM REFORÇO POSITIVO DO DESEMPENHO

É relevante a necessidade da publicação das portarias que regulamentem as restantes tipologias de UPSS, de modo a permitir a desburocratização processual e a alocação dos recursos para a implementação e manutenção de um modelo de vistoria de UPSS, de monitorização e verificação periódicas eficazes das UPSS licenciadas, de forma garantir o cumprimento dos preceitos do licenciamento que visam a defesa dos direitos dos utentes.

É urgente a necessidade de formação e transferência de conhecimentos técnicos entre a ACSS, I.P. e as ARS's, bem como de reuniões de monitorização dos processos (já previstas numa publicação da ACSS, I.P. de Outubro de 2012).

9. Núcleo de Monitorização e Análise de Medicamentos e Meios Complementares de Diagnóstico e Tratamento (MCDT)

Conforme o nome indica, o Núcleo, tem por missão, avaliar quantitativa e qualitativamente, a prescrição de medicamentos e MCDT receitados na Região de Saúde do Algarve, a partir dos dados enviados pela ACSS (Administração Central do Sistema de Saúde).

Os respectivos dados são facultados (legislação em vigor) aos Presidentes dos Conselhos Clínicos (PCC) dos ACeS e às Direcções Clínicas dos Hospitais da Região, os quais deverão avaliar conjuntamente com os médicos prescritores dos respectivos serviços.

Também os prescritores privados são monitorizados (isto, para os prescritores de trinta ou mais receitas por trimestre), tendo por base os dados da ACSS, que os envia directamente aos médicos prescritores, sendo que, o Núcleo tem acesso aos referidos dados. A prescrição privada é monitorizada desde o 4º Trimestre de 2012. O objectivo último é o de melhorar a prescrição médica, adequando os custos à eficácia terapêutica, com ganhos monetários, mas sobretudo em saúde.

ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

O Núcleo faz avaliações mensais do receituário dos médicos dos Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACeS), mas também avalia o receituário dos maiores prescritores e bem assim dos medicamentos mais prescritos, cruzando dados com os laboratórios mais relevantes em termos de mercado, elaborando relatórios para serem presentes aos PCC e Directores Executivos, além de, obviamente, ao Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P.

Trimestralmente é efectuado o envio do receituário dos Médicos Hospitalares, como acima foi referido.

Anualmente é executado um relatório exaustivo sobre a prescrição de medicamentos, referente ao ano anterior, comparando os dados obtidos com os dos anos que antecederam, sendo deste objectivo, anexado o Relatório -Tipo da avaliação de 2010-2011, uma vez que os dados referentes a 2012 apenas agora estão a ser trabalhados, dado só agora estarem disponíveis na sua totalidade.

Os itens trabalhados são, portanto, como se pode ver no anexo referido, os seguintes:

- Distribuição dos encargos, Preço de Venda ao Público (PVP), em medicamentos, por local de prescrição (ACeS, Hospitais da Região, Outras Instituições).
- Distribuição dos encargos (PVP) com medicamentos, por contacto médico (Centros de Saúde da Região).
- Distribuição do Peso (%) em Embalagens nas grandes áreas do Grupo Fármaco Terapêutico (GFT).
- Distribuição do Peso (%) em custo do Serviço Nacional de Saúde (SNS) nas grandes áreas do GFT, este dado apenas a introduzir na monitorização de 2012.

Todos estes estudos são apresentados sob a forma de gráficos.

Sob a forma de quadros apresentam-se os seguintes itens:

- **Valores (euros) das consultas realizadas**

- Número de Utilizadores
- Número de embalagens dispensadas
- Encargos (euros) em medicamentos
 - Suportado pela ARS
 - Suportado pelo Utente
- Percentagem de comparticipação

- **Média por Consulta**

- Embalagens dispensadas
- Encargos com medicamentos
- Suportado pela ARS
- Suportado pelo Utente

- **Média por Utilizador**

- Embalagens dispensadas
- Encargos com medicamentos
- Suportado pela ARS
- Suportado pelo Utente

- **Grupo Fármaco Terapêutico**

- Número de embalagens
- Percentagens de cada GFT
- Encargos PVP (euros)
- Percentagens de genéricos em embalagens

- Peso (%) dos genéricos por prescriptor na facturação em embalagens nas Unidades de Saúde (CSP/Hospitais/Outros), facturados na Região de Saúde do Algarve.

Na área dos MCDT este Núcleo reencaminha para os PCC dos ACeS, mensalmente, os dados facultados pela ACSS. Estes dados têm em vista a análise/discussão com os médicos prescritores.

Além das actividades acima referidas, colabora este Núcleo na Formação, sempre que para tal é solicitado, bem como, atende e opina sobre pedidos de informação nas áreas do Medicamento e dos MCDT.

CONSTRANGIMENTOS

A Monitorização de Privados, recentemente incluída (4º trimestre de 2012) é complicada de gerir, dado que, não havendo uma vinculação a Organismos Estatais na actividade liberal, o contacto/resposta dos médicos prescritores avaliados é pouco, ou não é de todo eficaz, até ao momento, acabando por se perder tempo com escasso proveito.

MEDIDAS PARA UM REFORÇO POSITIVO DO DESEMPENHO

- Desde logo o aumento do tempo adstrito para estas actividades, que são efectuadas em apenas um dia por semana (no caso do médico, partilhada com outras actividades).

- A multiplicidade de tarefas e pedidos de dados que os funcionários não médicos (apenas dois) têm de atender e que dificultam frequentemente a colheita de informação do Núcleo, o que aconselharia um aumento de pessoal a trabalhar nesta área.
- Reforço do papel “Institucional” da ARS na prescrição privada, uma vez que a comparticipação dos medicamentos provém do erário público e aconselha à avaliação da relação custo benefício, não só de medicamentos, como de MCDT em consonância com as Normas da Direcção Geral de Saúde (DGS).

10. Projectos Transfronteiriços

Programa Operacional de Cooperação Transfronteiriça Espanha – Portugal - POCTEP

Administração Regional de Saúde do Algarve em articulação com o Servicio Andaluz de Salud e a *Consejería de Salud da Andalucía* têm sido parceiros de candidaturas a fundos comunitários no quadro da cooperação transfronteiriça desde 2003, quando se iniciou um projecto de telemedicina (financiamento INTERREG).

A cooperação tem sido feita sobretudo entre as regiões de Huelva e do Algarve, que pertencem a um contorno geográfico comum, com características similares.

A partir de 2007 deu-se início à colaboração no âmbito do POCTEP (Programa Operacional de Cooperação Transfronteiriça Espanha - Portugal), tendo terminado em 2012 dois projectos relativos à 1ª convocatória:

- Projecto Observatório de Saúde da Região Transfronteiriça
- Projecto Gestão Ambiental nos Centros de Saúde da Região Transfronteiriça

Também em 2012 decorriam 2 projectos da 2ª convocatória, iniciados em 2011 e que se prevê finalizarão em 2013, nomeadamente:

- Projecto Materno-Infantil - Desenvolvimento dos Cuidados na área Materno-Infantil na Região Transfronteiriça Algarve-Andaluzia, promovendo uma rede conjunta de infra estruturas logísticas de cooperação.
- Projecto Neonatal - Melhorar a qualidade dos cuidados na população infantil de risco, na Região Transfronteiriça Algarve-Andaluzia.
- Projecto Janela Aberta à Família - Desenvolvimento de plataformas de comunicação entre os serviços e os cidadãos do Algarve e Huelva

O financiamento de todos estes projectos POCTEP é comparticipado a 75% pelo FEDER, devendo os restantes 25% ser comparticipados pelos parceiros.

Na tabela seguinte constam os financiamentos totais em euros (incluindo o FEDER) atribuídos a cada projecto e por região:

	1ª Convocatória POCTEP		2ª Convocatória POCTEP		
	Observatório de Saúde	Gestão Ambiental	Materno-Infantil	Neonatal	Janela Aberta à Família*
Algarve	400.000	140.516	106.666	106.666	226.665 *
Andaluzia	2.100.000	1.700.000	577.880	577.880	186.300
Total	2.500.000	1.840.516	684.547	684.547	413.566

* O projecto Janela Aberta à Família é o único liderado pela ARS Algarve, IP (os restantes projectos são liderados pelo Servicio Andaluz de Salud). É também o único em que o montante atribuído à Região do Algarve inclui também uma empresa privada de capitais mistos – a Globalgarve. O montante referido de 226.665 inclui 173.332 € para a ARS Algarve e 53.333 para a Globalgarve.

O projecto Observatório de Saúde finalizou em 2012 tendo neste ano organizado formações a profissionais no âmbito dos cuidados paliativos e da reabilitação cardíaca. Foi inaugurado um serviço de reabilitação cardíaca e a aquisição do devido equipamento no Hospital de Faro.

O projecto Gestão Ambiental também finalizou em 2012, ano em que se produziu 250 exemplares do manual e DVD denominado “Manual de Boas Práticas de Sustentabilidade” dedicado à temática da poupança energética nos hospitais. Este manual foi divulgado a todas as ARS, e aos hospitais e ACES das respectivas áreas de influência, e continua disponível através do *website* da ARS Algarve, IP.

Em 2012 o Projecto Materno-Infantil fez duas formações em amamentação para profissionais de saúde da ARS Algarve, IP.

Em 2012 o Projecto Janela Aberta à Família iniciou a criação de uma plataforma de comunicação electrónica com os cidadãos na área da parentalidade (ver em www.janela-aberta-familia.org) e organizou um 1º Encontro transfronteiriço dedicado à temática. Produziu vários boletins e o manual “Guia para pais” actualmente a ser distribuído nos hospitais da região e também disponível no website, e organizou diversas sessões de comunicação interactiva comunitária através de videochat.

11. Assessoria de Imprensa e Comunicação (AIC)

A Assessoria de Imprensa e Comunicação da ARS Algarve, como serviço responsável pela gestão do processo de comunicação interno e externo da instituição, tem como principais objectivos:

- Contribuir para a optimização do acesso dos cidadãos à informação relevante sobre os serviços e oferta dos cuidados de saúde;
- Contribuir para uma imagem de qualidade dos serviços e melhorar os processos comunicacionais internos e entre as várias instituições de saúde da Região;
- Actualização diária e permanente dos conteúdos da página institucional;
- Promoção apoio e divulgação de acções de sensibilização, eventos e campanhas de promoção da saúde.

No âmbito destes objectivos, os elementos deste serviço têm como principais funções:

- Conceber, executar e acompanhar a imagem global da ARS Algarve, em estreita articulação com os demais serviços / gabinetes ou áreas departamentais;
- Implementar uma política de comunicação efectiva com os Hospitais, ACES e outras instituições sob a orientação da ARS Algarve;
- Recolher, analisar e divulgar notícias e outras iniciativas/eventos científicos, sociais e culturais que se encontrem integradas no âmbito da Saúde, na Região do Algarve;
- Promover a concepção, desenvolvimento e acompanhamento das campanhas de comunicação e imagem, de suporte às iniciativas desenvolvidas pela ARS Algarve;
- Assegurar a produção, gestão e divulgação de conteúdos;
- Conceber ou acompanhar a evolução e actualização permanente da imagem e comunicação gráfica da ARS Algarve;
- Criar e desenvolver, ou proceder ao acompanhamento da criação e desenvolvimento de material informativo;
- Construir e manter uma relação de transparência, confiança e verdade com os órgãos de Comunicação Social;
- Construir e manter uma relação de comunicação e troca de informação efectiva com todos os serviços sob a tutela directa ou indirecta da ARS Algarve e stakeholders;
- Participar em seminários, congressos, feiras que estejam ligados ao sector da Saúde e onde a presença da Assessoria de Imprensa e Comunicação possa ser considerada uma mais-valia para a melhoria da imagem da ARS Algarve;

- Apoiar e incentivar, no âmbito das Relações Públicas, um maior diálogo entre todos os públicos internos;
- Ser actor directo e interveniente na construção da imagem da ARS Algarve, através da sua presença em todos os locais do Instituto onde seja necessário apostar num clima inclusivo, de empatia e solidariedade institucional;
- Na área da Responsabilidade Social, promover iniciativas que incentivem todos os que sintam a necessidade saudável e necessária de, voluntariamente contribuir para a melhoria das condições do dia-a-dia de instituições de saúde ou de instituições sociais inseridas na área abrangida pela ARS Algarve, ou para a própria ARS.

No âmbito da Comunicação Interna, deve ser prestado um serviço especializado, para o público interno, estabelecendo políticas e estratégias que englobem iniciativas que visem o aumento da produtividade, paralelamente ao aumento da satisfação dos colaboradores, aos mais diversos níveis, como, por exemplo: funções adequadas e desejadas, local e equipamentos de trabalho, relacionamento com os colegas e com as chefias, etc.

A Comunicação Interna tem como objectivos:

- Criar condições para que todos os colaboradores se tornem e se sintam influentes, informados e integrados na Instituição.
- Possibilitar aos colaboradores de uma forma rápida, eficaz e clara, o conhecimento das transformações/mudanças que vão ocorrer no ambiente de trabalho; Sempre que possível, a comunicação interna deve antecipar-se ao ato.
- Criar condições, através de mecanismos que visem a participação activa de todos, para que os colaboradores se considerem determinantes na evolução das actividades da instituição e responsáveis pela imagem da instituição entre os colegas e no público externo.
- Facilitar a comunicação entre chefias e restantes colaboradores, para que seja meio facilitador de um ambiente de trabalho saudável e produtivo.

ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

Comunicação Interna - Actividades concretizadas entre Julho e Dezembro 2012

Inquérito

- Elaboração, distribuição, recolha e análise de um Inquérito de Satisfação dos Profissionais da ARS Algarve no âmbito da Comunicação Interna.

Reunião geral com os colaboradores.

Edição de *newsletter* interna. (Outubro, Novembro e Dezembro)

Formação em comunicação interpessoal, no âmbito dos resultados do inquérito já mencionado.

- 17 Sessões com a duração de 8 horas para uma média de 8 profissionais em cada sessão.

Projecto Energia Sénior – elaboração do projecto e apresentação do mesmo aos responsáveis internos e externos, envolvidos ou a envolver no processo de execução do mesmo.

Projecto-piloto integrado no Ano Europeu do Envelhecimento Activo e da Solidariedade entre Gerações, com prolongamento para o Ano do Cidadão Europeu (2013), com o objectivo de uma maior humanização dos Centros de Saúde.

Comunicação Externa:

Durante o ano 2012, este serviço, com vista a actualização diária e permanente dos conteúdos da página institucional, elaborou um total de 254 textos e fotografias (Notícias regionais: 187; Notícias nacionais: 58; Notícias internacionais: 9) divulgados na página institucional, portais do Ministério da Saúde e junto dos órgãos de comunicação social regional e nacional, tendo procedido neste mesmo âmbito à permanente actualização de informação relevante através das Redes Sociais (Facebook; Flickr) institucionais.

Simultaneamente, em articulação com os diversos serviços, departamentos, ACES e responsáveis dos projectos regionais de saúde, foram actualizados os conteúdos da página institucional, sempre que necessário e solicitado pelos respectivos responsáveis e após validação do Conselho Directivo.

Com a integração no serviço de uma designer foi possível a criação da newsletter externa digital, intitulada «saúde.algarve», em colaboração com os gabinetes de comunicação do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio EPE, e do Hospital de Faro EPE, como mais um mecanismo de divulgação e reforço das notas de imprensa/comunicados institucionais junto da comunicação social. A título de exemplo, após a divulgação das newsletters, algumas das notícias/reportagens por nós divulgadas foram replicadas por órgãos de comunicação social e suscitaram o interesse de outros para a realização de trabalhos jornalísticos.

Esta newsletter destinada ao público em geral, entidades públicas e privadas, órgãos de comunicação social, começou a ser editada em julho, tendo como principal objectivo divulgar o

que de melhor que se faz na área da Saúde na Região do Algarve, tanto nos cuidados de Saúde primários como nos hospitalares do Serviço Nacional da Saúde da Região, dando destaque aos serviços e ao empenho diário dos profissionais de saúde, na prevenção da doença e na promoção da saúde.

Entre julho e dezembro foram divulgadas oito edições, para cerca de mil contactos de mail, verificando-se uma tendência crescente de subscrições nomeadamente no último trimestre.

Tabela 30: Estatísticas Newsletter digital saúdealgarve

Newsletter	Enviadas
Newsletter nº1 -julho	890
Newsletter nº2 - agosto	950
Newsletter nº 3 – setembro	987
Newsletter nº4 – setembro	997
Newsletter nº 5 –outubro	1009
Newsletter nº 6 -novembro	1025
Newsletter nº 7 -novembro	1033
Newsletter nº 8 - dezembro	1059

Além das notícias divulgadas quer na página institucional quer através da newsletter digital, este serviço divulgou 36 notas de imprensa e comunicados institucionais, decididas em conjunto com o Conselho Directivo, junto dos órgãos de comunicação regional e nacional, sendo que cerca de 90% dessas informações foram publicadas nos diversos órgãos de comunicação social regional e nacional.

No mesmo âmbito, sempre que solicitado, foi dado o apoio e a orientação necessária para facilitar a resposta e a ligação entre a instituição e os diversos órgãos de comunicação social. Durante o ano, este serviço recebeu cerca de 70 solicitações de informação, entre pedidos de esclarecimentos, entrevistas e dados, da parte da comunicação social, onde em estreita colaboração quer com o Conselho Directivo da ARS Algarve, IP, sempre que necessário, com o Gabinete de Comunicação do Ministério da Saúde, foram dadas as respostas e os esclarecimentos solicitados.

Diariamente este serviço procedeu à recolha, levantamento e análise (clipping) das notícias relacionadas com a Saúde, nomeadamente na Região do Algarve, realizado ao início da manhã e da tarde, dando conhecimento ao Conselho Directivo.

De referir a participação na organização, preparação e apoio na realização de vários eventos e acções de sensibilização na Região, entre eles, a Sessão de Recepção aos Médicos Internos

do Internato Médico na Região; as cerimónias de tomada de posse dos Conselhos de Administração do Hospital de Faro e do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio; a inauguração do novo Centro de Saúde de Portimão, Formação em Cuidados Paliativos com a apresentação da peça de teatro «Óscar e a senhora Cor-de-rosa», entre outros.

Em colaboração com os responsáveis e coordenadores dos programas/projectos regionais foram desenvolvidas e difundidas campanhas informativas de promoção e prevenção de saúde, tais como, a Campanha de Luta Contra a Sida (através da divulgação de rastreios), Campanha de Prevenção e Vacinação contra o HPV; Campanha de Combate à Obesidade Infantil na Região do Algarve; Campanha do Programa do Rastreio do Cancro da Mama no Algarve; Campanha de Plano de Verão de 2012, divulgação de informação sobre os Postos de Saúde de Praia; Campanha de Programa Regional de Contingência contra Ondas de Calor, «Cuidados a ter com o Calor»; Campanha de Programa Regional de Contingência contra Temperaturas Extremas – módulo Frio, Campanha contra o tabagismo «Livre a Sua Vida do Tabaco» (alertando para os malefícios do tabaco e os benefícios em deixar de fumar).

No âmbito das referidas campanhas, projectos/serviços da instituição, e actividades e acções desenvolvidas, foram produzidos pela designer deste serviço materiais informativos (cartazes, flyers, folhetos, brochuras, roll-ups, banners, espólio fotográfico), que foram posteriormente divulgados nos serviços de saúde da Região, instituições regionais e à comunidade em geral, incluindo os órgãos de comunicação social regional.

Ao longo do ano este gabinete esteve presente com o stand institucional/rol-ups em várias acções de sensibilização e promoção da saúde e eventos regionais (Feira da Serra; Feira Faro Activo, Dia da Protecção Civil, Dia Nacional do AVC) onde foram divulgados os projectos e programas de saúde desenvolvidos a nível regional através de vídeos promocionais e materiais informativos produzidos por este serviço.

No âmbito do processo de implementação das novas estratégias na organização da Administração Regional de Saúde do Algarve IP, nomeadamente no que diz respeito à redução das despesas de materiais e fomentar e alargar os mecanismos de comunicação e divulgação interna, este gabinete, em parceria com o Núcleo do Cidadão e Documentação, a partir do dia 16 de julho de 2012, passou a disponibilizar todas as circulares internas, informativas e normativas, em formato digital no portal da Intranet da instituição, numa lógica de diminuir o consumo de papel e incentivar a utilização desta ferramenta de informação interna.

Apesar de se constatar que o processo de adesão a esta ferramenta de informação interna tem sido relativamente lento, que se poderá explicar por algumas dificuldades técnicas de

acessibilidade aliado a alguma resistência à mudança para a utilização das tecnologias de informação, tem-se verificado uma tendência crescente de visualizações. De julho a dezembro, do total das circulares informativas disponibilizadas em formato digital registaram-se uma média de 20 a 30 downloads, enquanto que nas circulares normativas registaram-se 40 a 50 downloads.

TRABALHOS REALIZADOS, APRESENTADOS

26 de Outubro de 2012

- II Seminário em Gerontologia: “Conversas com Rugas”, Organização da instituição Âncora, Associação Centro Comunitário de Tavira. IPJ de Faro, dia 26 de Outubro de 2012. Sessão de abertura.

Em representação da ARS Algarve, com leitura de texto alusivo ao evento.

Dinamização de Grupo de Trabalho, no mesmo seminário, sobre o tema “Cidades Amigas das Pessoas Idosas: Utopia ou Realidade.”

4 de Dezembro de 2012

- Colóquio “Olhares sobre o envelhecimento na pessoa com deficiência: que futuro?”, organização da ACASO, Associação Cultural e de Apoio Social de Olhão, auditório da Escola Secundária Dr. Francisco Fernandes Lopes, Olhão

Comunicação integrada no tema genérico “A Sociedade e a problemática do envelhecimento e da deficiência mental, Sociedade de risco para o indivíduo portador de deficiência mental em processo de envelhecimento”.

Título e tema da Comunicação: “Dinâmicas dificultadoras da participação dos grupos vulneráveis na sociedade actual. O papel dos media na mudança de mentalidades.”

7 de Dezembro de 2012

- Congresso da Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação (APER) – 2012, Centro de Congressos do Grande Real Santa Eulália, Albufeira, 11h00m.

Em representação do Sr. Presidente do CD da ARS Algarve.

Comentários finais e balanço sobre as intervenções da mesa “Políticas de Envelhecimento – Contributos da Enfermagem”.

7 de Dezembro de 2012

- Tertúlia Cinematográfica “Cenas das nossas vidas”, Anfiteatro da CCDR, Faro, 16h30m. Organização ARS Algarve, através do Grupo de Trabalho da Violência ao Longo do Ciclo da Vida.

Iniciativa a propósito das Jornadas Nacionais contra a Violência Doméstica. Organização ARS Algarve, através do Grupo de Trabalho da Violência ao Longo do Ciclo da Vida. Moderação do debate.

CONSTRANGIMENTOS

As principais dificuldades no desempenho das funções estão relacionadas com a desadequação quer do local onde a Assessoria de Imprensa e Comunicação está instalada, quer dos equipamentos que tem ao seu dispor para o cabal desenvolvimento das suas actividades.

O facto de estes serviços estarem instalados num local fora do edifício central dificulta a comunicação, quer com as suas chefias directas (CD), quer com os restantes colegas, não permitindo um maior contacto e, por isso, a possibilidade de uma efectiva relação de proximidade e de confiança, indispensável à construção de uma imagem interna (e externa) dos dirigentes e da instituição que deve ser o principal objectivo de uma assessoria de comunicação.

Dificulta ainda a aquisição de informações úteis ao desenvolvimento de um verdadeiro e activo fluxo de comunicação interna bidireccional.

Quanto aos equipamentos, salienta-se a existência de apenas um telefone, numa mesa junto à porta de entrada, no gabinete onde estão instalados 4 colaboradores.

O acesso à internet é muito lento, dificultando o necessário fluxo contínuo de informação, por vezes o serviço fica impedido de comunicar com o exterior e com os restantes serviços.

A lentidão da internet proporciona uma baixa de produtividade grande num serviço com estas funções.

Por outro lado, o espaço é antigo, com janelas sem calafetagem e as secretárias, devido à superfície da divisão, estão instaladas de modo a que o fluxo, quer de ar quente quer de ar frio (Verão ou Inverno), do aparelho de refrigeração existente é dirigido directamente para uma das técnicas deste serviço, com todos os prejuízos que tal acarreta para a sua saúde. Para que a

situação não se agravasse, esta técnica teve de mudar de local de trabalho, ocupando um espaço livre numa outra divisão, na primeira semana de Março de 2013, devido ao frio que se fazia sentir no local.

MEDIDAS PARA UM REFORÇO POSITIVO DO DESEMPENHO

Estando a instituição neste momento em fase de mudança de instalações, aguardamos que estas situações menos positivas possam ser ultrapassadas, nomeadamente, os problemas do acesso à internet.

12. Gabinete Jurídico e do Cidadão (GJC)

Nos termos do disposto no artigo 7º da Portaria nº 156/2012, de 22 de Maio, são as seguintes as competências do Gabinete Jurídico e do Cidadão:

- Emitir pareceres e prestar informações sobre as questões de natureza jurídica, suscitadas no âmbito da actividade da ARSALGARVE, I. P., bem como acompanhar a instrução dos respectivos processos administrativos;
- Participar na análise e preparar projectos de diplomas legais relacionados com a actividade da ARSALGARVE, I. P., procedendo aos necessários estudos jurídicos, bem como na elaboração de minutas de contractos, protocolos, regulamentos, circulares ou outros documentos de natureza normativa que lhe sejam solicitados pelo conselho directivo;
- Emitir parecer sobre reclamações ou recursos administrativos que sejam dirigidos aos órgãos da ARSALGARVE, I. P., bem como sobre exposições ou petições respeitantes a actos ou procedimentos dos mesmos órgãos;
- Assegurar a instrução de processos de averiguações, de inquérito ou disciplinares;
- Assegurar, por si ou em articulação com mandatário judicial quando a sua constituição seja obrigatória, o patrocínio judicial nas acções propostas pela ARSALGARVE, I. P., ou em que esta seja demandada;
- Assegurar o apoio à instrução dos processos de contra ordenação nos termos previstos na lei;
- Prestar apoio técnico às diferentes unidades orgânicas da ARSALGARVE, I. P.;
- Assegurar, em cooperação com o Observatório Regional de Saúde, a gestão das reclamações/sugestões apresentadas pelos utentes do SNS, directamente dirigidas ou encaminhadas para a ARSALGARVE, I. P.;

- Assegurar as funções inerentes à existência de um Observatório Regional de Apoio ao Sistema Sim -Cidadão, com acompanhamento e monitorização das exposições e reclamações dos utentes do Serviço Nacional de Saúde no âmbito da ARSALGARVE, I. P., apresentando propostas correctivas;
- Produzir indicadores que permitam avaliar a qualidade dos serviços prestados ao utente final pelos serviços de saúde, designadamente o grau de satisfação e a participação dos cidadãos;
- Promover acções de formação, em articulação com o DGAG, destinadas a responsáveis e profissionais dos gabinetes do utente e do cidadão dos serviços das unidades de saúde do SNS da área de influência da ARSALGARVE, I. P.
- Sendo certo que, as competências constantes das alíneas h), i), j) e k) encontram-se afectas ao Núcleo do Cidadão.

ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

Gabinete Jurídico:

– A Actividade do Gabinete Jurídico, no âmbito das suas competências, e no período indicado, foi a seguinte:

- No âmbito das competências constantes da al. a) do artigo 7º dos Estatutos da ARS “emitir pareceres e prestar informações sobre as questões de natureza jurídica, suscitadas no âmbito da actividade da ARSALGARVE, I. P., bem como acompanhar a instrução dos respectivos processos administrativos”, foram prestadas 372 informações, através de Parecer Interno numerado, e 746 informações/pareceres, através de correio electrónico, num total de 1118 pareceres.
- No âmbito das competências constantes da al. b) do artigo 7º dos Estatutos da ARS, “Participar na análise e preparar projectos de diplomas legais relacionados com a actividade da ARSALGARVE, I. P., procedendo aos necessários estudos jurídicos, bem como na elaboração de minutas de contractos, protocolos, regulamentos, circulares ou outros documentos de natureza normativa que lhe sejam solicitados pelo conselho directivo;”, foram elaborados, reavaliados, minutados, e acompanhados 90 Protocolos, Acordos e outros Contractos, Regulamentos e Circulares Internas.
- No âmbito das competências constantes da al. c) do artigo 7º dos Estatutos da ARS, “Emitir parecer sobre reclamações ou recursos administrativos que sejam dirigidos aos órgãos da ARSALGARVE, I. P., bem como sobre exposições ou petições respeitantes a actos ou procedimentos dos mesmos órgãos;” foram efectuadas 20 reclamações/recursos.

- No âmbito das competências constantes da al. d) do artigo 7º dos Estatutos da ARS “Assegurar a instrução de processos de averiguações, de inquérito ou disciplinares”, foram assegurados a instrução de 7 processos disciplinares e 14 processos de inquérito.
- No âmbito das competências constantes da al. e) do artigo 7º dos Estatutos da ARS “Assegurar, por si ou em articulação com mandatário judicial quando a sua constituição seja obrigatória, o patrocínio judicial nas acções propostas pela ARSALGARVE, I. P., ou em que esta seja demandada,” foram assegurados, o acompanhamento de 8 processos em Contencioso.
- No âmbito das competências constantes da al. f) do artigo 7º dos Estatutos da ARS “Assegurar o apoio à instrução dos processos de contra ordenação nos termos previstos na lei”, este GJ assegurou o apoio, informação e reencaminhamento respectivo, sempre que tal foi solicitado directamente ou decorreu da respectiva análise factual.
- No âmbito das competências constantes da al. g) do artigo 7º dos Estatutos da ARS “Prestar apoio técnico às diferentes unidades orgânicas da ARSALGARVE, I. P.”, tal foi efectuado via correio electrónico, telefone e pessoalmente, inúmeras vezes e sempre que solicitado.
- Ainda, no âmbito das suas competências, durante este hiato de tempo o GJ elaborou e enviou 472 ofícios, respondeu a diversas solicitações da IGAS, da ERS e do Ministério da Saúde.
- Elaborámos dois Projectos de Regulamentos Internos e respondemos aos Sindicatos, sempre que solicitado.
- Acompanhámos ainda, matérias diversas para as quais foi solicitada a colaboração do Gabinete.
- Os colaboradores do Gabinete foram a uma formação interna e uma externa (Data Júris).
- A Coordenadora do GJC frequentou o Forgep na Direcção-Geral dos Trabalhadores em Funções Públicas (INA) com o Estatuto de Equiparação a Bolseiro, sem encargos para a ARS Algarve IP.
- Implementámos, através da recolha e tratamento da informação recebida, a base da documentação necessária à implementação da base de dados de gestão contratual;
- Melhorámos, substancialmente, com a ajuda do técnico de informático, a base de dados “caseira” do GJ.

Núcleo do Cidadão e Documentação:

Representação em Grupos de Trabalho

Rede de Pontos focais de acompanhamento do II Plano para a integração do Imigrantes (II PII) da responsabilidade do Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural – Participação em 3 reuniões de trabalho com o objectivo de identificar as dificuldades de acesso dos cidadãos estrangeiros ao SNS, enquanto representante da ARS Algarve nomeada pelo Ministério da Saúde. Desenvolvidos esforços para o cumprimento da Medida 6 do PII (Saúde), nomeadamente medidas facilitadoras da redução de desigualdades em saúde.

Estratégia Regional para a Deficiência – Constituição de um grupo de trabalho interno dinamizado por este gabinete

Plataforma Territorial supra concelhia de Faro – Participação numa reunião de trabalho

Processo de transposição da Directiva 2011/24/EU relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria dos cuidados de saúde – Ministério da Saúde – participação em duas reuniões de trabalho.

Ano Europeu do Envelhecimento Activo – representante da ARS Algarve no grupo de trabalho do Gabinete de Sua Excelência o Ministro da Saúde. Colaboração com a Assessora de Comunicação na criação de um projecto interno alusivo às comemorações deste Ano, que consiste na criação de três Parques Intergeracionais Sensoriais, um em cada ACES da região.

Outras Áreas de intervenção:

Fundação Portuguesa de Cardiologia – Responsabilidade pela dinamização interna do peditório (ACES e Hospitais)

Processo de regularização de inscrição de cidadãos estrangeiros (europeus ou não) nos serviços de saúde da região – Realização de 1 reunião de trabalho com a presença da vogal do CD, elaboração de um ofício dirigido à ACSS a solicitar indicações processuais, preparação de circulares internas sobre o assunto, articulação com a DGS e ACSS sobre questões que denotam deficiências no sistema de inscrição no SINUS.

Fornecimento de oxigénio a doentes estrangeiros em estada temporária em Portugal – mensalmente articulam com a empresa fornecedora do oxigénio e os hospitais de Faro e CHBA os fornecimentos necessários (em média 2 fornecimentos mensais).

Taxas Moderadoras – Intervenção activa no esclarecimento aos utentes sobre o processo, articulação com a ACSS e serviços partilhados do ministério e inscrição dos utentes na Plataforma digital de requerimento para isenção por insuficiência económica.

Direcção Geral dos Serviços prisionais – articulação directa com vista à inscrição dos utentes reclusos no SNS, nomeadamente assegurando o seu direito à isenção do pagamento de taxa moderadora. Elaborado 1 ofício à ACSS sobre a matéria.

Cartão Europeu de Seguro de Doença – Articulação com a secção de reembolsos através da análise de pedidos de reembolso sobre cuidados de saúde recebidos noutro Estado Membro.

Cidadãos estrangeiros em situação irregular – Apoio operacional e processual aos três ACES sobre a inscrição destes utentes e seu acesso ao SNS.

Tratamentos médicos na União Europeia (requisição de assistência médica no estrangeiro) – emissão de atestados de direito – articulação com a Direcção Geral da Saúde para a emissão de documentos portáteis S2.

Transferências sanitárias de doentes - articulação com a Direcção Geral da Saúde
Website da ARS Algarve – actualização dos conteúdos sobre mobilidade de doentes
Atendimentos presenciais – 10 por semana em média
Atendimentos telefónicos – 50 por semana em média

Sistema Sim-Cidadão

Semanalmente é realizada a monitorização dos indicadores relativos ao sistema SIM-Cidadão.
Mensalmente é realizado o envio dos dados para cada Gabinete a fim de actualizar os indicadores, com eventuais reparos para os prazos de resposta ao cidadão.
Realizada uma reunião do Observatório Nacional.

A realçar ainda:

Instrução e acompanhamento de processos de transferência sanitária de doentes;

Cooperação com o CD para a consolidação da Estratégia Regional para a Deficiência;

Instrução e acompanhamento dos processos de tratamento médico no estrangeiro em articulação com a DGS;

Apoio aos ACES na inscrição dos utentes no Registo Nacional de Utentes;

Ao nível da documentação, elaboraram-se e divulgaram-se 241 circulares informativas e 07 circulares normativas; foram enviados 654 ofícios para entidades externas com divulgação de 20 acções de formação, conferências, e demais eventos ligados à saúde; renovaram-se 20 assinaturas de revistas científicas e técnicas, com posterior divulgação na intranet e ACES;

Elaborados “Cadernos mensais” com o resumo das notícias sobre a saúde no Algarve publicadas pelos órgãos de comunicação regionais e pelos diários “Correio da Manhã” e “Diário de Notícias”.

Elaborados mensalmente “Boletim de sumários” com os sumários dos periódicos e monografias recebidas no Centro de Documentação.

Apoio logístico a aproximadamente 50 reuniões/encontros e 20 acções de formação no Centro de Documentação do NCD.

TRABALHOS REALIZADOS, APRESENTADOS

Núcleo do Cidadão e Documentação:

Relatório Anual do SIM-Cidadão, com a colaboração dos elementos do Observatório Regional do Algarve.

Participação na elaboração do Projecto de criação de Parques Inter-geracionais em três centros de saúde (um por ACES), no âmbito do Ano Europeu do Envelhecimento Activo.

CONSTRANGIMENTOS

Núcleo do Cidadão e Documentação:

Sistema de Gestão de Reclamações SIM-Cidadão - A Plataforma informática SIM-Cidadão que apoia o registo e análise das exposições realizadas pelos utentes no serviço nacional de saúde tem revelado limitações diversas, não só ao nível do desempenho que não se adequa à celeridade necessária para dar resposta às solicitações que ocorrem diariamente nos serviços, como devido ao excesso de passos que exige aos técnicos que com ela operam. Essas limitações são transversais à fiabilidade dos valores emitidos no que refere a volume de trabalho, o que resulta em dados diferentes para o mesmo assunto de acordo com os mapas que se solicitam ao sistema, não permitindo avaliar com rigor o trabalho desenvolvido.

Apoio aos ACES na inscrição dos utentes no Registo Nacional de Utentes – A inexistência de orientações consonantes por parte dos serviços centrais relativamente a esta matéria, nomeadamente ao nível dos cidadãos que não possuem um sistema de protecção social, tem dificultado a tarefa de operacionalização deste apoio aos diferentes serviços, aguardando-se a publicação de um guia de procedimentos que uniformize a nossa actuação. Este factor foi impeditivo do avanço de formação aos Gestores de Máquina e Assistentes Técnicos. Refira-se

que foram envidados diversos esforços neste sentido, nomeadamente contactos formais e informais com a DGS e ACSS.

A alteração orgânica ocorrida pela publicação da Portaria nº156/2012, em 22 de Maio e, com a mudança de lideranças, departamentos e serviços bem como da política e cultura organizacional criou um certo ambiente de desconforto e nada propício a otimizar recursos.

MEDIDAS PARA UM REFORÇO POSITIVO DO DESEMPENHO

Promoção de uma efectiva comunicação entre serviços. (É impensável proceder-se a mobilidades, criação de serviços ou departamentos com afectação/deslocação de profissionais e, na própria “casa” a maioria desconhece quem é quem, o que fazem e para que servem.)

Articulação com o Núcleo de Formação para análise e construção de um plano de formação para os profissionais que dia a dia trabalham nos gabinetes do cidadão dos ACES. As “formações” devem ser discutidas, partilhadas e sentidas e direccionadas para os serviços e não para os profissionais.

13. Núcleo de Sistemas de Informação e Comunicação (NSIC)

O ano de 2012 foi de muitos desafios, lutas e muitos trabalhos, não apenas nas actividades internas deste Núcleo, mas também com as entidades competentes do ministério da saúde (ACSS e SPMS), em que se salienta a passagem de Unidade a Núcleo, em sequência da reestruturação orgânica da ARS Algarve, IP. mantendo todas as actividades, responsabilidades e profissionalismo apesar da alteração de competências imposta pela reestruturação.

Se não conseguimos vencer todas, pelo menos avançamos em algumas conquistas e mantivemos outras, e ainda outras estão por vir.

Os resultados descritos foram extraídos da ferramenta do Service Desk, SIOARS, e complementada alguma informação através de outros meios implementados.

ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

Este documento tem como objectivo a divulgação da actividade mensal do período em análise, relativo aos serviços de Service Desk e gestão de sistemas do NSIC. Sendo este núcleo vocacionado para o apoio aos utilizadores na área das Tecnologias de Informação e Comunicação, apresentaremos neste documento os tickets (solicitações) registados na nossa ferramenta, não reflectindo todas as actividades executadas pelos profissionais deste núcleo

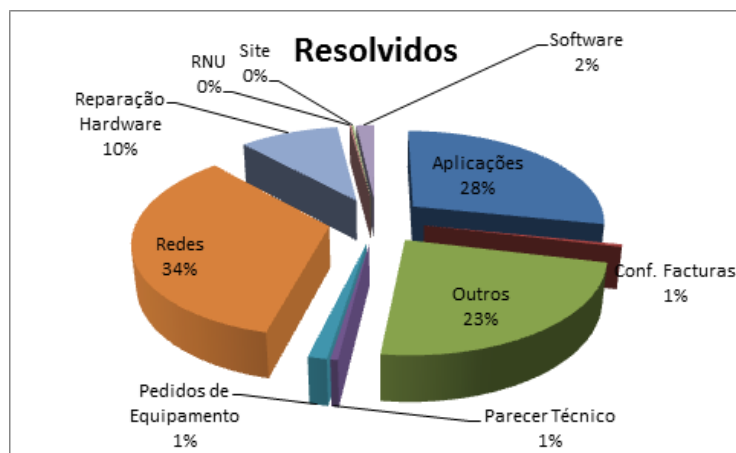
porque nem sempre são registadas no SIOARS (pedidos por telefone, email e contacto pessoal).



Verifica-se que no período de análise foram abertos 5393 tickets e resolvidos 4064 tickets.

Durante o período em análise foram resolvidos 4064 tickets, distribuindo-se pelas seguintes categorias:

Gráfico 25: Tickets resolvidos



Categoria	Resolvidos
Aplicações	1145
Conf. Facturas	18
Outros	951
Parecer Técnico	21
Pedidos de Equipamento	54
Redes	1388
Reparação Hardware	400
RNU	7
Site	8
Software	72
Totais	4064

As categorias reflectem várias actividades/acções que visaram a melhoria da eficácia e a continuidade dos sistemas, destacando-se as seguintes:

- Reparação dos equipamentos (mais de 2850 equipamentos inventariados: impressoras, switches, servidores, computadores, etc.) e apoio na utilização dos mesmos e das mais de 30 aplicações em produção. Trata-se de uma das actividades principais do Núcleo, com carácter de princípio reactivo, aquando da resolução de problemas.
- Elaboração de ajudas para os utilizadores (manuais e cursos na plataforma de e-learning)

- Instalação de novos postos de trabalho
- Manutenção de 139 servidores (SINUS/SAM/SAPE/Email/File Server/AD/BD), distribuídos por 17 locais físicos na região.
- Emissão de Pareceres e elaboração de Cadernos de Encargos, relativos a iniciativas e projectos na área das Tecnologias de Informação e Comunicação
- Gestão de perfis de utilizadores nas diversas aplicações (ex: foram criadas 554 contas de email no período em análise)
- Formação: 1 acção de formação de SAM, 1 acção do SGT D, 1 acção do SICO, 1 acção do SIOARS, 20 acções SGI, 15 acções de RNU e 1 acção CVE.
- Backups (diários, semanais e mensais)
- Importação e tratamento de dados (conf. Facturas/SIARS)
- Produção das listas de utentes para os rastreios regionais.
- Levantamento de necessidades e resposta a várias solicitações de informação de outras entidades externas (AMA – EAGLE, SPMS).
- Apoio e desenvolvimento do site da intranet e internet.

TRABALHOS REALIZADOS, APRESENTADOS

Neste período em análise destaca-se a concretização dos seguintes projectos:

MIM@UF – Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais

Descrição e objectivos:

O MIM@UF surgiu da necessidade de providenciar às USF's, utilizadoras de SAM/SAPE, de um módulo de informação estatística de apoio à contratualização, com informação mensal/anual, trabalhada e agregada proveniente do SIARS.

Foi instalado e mantido por este núcleo em articulação com a SPMS/AGILLE. Numa primeira fase foi disponibilizada às USF's, estando neste momento já disponível para as outras unidades (UCSP, UCC). O NSIC disponibilizou ainda um curso online na nossa plataforma CVE (Centro virtual de Ensino).

Principais Tarefas:

- Instalação e configuração do servidor
- Formação e apoio aos utilizadores
- Disponibilização de um curso online no CVE.
- Criação de utilizadores

SGTD – sistema de gestão do transporte de doentes

Descrição e objectivos:

A solução de Gestão de Transporte de Doentes é um sistema de informação que suporta as actividades e a gestão integrada do processo de transporte programado de doentes, desde a sua requisição à respectiva contabilização, no quadro de intervenção de todos os seus intervenientes, através da automatização e captura de dados das requisições de transporte, submetendo-os a um workflow de aprovação no respeito absoluto da

requisição original, criando condições imediatas para a desmaterialização do processo, em condições de absoluta transparência. Como principais objectivos:

- Desmaterialização das credenciais de transporte e dos documentos associados;
- Optimizar o processo de gestão de transportes e simplificar os procedimentos associados – adopção de práticas de trabalho mais desburocratizadas;
- Reduzir os custos operacionais e os tempos de processamento com diminuição dos prazos de pagamento;
- Melhorar a capacidade de detecção de não conformidades;
- Facilitar a disponibilização de informação de gestão.

Principais Tarefas:

- Caderno de Encargos
- Júri de avaliação de propostas
- Instalação e configuração do servidor
- Formação e apoio aos utilizadores
- Criação de utilizadores
- Gestão de conflitos

De salientar os resultados:

- Garantia da normalização e homogeneização de procedimentos nas várias Entidades;
- Renegociação dos quilómetros acordados;
- Maior transparência do processo;
- Redução dos encargos administrativos associados;
- Estabelecimento de consensos entre transportadores em concorrência;
- Várias solicitações de adesão ao SGTG;
- Entre outras

SIG – Sistema de Gestão de Informação

Descrição e objectivos:

Um conjunto de módulos desenvolvido a partir de tecnologias Open-Source, que pretende assegurar uma solução de gestão informática específica para várias áreas da Administração Regional do Algarve I.P. (ARS Algarve).

Tem como objectivos:

- Agilizar a partilha de informação e serviços entre os vários módulos disponíveis através da utilização de uma Framework comum
- Desenvolvido internamente, fomentando a segurança e a confidencialidade dos dados
- Uniformização num layout único (sempre que possível), diminuindo o tempo de aprendizagem dos utilizadores e facilitando a sua mobilidade entre serviços
- Redução de custos ao nível de: o Utilização de tecnologia Open-Source, sem custos de utilização; o Pagamento de elevados preços de manutenção; o Preço dos interfaces e/ou integrações; o Preço de adaptações/modificações necessárias de modo a reflectir o correto funcionamento da instituição
- Assegurar altos níveis de desempenho, segurança e fiabilidade
- Ser multi-plataforma e funcionar no âmbito de uma Intranet, pelo que corre através de um explorador

de Internet (browser)

- Módulo de Gestão de Taxas e Atos na Saúde que permite fazer a cobrança de qualquer acto e taxa nos cuidados primários.

Principais Tarefas:

- Levantamento de requisitos
- Instalação e configuração do servidor
- Desenvolvimento e entrada em produção do Módulo de Gestão de Taxas e Atos na Saúde
- 20 Acções de Formação e apoio aos utilizadores (90% das unidades de saúde dos ACES Central e Sotavento)
- Criação de 190 utilizadores no modulo

Implementação do Registo Nacional de Utente (RNU)

Descrição e objectivos:

Preparar e dotar as Unidades de Saúde do acesso ao RNU garantindo que a o registo e actualização dos dados dos Utentes Inscritos nas Unidades de Saúde da ARS Algarve, seja realizado numa única Base de Dados Central; Implementar um modelo de gestão que permite afastar utentes inexistentes das listas de utentes

Tem como principais benefícios:

- Plataforma web com ambiente amigável;
- Garantia de unicidade dos dados, impossibilidade de criação de registos duplicados;
- Acessibilidade facilitada aos dados dos utentes;
- Actualização em real-time da informação central e possibilidade de correcção/resolução de inscrições duplicadas ao nível das Unidades;
- Processo de inscrição esporádica de utentes facilitado;
- Histórico para praticamente todo o tipo de interacções;
- Uniformização de procedimentos;
- Processo de transferência de utentes simplificado;
- Possibilidade de registo de informação complementar (morada alternativa, contacto telefónico individual, email).

Principais Tarefas:

- Actualização dados referência do RNU (Famílias; Médicos; ...)
- 2 Acções de Formação de formadores; 15 acções de formação a utilizadores dos ACES Central e Sotavento, realizadas pela NSIC num período de 5 dias úteis.
- Geração de credenciais de acesso para 368 utilizadores com perfil administrativo:
- Configuração dos postos de trabalho
- Apoio aos utilizadores

Instalação do SAM e SAPE nos Centros de Saúde de Vila Real Sto. António, Castro Marim e Alcoutim

Descrição e objectivos:

Disponibilizar as aplicações do SAM e SAPE nos Centros de saúde que ainda não tinham e deste modo substituir o Alert-care.

Principais Tarefas:

- Instalação e configuração dos servidores (3 servidores)
- Formação e apoio aos utilizadores

Ligar processo clínico electrónico entre centros de saúde e hospitais

Descrição e objectivos:

Partilha do processo clínico através do SAM (Sistema de Apoio ao Médico) entre os Centros de Saúde e os hospitais da região (Faro e o Centro Hospitalar do Barlavento).

Visa a articulação entre os cuidados de saúde primários e hospitalares, agilizando os processos e otimizando as sinergias provenientes da articulação clínica, melhorando assim a capacidade de resposta aos doentes tanto a nível de atendimento como de tratamento.

Este processo envolveu as equipas da Informática da ARS Algarve (USIC), do CHBA e do H. Faro, com o apoio da ACSS/SPMS.

Salientar que fomos a primeira região a fazê-lo.

Principais Tarefas:

- Gestão e Articulação com as equipas dos hospitais
- Parametrização dos servidores (16 servidores)
- Apoio aos utilizadores

Utilização de software livre (open-source)

Descrição e objectivos:

Este projecto visa redução de custos de aquisição e manutenção de software proprietário.

No período em análise implementamos o seguinte software de uso livre:

- Antivírus nos postos de trabalho
- Antivírus e anti spam no servidor de emails.
- Servidor de proxy (acesso à internet)

Poupanças:

- Considerando a existência de cerca 1300 postos de trabalho e o preço médio do software antivírus (segundo a ANCP) 30 Euros por posto, a previsão de poupança é de 39000 Euros/ano.
- Desistência do uso do software Microsoft Forefront Protection for Exchange como servidor de antivírus e antisspam. Segundo a ANCP, este software tem um custo 7,02 Euros por conta. Existindo mais de 2200 contas, a poupança prevista é superior 15600 Euros/ano.
- Servidor proxy ISA, segundo a ANCP, custa 2130 Euros/por C.S. Previsão de poupança para os 16 CS é de 34080 Euros.

OBS: os valores acima não incluem os contractos de manutenção e de instalação, que se forem contabilizados aumentam a poupança efectuada.

Principais Tarefas:

- Levantamento e teste de potenciais soluções livres para substituir as atuais proprietárias. O

levantamento das soluções informáticas, assentes em tecnologias open-source, encontra-se em desenvolvimento, tendo sido já identificadas aquelas maioritariamente utilizadas na nossa instituição.

- Instalação e configuração dos servidores (proxy e smtp gateway)
- Desinstalação do antigo antivírus e instalação do novo (clamwin+sentinel)
- Apoio aos utilizadores

Informatização da Extensão de Tôr

Descrição e objectivos:

Visou a ligação da extensão de Tôr à rede da informática da Saúde (RIS) de modo a permitir aos profissionais trabalhar com as aplicações, entre outras, SAM/SAPE e SINUS.

Esta extensão também está a servir para estudo de novas formas de ligação de locais remotos à RIS e neste sentido estão instaladas 2 tipos de solução: 3G e Satélite.

Principais Tarefas:

- Estudo para escolher a tecnologia a usar (3G: optimus, tmn e Vodafone; Satélite)
- Instalação e configuração dos equipamentos (3 computadores, 3 impressoras, 1 AP/WIFI)
- Acompanhamento ao fornecedor da ligação
- Acompanhamento aos profissionais

CONSTRANGIMENTOS

Para a concretização da sua missão e desenvolvimento da sua actividade o NSIC contou com o seguinte corpo de profissionais qualificados:

- 3 Especialistas de informática
- 3 Técnicos de Informática
- 2 Técnicos Superiores. Um tem habilitações académicas para a carreira de especialista de informática e desenvolve tarefas de especialista.

Contou ainda operacionalmente, com :

- 2 Técnicos de informática (1 ACES Central e outro no ACES Sotavento)
- 1 Especialista de Informática no ACES do Barlavento.

Um dos especialistas desempenha funções de coordenação técnica do NSIC.

Desde Novembro de 2012 que uma das especialistas encontra-se em licença de maternidade e um dos técnicos com redução de horário (horário contínuo) por motivos familiares.

O grupo de pessoal de Informática destaca-se como o menos beneficiado em número de participantes, subidas na carreira e horas de formação da Instituição, não tendo frequentado

uma única acção de formação especializada desde 2006. Trata-se de grupo com necessidades específicas de actualização de competências essenciais ao eficaz desempenho das funções consideradas nucleares para a ARS Algarve.

MEDIDAS PARA UM REFORÇO POSITIVO DO DESEMPENHO

O maior desafio vai ser, no entanto, garantir e melhorar as competências técnicas dos recursos humanos deste Núcleo e manter elevados níveis de motivação e participação nas actividades. Para isso, proponho pelo menos uma acção de formação, para cada elemento, em áreas de especialização relacionadas com as suas tarefas.

14. Unidade de Administração Geral (UAG)

Assegurar a Gestão de Stocks e o Aprovisionamento de bens e serviços necessários e adequados ao funcionamento da ARS Algarve, I.P

ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

Desenvolvimento dos processos de aquisição de bens e serviços para assegurar a actividade das Unidades de prestação de cuidados de saúde, a actividade dos serviços de apoio à gestão e do Laboratório Regional de Saúde Pública, Dr.^a Laura Ayres;

- Aprovisionar os bens, gerir os stocks e distribuir os materiais de consumo clínico, administrativo e hoteleiro, necessários, para a persecução da missão da ARS Algarve, I.P.
- Aquisição de bens de investimento para apetrechar o novo Centro de Saúde de Portimão;
- Elaboração de estimativas de necessidades de aquisição para fornecer à Unidade Ministerial de Compras da Secretaria Geral do Ministério da Saúde, para efeitos de agregação de necessidades de aquisição de Seguros Automóveis, Combustíveis, Serviços de Segurança, Serviços de Limpeza e Produtos de Higiene, Papel, Economato e Consumíveis de Impressão, Comunicações Móveis, Viagens e Alojamentos, etc..
- Participação no grupo de trabalho para a desocupação e mudança de instalações dos armazéns;
- Reorganização dos materiais do armazém de forma a permitir colocar naquele espaço o arquivo da ARS Algarve;

- Participação no grupo de trabalho constituído para o apuramento dos custos do serviço de sangue do Laboratório Regional de Saúde Pública Dr.^a Laura Ayres;
- Participação no grupo de trabalho constituído para a passagem dos Serviços de Urgência Básica para o Hospital de Faro;
- Criação base de dados em Excel para o controlo dos Pedidos de autorização para a assunção de encargos plurianuais ao abrigo da Lei 8/2012, de 21 de Fevereiro (LCPA);
- Definição das necessidades para adaptação do Software “GHAF” Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia (Compras e gestão de stocks), para o cumprimento da lei compromissos;
- Definição das necessidades para integração no Software “GHAF” de um módulo de Contractos para o controlo dos processos com encargos plurianuais, ainda em desenvolvimento pela empresa ST+I.
- Controlo da execução de contractos de fornecimentos e prestações de serviços e consequente registo de facturação.

Dados estatísticos: processos desenvolvidos por tipo procedimento e categoria da despesa:

N.º de Procedimentos desenvolvidos	Bens Consumo	Fornecimentos e serviços	Investimento	Total Geral
Ajuste Direto regime geral	21	10	9	40
Ajuste Direto critérios materiais	87	4	1	92
Ajuste Direto Simplificado	110	226	41	378
Ao abrigo Acordo Quadro	1			1
Ao abrigo Catalogo SPMS	26			26
Concurso público	4	4		8
Contratação excluída	2	10		12
Negociação SPMS	10	1		11
Negociação UMC -Secretaria geral	5	7	2	14
Total Geral	266	262	54	582

Fonte: Software “GHAF” procedimentos desenvolvidos pela UAG

Dados estatísticos: faturação registada “GHAF” – ano 2012

Rubricas de Bens de Consumo	Valor (€) facturado C/ IVA
Medicamentos	1.800.538,90
Reagentes	1.437.606,86
Material Consumo Clínico	1.303.065,84
Material Consumo Hoteleiro	95.810,92
Material Consumo Administrativo	276.976,99
Material Manutenção e conservação	3.025,71
Total	4.917.025,23

Rubricas de Investimento	Valor (€) facturado C/ IVA
Edifícios e Outras Construções	119.671,23
Equipamento Básico	70.550,41
Equipamento Administrativo	110.029,05
Hardware	7.193,16
Software	162.611,23
Outras Imobilizações Corpóreas	2.369,75
Imobilizações em curso	233.108,79
Total	705.533,63

Exemplos de Rubricas de Fornecimentos e Serviços Externos (valor superior 10.000€)	Valor (€) facturado C/ IVA
Trab. Executados Exterior - MCD - Imagiologia	90.256,50
Combustíveis	150.212,34
Rendas e alugueres - Outras	67.903,03
Seguros	12.000,00
Transporte de mercadorias	43.117,31
Deslocações e estadas	13.276,52
Cons. e Rep. Assistências técnicas - Equipamento Básico	33.118,25
Cons. e Rep. Assistências técnicas - Hardware	31.654,53
Cons. e Rep. Assistências técnicas - Software	149.810,55
Cons. e Rep. Assistências técnicas - Outros	56.373,43
Cons. e reparação de Edifícios	11.565,83
Conser. e Reparação de Viaturas	20.873,24
Cons. e Reparação de Outras	30.175,43
Publicidade e propaganda	13.394,26
Limpeza, higiene e conforto	503.022,97

Vigilância e segurança	755.761,13
Lavandaria	12.493,95
Contrat. Serv. Médicos (Desp. 29533/08)	563.444,79
Contrat. Serviços Inst. MS. -Outros	17.609,80
Estudos, pareceres, proj. e cons-Outros	10.710,84
Outros trabalhos especializados	443.097,44
Out. F. S. Acordos	17.972,00
Total de Outras Rubricas não discriminadas	57.924,58
Total	3.105.768,72

Nota: Estes dados são obtidos dos registos efectuados no Software "GHAF", independentemente do utilizador pertencer ou não à UAG.

CONSTRANGIMENTOS

A Unidade de Administração Geral desenvolve a sua actividade para resposta aos serviços da ARS Algarve. As alterações ao funcionamento dos serviços trazem consequências para o desenvolvimento das actividades desta Unidade.

Assim consideram-se constrangimentos que afectaram negativamente o funcionamento desta Unidades nas seguintes situações:

- 1.º - Mais de 8 meses sem responsável do Laboratório Regional de Saúde Pública, o que provocou grandes perturbações dos concursos a desenvolver, tendo 1 sido anulado, assim como originou o atraso na elaboração das estimativas de aquisição para o laboratório e envio a esta unidade para desenvolvimento dos processos de aquisição;
- 2.º Indefinição sobre a data da passagem do serviço de Sangue do laboratório para a gestão do Instituto Português do Sangue, o que provocou a fragmentação do desenvolvimento de procedimentos de aquisição nesta área;
- 3.º Indefinição sobre a passagem para o Hospital de Faro da gestão dos Serviços de Urgência Básica (SUB's) de Albufeira, Loulé e Vila Real de Sto. António, o que provocou numa 1ª fase a fragmentação de desenvolvimento de processos e já no final do ano uma indefinição e atraso na elaboração das estimativas de aquisição para 2013;
- 4.º Não concretização do processo transferência do armazém para parque das cidades, o que exigiu alguma reorganização de espaço para colocação de arquivo da ARS;

5.º Mudança do responsável da farmácia que originou o atraso na elaboração das estimativas de aquisição para 2013 e envio a esta unidade para desenvolvimento dos processos de aquisição.

6.º Pedido de aposentação por parte de 3 elementos assistentes técnicos e consequente aposentação dos mesmos no final do ano, sem que sejam atempadamente substituídos.

15. Unidade de Gestão de Recursos Humanos (UGRH)

A gama de assuntos e problemas tratados pela Unidade de Gestão de Recursos Humanos é diversificada, abordando desde o recrutamento e selecção, entradas e saídas, procedimentos concursais, mobilidades de pessoal, capacitação e especialização, gestão e avaliação de desempenho, planeamento e mudança organizacional, diagnóstico de necessidades, encargos com pessoal, orçamentação de custos com pessoal...

Concretamente as funções desta Unidade de Gestão de Recursos Humanos estão definidas nas alíneas (a) a (i) do n.º 1 do Art.º 5.º da Portaria n.º 156/2012 de 22 de maio, sendo vocacionada apenas pela área da gestão recursos humanos.

O ano 2012 foi muito exigente, requerendo um esforço acrescido a esta Unidade para responder às inúmeras solicitações decorrentes sobretudo de alterações legislativas, mas que não deixou de ser um ano com importantes desafios, que exigiram aos profissionais um esforço na adaptação e trabalho em equipa, de forma a tentar responder a todas as solicitações.

Os efectivos desta Unidade em grande parte do tempo foram a Coordenadora da Unidade, 2 Técnicos Superiores e 1 Assistente Técnica, sendo que apenas em Novembro de 2012, integrou o serviço, mais uma Técnica Superior, proveniente do extinto IDT, IP.

Apesar de todos os esforços e atendendo ao contexto, não foi possível a esta equipa, em termos de instrumentos de gestão, ultrapassar e consolidar algumas situações, como por exemplo, a aplicação do SIADAP dentro dos normativos em vigor.

ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

A Unidade esteve envolvida em variadíssimos processos, que ultrapassam até as competências conferidas por Lei, mas processos desafiadores e enriquecedores.

Na área directamente dos Recursos Humanos:

- Actualização de dados diária em mapas e relatórios, como instrumentos de trabalho e gestão;
- Tratamento de correspondência geral, com registo e entrada e saída de todos os documentos tratados na Unidade, registam-se cerca de 2300 documentos entrados;

Apreciação e tratamento de todos os documentos, nomeadamente:

- Tratamento de processos de acumulação de funções, quer autorizados pelos ACES com necessária publicação no Diário da República e registo em mapa de acompanhamento na Unidade, e tratamento dos pedidos cuja entidade de competente autorização é o Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde, com necessidade de enquadramento legal;
- Tratamento de processos de reduções de horário, quer autorizados pelos ACES com necessária publicação no Diário da República e registo em mapa de acompanhamento na Unidade, e tratamento dos pedidos cuja entidade de competente autorização é o Conselho Directivo da Administração Regional de Saúde, com necessidade de enquadramento legal;
- Publicação de todos os actos em matéria de Recursos Humanos, em Diário da República;
- Elaboração de pedidos para cabimentação orçamental de todos os processos que representem acréscimo de encargo para a Entidade;
- Atribuição de Regimes de horário acrescido;
- Concretização e difusão das alterações impostas pela LOE 2012, respeitante a trabalho extraordinário e ajudas de custo;
- Concretização do processo de integração por fusão do ex-IDT, IP, com integração de todos os profissionais e definição e alocação aos postos de trabalho;
- Elaboração do Balanço Social referente ao Ano 2011;
- Análise de propostas e colocação de Estágios e Voluntários;
- IGAS – Resposta a 5 processos distintos, nomeadamente, 13-INS referente a processos de cedência existentes dentro e fora da entidade, 2-INS relativo à contratação de médicos na modalidade prestação de serviços, 39-INS referente à Aplicação do Regime

de Impedimentos e Incompatibilidades a pessoal Médico, 51-INS referente à avaliação da execução das políticas referentes aos recursos humanos no SNS, no tocante à organização do trabalho, cumprimento de horários e realização de trabalho extraordinário, suplementar ou adicional e 73/2012 relativo ao atendimento de Urgência nos Cuidados de Saúde Primários;

- Preparação e instrução do Processo n.º 723/11.9 – BELLE referente ao procedimento concursal para 13 postos de trabalho para Técnicos Superiores de Saúde do ramo Psicologia Clínica, para o Tribunal Administrativo e Fiscal de Loulé, num total de 5717 documentos;
- Elaboração de memorandos e de respostas a perguntas parlamentares, ministeriais, e ainda outras solicitações institucionais, nomeadamente Ordem dos Médicos, GNR, PJ, Ministério das Finanças, Sindicatos...;
- Acompanhamento e resposta a 1 Auditoria Interna;
- Colaboração com outros sectores da entidade (Saúde Ocupacional, Assessoria Financeira e de Imprensa, UAG... DSPP), nomeadamente com fornecimento de dados e mapas e informação para os jornais.
- Participação na elaboração do Plano de Actividades pelo Departamento de Saúde Pública e Planeamento, relativamente a matéria de recursos humanos;
- Preparação de dados de recursos humanos para elaboração do QUAR;
- Preparação de reuniões das ARS's, Sindicatos, COR, CRIM...;
- Aplicação do Sistema de Avaliação de Desempenho relativamente aos anos 2011 e planeamento para o ano 2012;
- Carregamento trimestral de dados de recursos humanos/efectivos no SIOE, em DGAEP.gov.pt;
- Carregamento de dados trimestrais cfr. decorre da Resolução de Conselho de Ministros 22/2012;
- Gestão, controlo e registo de dados de Greves;
- Análise de relatórios (tribunal de contas...)
- Elaboração de proposta de regulamento interno da Administração Regional de Saúde;
- Nomeações de Autoridades de Saúde;
- Nomeação das novas Direcções Executivas dos ACES Central e Sotavento;
- Nomeação dos respectivos Conselhos Clínicos;
- Orçamentação de custos com pessoal, para elaboração da proposta de orçamento da Administração Regional de Saúde do ano 2012;
- Elaboração e acompanhamento dos Mapas de pessoal cfr. modelo divulgado pela DGAEP, decorrente da Lei n.º 12-A/2008 de 27 de fevereiro;

- Apoio à integração de estagiário da ASMAL;
- Apoio aos Concursos de habilitação ao Grau de Consultor 2005 e 2012;
- No âmbito de Mobilidades Internas e Cedências de Interesse Público e Contratação de Pessoal:
- Desenvolvidos processos de prorrogação e consolidação de mobilidades – por aplicação da LOE para o ano 2012, nomeadamente junto da Administração Central do Sistema de Saúde, IP;
- Tratamento e acompanhamento de cerca de 150 processos de Mobilidades / Cedências de acordo com pedidos apresentados, inclusivamente processos de cedência dos Hospitais da Região de profissionais de saúde cedidos a outras entidades;
- Mobilidade de pessoal no âmbito da reestruturação dos Serviços do Laboratório;
- Participação no processo de atribuição do Serviço de Sangue do LRSP ao IPST, IP;
- Controlo de entradas e saídas, com registo consequente em mapas dinâmicos e instrumentos de trabalho, por motivos vários;
- Desenvolvimento de processos de colaboração através de Protocolo e revisão de protocolos, nomeadamente no âmbito da Pedopsiquiatria celebrado com o Hospital D. Estefânia;
- Desenvolvimento da Contratação de 4 Médicos Aposentados, por aplicação do Decreto-Lei n.º 89/2010, de 21 de Julho, nesta Administração Regional de Saúde, e proposta de contratação de Médicos aposentados para os Hospitais da Região;
- Análise, enquadramento e submissão a parecer de propostas de Contratação dos Hospitais, Código Trabalho e Prestação de Serviços e interação com a Administração Central do Sistema de Saúde, IP no tratamento e seguimento dos mesmos;
- Celebração de todos os contratos concludentes de procedimentos concursais - Ass. Técnicos (8 profissionais), A. Operacionais (17 profissionais), Médicos de Medicina Geral e Familiar e de Saúde Pública e Chefes de Serviço de Saúde Pública, Nutricionistas (1), Enfermeiros (26);
- Abertura, desenvolvimento e conclusão de procedimentos concursais, e procedimentos simplificados, nomeadamente para pessoal Médico, recém-especialistas, de Enfermagem, Assistente Técnico, Assistente Operacional, Técnicos Superiores de Saúde;
- No âmbito da aplicação e monitorização das Medidas do Memorando de Entendimento:
- Levantamento de necessidades de pessoal Médico, e monitorização, com report à Administração Central do Sistema de Saúde, IP;
- Mapa de vagas para a colocação de internatos médicos;

- Tratamento de dados para Acordo Quadro para contratação de serviços Médicos no ano 2012 – Despacho Genérico;
- Revisão de todos os horários de trabalho dos profissionais dos ACES;
- Desenvolvimento do processo de implementação do sistema de controlo biométrico para todos os serviços da Sede;
- No âmbito de alterações legislativas:
- Participação na proposta de alteração dos Estatutos da Administração Regional de Saúde e reorganização da estrutura;
- Processo do PREMAC na Administração Regional de Saúde;
- Processo de fusão por extinção do IDT, IP, e integração dos profissionais e atribuições, com participação ativa e em reuniões com o SICAD;
- Participação no processo de transição dos SUB's ao HF, EPE - reuniões, trabalhos, preparação de dados, memorandos e relatórios
- Acompanhamento dos registos e tratamento de dados de Pessoal Médico, no âmbito do Portal de Receitas e Vinhetas, nova forma de emissão electrónica de vinhetas.

No âmbito da Actividade do Núcleo de Formação:

O Núcleo de Formação tem como objectivos:

- Identificar as necessidades no domínio das competências dos profissionais de saúde da ARS Algarve.
- Identificar as necessidades, no âmbito da formação contínua, de acordo com as unidades de competência caracterizadas;
- Operacionalizar as várias fases do processo de formação dos profissionais da ARS Algarve;
- Monitorizar os processos de avaliação das unidades de competência trabalhados;
- Constituir uma bolsa de formadores acreditados em áreas sinalizadas;
- Contribuir para a construção de um quadro de orientação específica de formação contínua para os profissionais de saúde da Região;
- Identificar as organizações/estruturas regionais que contribuam para o desenvolvimento dos processos de aquisição de competência (Universidade do Algarve, estruturas de formação dos hospitais, outros).

Para concretização dos mesmos foram realizadas, durante o ano de 2012, 50 (cinquenta) actividades formativas, distribuídas da seguinte forma:

- 21 (vinte e uma) co-financiadas pelo POPH

- 3 (três) co-financiadas pelo POCTEP (Programa transfronteiriço)
- 23 (vinte e três) não cofinanciadas
- 3 (três) eventos (Seminário da 4ª Semana do Bebê, Peça de teatro “Óscar e a Sr.ª Cor de Rosa” e Tertúlia Cinematográfica “Cenas das Nossas Vidas”)

Globalmente foram abrangidos 1008 (mil e oito) formandos perfazendo um total de 643 (seiscentas e quarenta e três) horas de formação.

Os custos estimados com a formação foram de 505.953,51€ tendo-se gasto efectivamente 164.059,40€.

Compete também a este Núcleo de Formação a constituição de processos referentes a Comissões Gratuitas de Serviço Nacionais e Estrangeiras, assim foram solicitadas 48 (quarenta e oito) Comissões Gratuitas sendo 20 (vinte) nacionais e 28 (vinte e oito) para o estrangeiro.

No ano 2012, o Núcleo de Formação contou com a colaboração de 1 Técnico Superior, 1 Assistente Técnico, 1 Enfermeiro Responsável e simultaneamente executante e um Técnico Superior a meio tempo.

No âmbito do Serviço de Pessoal e Vencimentos:

O Serviço de Pessoal/Vencimentos em 2012 teve de responder a inúmeras solicitações decorrentes de alterações legislativas e informáticas.

Sendo que em 2011 os processos de vencimentos eram elaborados pela aplicação Meta4-Somos Pessoas e dado que por imposição superior, a ARS Algarve teve de cessar o contrato com a Meta4 – Somos Pessoas e aderir novamente à aplicação RHV, aplicações com funcionamento totalmente distinto e um prazo restrito, Janeiro e Fevereiro 2012 para o iniciar, foi portanto um desafio importante de muita responsabilidade dado que estavam em causa os vencimentos de todos os profissionais da ARS Algarve (cerca de 1600).

Ainda no âmbito da aplicação de vencimentos o RHV, no mês de Dezembro 2012 pôs em prática a nova plataforma, o que veio trazer para este serviço a necessidade de adquirir mais conhecimentos, efetuar formação, saber lidar com o controle remoto, mais moroso e com constantes problemas. Foi um ano de evolução permanente e exigente a nível informático. Foram superadas as dificuldades, o processo decorreu sem percalços ou ruídos.

Os profissionais da equipa tiveram a competência e eficácia necessária para o sucesso, até reconhecido pelas entidades com as quais trabalhamos.

Em termos legislativos não foi menos trabalhoso ou fácil. Para além da aplicação do orçamento 2012, no que diz respeito aos processos dos diversos abonos (horas extraordinárias, suplementos, ajudas de custo, transportes etc) legislação que saiu a nível de descontos IRS, ADSE, CGA etc Também a nível de carreira de enfermagem actualizar em Janeiro de 2012 as remunerações de acordo com o decreto-lei 122/2010 de 11-9.

Em relação aos ACES, um elevado esforço na conferência dos movimentos enviados quer a nível de assiduidade, horas extraordinárias e ajudas de custo, transportes para cumprimento da circulares e despachos do CD e controlo orçamental, para que se verificasse o cumprimento da lei.

Dar apoio aos elementos que efectuaram a auditoria efectuada à ARS Algarve no âmbito de processamento de vencimentos.

Dar resposta a inúmeros pedidos de mapas quer a nível superior, quer a nível dos diversos serviços da Sede e ACES.

No mês de Dezembro reuniões e tratamento de dados a nível da aplicação de vencimentos RHV, relativamente a fusão do IDT, I.P.

Após descrição dos desafios relevantes deste serviço, indicam-se as tarefas que já são mais rotineiras a efectuar:

- Elaboração ao longo do ano de mais de cinquenta pedidos de aposentação e juntas médicas.
- Preparação e envio para publicação de todos os atos em matéria de recursos humanos em diário da república
- Gravação no RHV da assiduidade da Sede e ACES
- Contagem mensal de trabalho extraordinário e suplementar da Sede e ACES e a respectiva gravação na aplicação RHV
- Contabilização de ajudas de custo, transporte e respectivo tratamento informático
- Introduzir novos profissionais mensalmente
- Cessar funções de profissionais mensalmente
- Introdução de dados das despesas de saúde da ADSE, na ADSE direta, elaboração de protocolos e sua expedição
- Envio de cartões da ADSE para os profissionais e seus descendentes
- Ofícios de resposta aos tribunais, finanças ou solicitadores sobre descontos judiciais e fiscais

- Inscrever profissionais que iniciam funções na CGA, ADSE e Segurança Social.
- Dar conhecimento da cessação de função de profissionais na CGA, ADSE e Segurança Social.
- - Efectuar o arquivamento de todo o expediente relativo a cada profissional no seu processo individual
- - Elaborar declaração solicitadas pelos profissionais
- - Atendimento telefónico e presencial dos profissionais nomeadamente os dos ACES que detêm inúmeras dúvidas.
- - Colaborar com os Recursos Humanos no balanço social
- - Informar os requerimentos de alterações e pedidos de férias da Sede
- - Elaborar os planos de férias da sede
- - Submeter candidaturas de CEI's ao IEF
- - Preencher pedidos de seguros pessoais e remeter à companhia de seguros os impressos necessários relativamente aos CEI's
- - Elaborar contratos dos CEI's da Sede
- - Processar manualmente os CEI's de todos os ACES e Sede.
- (ACES Barlavento-29; ACES Central-14; ACES Sotavento-19; Sede-5)
- - Elaborar todos os mapas necessários ao fecho das candidaturas do IEF
- - Preparar os mapas de descontos para a contabilidade para pagamento às diversas entidades
- - Gerar e conferir os ficheiros da CGA, ADSE e Segurança Social, Contabilidade e DGT
- - Elaboração do orçamento da ARS Algarve nos custos respeitantes a despesas com pessoal.
- - O Serviço de Pessoal /Vencimentos no ano 2012 dispôs de 8 elementos
- - Um elemento que desde Julho de 2012 não se encontrou ao serviço por situação de gravidez de risco e maternidade
- - Um elemento que foi transferido da contabilidade para este serviço em Agosto, mas continuou a efectuar tarefas para a contabilidade
- - Um elemento em regime de CEI desde Maio /2012
- Neste contexto poderei afirmar que ao longo do ano só cinco elementos colaboram na íntegra.

CONSTRANGIMENTOS

Dado a descrição de tarefas que neste serviço se devolve e tudo o que nos é solicitado, digamos que seria necessário pelo menos dez ou doze profissionais, mas o espírito de

equipa, competência, eficácia e compreensão dos profissionais contribuiu para que o ano terminasse com os objectivos superados.

16. Departamento de Contratualização (DC)

Ao Departamento de Contratualização, abreviadamente designado por DC, de acordo com o definido na Lei Orgânica da ARS Algarve I.P., compete participar na definição dos critérios para a contratualização dos serviços de saúde e ainda:

- Propor a afectação de recursos financeiros às instituições ou serviços integrados ou financiados pelo SNS ou entidades de natureza privada com ou sem fins lucrativos, que prestem cuidados de saúde, que actuem no âmbito das áreas dos cuidados continuados integrados e dos programas de intervenção local nos comportamentos aditivos e nas dependências;
- Preparar e acompanhar o processo de contratualização e revisão de contratos no âmbito das parcerias público-privadas, e propor a afectação dos respectivos recursos financeiros;
- Preparar e acompanhar a celebração e a execução dos contratos, protocolos e convenções de âmbito regional, bem como efectuar a respectiva avaliação no âmbito da prestação de cuidados de saúde, dos cuidados continuados integrados e dos programas de intervenção local nos comportamentos aditivos e nas dependências;
- Assegurar a avaliação de desempenho das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, de acordo com as políticas definidas e com as orientações e normativos emitidos pelos serviços e organismos centrais competentes nos diversos domínios de intervenção;
- Propor a realização de auditorias administrativas e clínicas.

Compete ainda ao DC, no âmbito da sua área de intervenção, proceder à difusão das normas e orientações técnicas e de outros instrumentos de apoio técnico à actividade dos estabelecimentos de saúde, apoiar a sua implementação e monitorizar a sua execução.

Contratualização com unidades e estabelecimentos de saúde, designadamente Hospitais do SNS e Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), bem como a gestão de contratos em regime de Parceria Público-privada.

Gestão de programas de saúde -Programa Nacional para a Promoção da Saúde Oral (PNPSO) e Rastreio da Retinopatia Diabética.

Gestão do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) e outras Convenções e Acordos com entidades do sector privado e social.

ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

O ano de 2012 foi, ainda, um ano de transição entre a antiga e a nova estrutura das ARS, pelo que o Departamento não desenvolveu plenamente as atribuições que lhe estão cometidas, dado que algumas delas (especialmente as prosseguidas pelo ex-IDT) continuaram a ser desenvolvidas pelas anteriores estruturas até à sua extinção e plena integração nos novos serviços. Por outro lado, a falta de recursos humanos inviabilizou a transição de funções que estavam atribuídas a outros serviços e que transitaram para o Departamento – como é o caso da gestão de Convenções e Acordos.

As actividades desenvolvidas pelo Departamento nas diversas áreas funcionais foram as que passamos a descrever, de uma forma sintética, nos pontos seguintes.

- Contratualização com unidades e estabelecimentos de saúde, designadamente Hospitais do SNS e Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), bem como a gestão de contractos em regime de Parceria Público-Privada
- Gestão do contrato CMR Sul
- Monitorização do Contrato de Gestão

Monitorização e acompanhamento do Contrato de Gestão do Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul (Centro), nas suas diversas vertentes – produção, monitorização e avaliação do desempenho da Entidade Gestora do Centro (EGC).

As tarefas desenvolvidas no âmbito desta actividade, no domínio da produção, consistiram, fundamentalmente, no acompanhamento da execução da produção contratada e na validação informação disponibilizada nos sistemas de informação da Entidade Gestora;

Na vertente de monitorização e avaliação do desempenho, procedemos ao acompanhamento e validação do grau de cumprimento dos parâmetros de desempenho de serviço, parâmetros de desempenho de resultados e inquéritos de satisfação aos utentes.

Facturação

Validação, conferência e verificação da produção da factura-acerto mensal apresentada pela Entidade Gestora do Centro sobre a actividade realizada.

Validação dos serviços clínicos efectivamente prestados pelo Centro no mês a que se refere a factura, através da comparabilidade entre a informação extraída directamente do Sistema de Informação de Avaliação de Desempenho (SIAD) e a informação apresentada pela EGC, na factura-acerto. Validação da produção realizada a utentes beneficiários de terceiros pagadores no SIAD e na aplicação informática de suporte à gestão clínica (Trakcare).

Elaboração de informação ao Conselho Directivo da ARS Algarve e ofício ao Centro a informar da aceitação ou devolução, esta última quando existem desconformidades na factura acerto.

Referenciação de Utentes

Esclarecimento de dúvidas e outras questões sobre os procedimentos para referenciação de utentes para o Centro colocadas pelos utentes, médicos, Centros de Saúde, entre outros.

Relatórios de Acompanhamento

Tratamento de dados, produção estatística e de informação para a elaboração dos relatórios trimestrais de acompanhamento da execução da produção, um relatório de avaliação de desempenho global e um relatório com o valor apurado para o pagamento de reconciliação.

Auditoria

Realização de uma Auditoria aos Recursos Humanos do Centro.

Outros

Verificação e validação da informação que consta nas aplicações do Centro (SIAD e Trakcare).

Acompanhamento das Obrigações Contratuais.

Cuidados de Saúde Primários

Neste domínio o Departamento desenvolveu as seguintes actividades:

- Participar em reuniões na ACSS para a definição da metodologia e indicadores de desempenho, em colaboração com as outras regiões;
- Desenvolvimento do processo de contratualização externa com os ACES – análise dos três planos de desempenho; negociação dos indicadores de desempenho e elaboração das minutas dos contratos-programa;
- Análise e emissão de pareceres sobre as Cartas - compromissos negociadas pelos Directores Executivos dos ACES com as USF's;

- Avaliação de desempenho das USF Modelo B para atribuição de incentivos financeiros e elaboração do respectivo relatório.

Hospitais

Neste domínio o Departamento desenvolve as seguintes actividades:

- Participar em reuniões na ACSS para a definição da metodologia e indicadores de desempenho, em colaboração com as outras regiões;
- Desenvolvimento do processo de contratualização com os Hospitais SNS da região – análise dos planos de desempenho propostos pelos hospitais e negociação dos contratos-programa e elaboração das respectivas minutas;
- Acompanhamento da execução dos contratos;
- Avaliação do desempenho em 2011, tendo em vista a atribuição dos incentivos institucionais;
- Participação em reuniões com os Hospitais, tendo em vista a reorganização da rede hospitalar da região e emissão de pareceres.

Gestão de programas de saúde -Programa Nacional para a Promoção da Saúde Oral (PNPSO) e Rastreio da Retinopatia Diabética

Monitorização

Monitorizar e acompanhar a execução do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, nas suas várias vertentes, Saúde Oral Grávidas, Saúde Oral Pessoas Idosas (SOPI), Saúde Oral Crianças e Jovens Escolarizados (SOCJ), Saúde Oral Crianças e Jovens - Idades Intermédias (SOCJi), Saúde Oral Infantil (SOI) e Saúde Oral pessoas infectadas por HIV/Sida.

Facturação

Validação, conferência e verificação da facturação constantes nos pedidos de pagamentos solicitados e enviados pelos médicos dentistas/ estomatologistas aderentes ao PNPSO e elaboração da respectiva informação.

Adesão ao PNPSO

Processar adesão: validação dos pedidos de adesão dos médicos dentista/ estomatologistas, após entrega na ARS do comprovativo de inscrição na respectiva Ordem, da cópia da licença de funcionamento do local onde são prestados os cuidados de saúde oral, do comprovativo de

inscrição na ERS e da declaração de compromisso devidamente assinada pelo médico aderente e Director Clínico, com o qual se inicia a vigência do contrato de adesão.

Cancelar adesão: cancelar a adesão do médico dentista/ estomatologista, se não houver coerência de dados, indicando o motivo para o cancelamento (dados incorrectos ou desistência).

Excluir adesão: excluir temporária ou definitivamente médicos aderente ao PNPSO, indicando o motivo da acção.

Aceitar rescisão: validar pedidos de rescisão de médicos dentista/ estomatologista, após a entrega na ARS do pedido de cancelamento de contrato no âmbito do PNPSO, devidamente assinado pelo médico dentista/ estomatologista e Director Clínico.

Apoio telefónico, por escrito e presencial

Esclarecimento de dúvidas e outras questões, no âmbito do PNPSO, colocadas pelos utentes, médicos dentistas/ estomatologistas, Centros de Saúde, entre outros;

Formação de primeira linha da aplicação SISO, prestando todas as informações e esclarecimentos relacionados quer com o programa quer com a aplicação informática;

Elaboração das propostas de resposta às exposições/ reclamações de utentes no âmbito do PNPSO.

Cancelamento de cheques-dentista

Cancelar referenciação da Saúde Oral Crianças e Jovens Escolarizados (SOCJ) a pedido do Gestor Local de Saúde Oral.

Relatórios de Acompanhamento

Elaboração do relatório de acompanhamento anual da execução do PNPSO, através da informação extraída da aplicação SISO.

Auditoria Interna

Realização de uma auditoria Interna ao Programa a nível nacional, com a integração de um dos elementos do Departamento de Contratualização na Equipa Regional de Auditoria.

Outros

Envio regular de sugestões e propostas de melhoria do Sistema Informação da Saúde Oral (SISO) à Equipa da Saúde Oral da DGS.

Participação em reuniões nacionais para discussão/ contributos técnicos para preparação, implementação e execução do Programa.

Rastreio da Retinopatia Diabética

Monitorização

Monitorizar e acompanhar a execução e operacionalização do Programa de Rastreio e Tratamento da Retinopatia Diabética dos dois centros de rastreio: Hospital de Faro, EPE. e Centro Hospital do Barlavento Algarvio, EPE.

Facturação

Validação, conferência e verificação da facturação mensal apresentada pelos dois centros de rastreio, sobre a actividade realizada.

Elaboração de informação ao CD e ofício aos hospitais a informar da actividade realizada e do valor a pagar a cada centro de rastreio.

Protocolo

Elaboração de proposta de protocolos a estabelecer com os respectivos centros de rastreio.

Apoio telefónico, por escrito e presencial

Esclarecimento de dúvidas e outras questões, colocadas pelos utentes, Hospitais, Centros de Saúde, entre outros;

Formação de primeira linha da aplicação da Retinopatia Diabética, prestando todas as informações e esclarecimentos relacionados quer com o programa quer com a aplicação informática.

Convocatórias

Produção e envio de convocatórias aos utentes – quinzenalmente são enviadas convocatórias individuais aos utentes elegíveis para rastreio.

Notificação aos médicos de família/ Centro de Saúde

Envio mensal da lista de utentes convocados por médico de família.

Depois de validada a informação enviada pelo Hospital, notificação do médico de família, por e-mail, sobre o resultado dos exames realizados aos utentes do seu ficheiro clínico.

Relatórios de Acompanhamento

Elaboração de um relatório analítico de acompanhamento da execução do Programa,

Outros

Contributos para o desenvolvimento operacional e melhorias do sistema de informação da aplicação informática da Retinopatia Diabética.

Gestão do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) e outras Convenções e Acordos com entidades do sector privado e social

Com se referiu anteriormente a generalidade das actividades previstas nesta área continuaram, ainda, a ser executadas pelos serviços que tinha esta atribuição, ocorrendo a transferência para o Departamento apenas em 2013. Assim as actividades desenvolvidas nesta área incidiram apenas na gestão do SIGIC como se segue.

Monitorização da actividade nos HD

Acompanhamento semanal dos episódios transferidos, na iminência de ultrapassar o tempo máximo de resposta garantido, assim como daqueles que já o ultrapassaram.

Acompanhamento do circuito dos processos clínicos, do hospital de origem para o hospital de destino, monitorizando o registo da sua recepção.

Monitorização da actividade nos HO

Análise dos episódios duplicados ou que apresentaram problemas no “estado” ou de integração (SONHO/ SIGLIC), com reporte ao Helpdesk/ UCGIC.

Acompanhamento do circuito dos processos clínicos, desde logo que o HD devolve os mesmos em tempo útil.

.Gestão de Desconformidades

Análise e decisão das desconformidades automáticas geradas pelos hospitais convencionados. Aplicação de penalizações aos hospitais convencionados.

Nota: em 2012 as desconformidades automáticas foram suspensas pela UCGIC, mantendo-se apenas as penalizações directas.

Facturação

Validação, conferência, verificação mensal da facturação dos hospitais convencionados e elaboração do respectivo relatório (que inclui o apuramento final da facturação a subsistemas, à ACSS e aos hospitais de origem da região, assim como dos valores a pagar a cada hospital convencionado).

Registo da recepção dos episódios no SIGLIC e a respectiva conclusão financeira de cada episódio cirúrgico validado e pago pela ARS.

Relatórios de acompanhamento

Organização e tratamento de dados, produção estatística e de informação para subsequente elaboração dos relatórios de acompanhamento trimestrais e anual, assim como de estudos e informações específicas.

Gestão das convenções

Actualização das convenções, a pedido dos hospitais convencionados, relativamente à inserção ou suspensão de procedimentos (ICD9), de médicos e de outros recursos humanos afectos a cada convenção.

Cancelamento/ reemissão de VC/NT

Processamento diário das recusas de transferência dos utentes (vales-cirurgia e notas de transferência).

Processamento diário dos pedidos de emissão e de reemissão de vales-cirurgia.

Movimentos de episódios

Devolução de episódios transferidos para os hospitais de origem, a pedido destes.

Gestão dos pedidos de devolução de episódios, submetidos pelos hospitais convencionados e com informação aos hospitais de origem.

Análise, decisão e registo dos pedidos de suspensão da contagem do tempo de espera (pendentes plausíveis, administrativos ou outros) relativos a episódios transferidos para hospitais convencionados.

Apoio telefónico, por escrito e presencial

Esclarecimento de dúvidas e de outras questões, no âmbito do SIGIC, colocadas pelos: utentes, hospitais de origem, hospitais de destino, centros de saúde, Gabinete do Utente/ atendimento Loja do Cidadão, entre outros.

Análise de casos e elaboração das propostas de resposta às exposições/ reclamações de utentes, no âmbito do SIGIC ou apoio à sua elaboração (quando têm origem no Gabinete do Utente).

Outros

Realização de auditorias à facturação, entre outros estudos, designadamente exploratórios.

Envio regular, à UCGIC, de sugestões e de propostas de melhoria operacional do Sistema Informático de Gestão de Inscritos para Cirurgia, bem como de contributos mais genéricos, no âmbito do SIGIC;

Participação em reuniões nacionais de coordenação do SIGIC e discussão/ contributos técnicos para apoio à elaboração de legislação e outros instrumentos de regulação e operacionais (Manual SIGIC, etc.);

Autorização de próteses cujo valor exceda 200€, sob parecer do hospital de origem quanto à sua necessidade/ relevância clínica.

Outras Actividades

Para além das atribuições acima referidas o Departamento desenvolveu, ainda outras actividades, de natureza pontual, designadamente:

- Emissão de pareceres sobre o processo de reorganização dos serviços de urgência na região;
- Prestação de informações sobre a parceria do CMFRSUL à Direcção Geral do Tesouro e à ACSS;
- Análise de relatórios de auditoria externa e prestação de informação relativa às suas áreas de competência, designadamente às seguintes entidades: Tribunal de Contas e Direcção Geral do Tesouro;
- Colaboração técnica com a ACSS no âmbito da revisão dos Contratos e Acordos de Colaboração com IPSS e Entidades Privadas;
- Elaboração de informações internas solicitadas pelo CD e/ou outras Unidades Orgânicas.

Tabela 31: A estatística global de produção de documentos (saídos) do Departamento é a que segue, por área de actividade:

Actividade ~ DC	2012					Total
	Informações	Relatórios	Parecer	Ofícios	E-mails	
CMR Sul	36	1		134	134	305
CSP	2					2
Hospitais	8			3		11
Outros	5		1	1	27	34
PNPSO	43			44	598	685
Retinopatia	13			10.233	523	10.769
SIGIC	14	16		35	5.145	5.210
USF	6	1		2		9
Total	127	18	1	10.452	6.428	17.026

CONSTRANGIMENTOS

- Para desempenhar cabalmente as funções atribuídas ao Departamento será necessário um reforço de recursos humanos para a áreas de contratualização com entidades com as Unidades de Saúde e Gestão de Acordos e Convenções.
- No âmbito da URGIC/ SIGIC e da Contratualização com os Hospitais SNS, o apoio de médico codificador/ auditor é muito relevante para a qualidade global destas actividades, designadamente ao nível da validação da facturação SIGIC, que requer um controlo sistemático e técnico-clínico não disponível no momento, mas também no sentido de planear e executar auditorias clínicas regulares à actividade SIGIC nos hospitais convencionados. A ausência deste apoio clínico é um importante constrangimento à actividade.
- No âmbito da Gestão do Contrato com o CMR Sul, é necessário o apoio de médico para a realização de auditorias clínicas. A ausência de formação específica na área de auditoria (organização, execução, relatório e pareceres) tornar-se num constrangimento à actividade.
- No âmbito do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral, é necessário reforçar a articulação entre os Coordenadores Locais de Saúde Pública, por ACES, e o Coordenador Regional do PNPSO - para que assegurar que são estabelecidos e aplicados procedimentos comuns na implementação do Programa nas suas diversas vertentes – bem como uma actuação mais proactiva da Coordenação Regional, para obviar a que o Departamento assuma atribuições que não lhe estão cometidas e para as quais não tem competências específicas.

- No âmbito do Programa de Rastreio e Tratamento da Retinopatia Diabética, é necessário uma abordagem de natureza clínica e epidemiológica, própria da área de Saúde Pública, pelo que a responsabilidade pela execução do Programa transitou para o Departamento de Saúde Pública e Planeamento (núcleo de Rastreios) no ano de 2013.
- No âmbito do rastreio da Retinopatia Diabética é desejável um papel mais activo da Coordenação Regional do Programa Nacional de Prevenção e Controlo no acompanhamento e na execução do Programa de Rastreio e Tratamento da Retinopatia Diabética, a nível regional.
- É fundamental promover uma integração da aplicação informática “Gestão da Retinopatia” com as várias aplicações informáticas de gestão clínica, existentes nos cuidados de saúde primários (SAM, Medicine One, Vitacare, entre outros), de modo a permitir que a informação clínica resultante do Programa esteja facilmente disponível para os médicos de família e outros profissionais de saúde da área dos cuidados de saúde primários.

MEDIDAS PARA UM REFORÇO POSITIVO DO DESEMPENHO

Formação na área das “técnicas de apoio administrativo”, para a Assistente Técnica que presta apoio às diversas áreas do departamento, com especial enfoque na gestão documental.

Formação específica para Técnicos Superiores na área da auditoria, elaboração de relatórios e ferramentas estatísticas (SPSS e outros, para apoio ao desenvolvimento de estudos).

Para uma melhoria do desempenho é necessário o reforço do quadro técnico do Departamento e a formação do pessoal nas áreas anteriormente identificadas.

17. Programas de Saúde

17.1. Núcleo de Rastreios e Doenças Oncológicas

As neoplasias constituem a 2^a causa de morte no País, com profundo impacto nos doentes, nos familiares, na sociedade em geral, traduzindo-se num elevado nº de anos de vida perdidos e num consumo dos recursos de saúde do país e das regiões. As estratégias de actuação perante estas doenças visam a intervenção nos factores de risco identificados, a detecção precoce das lesões em estádios iniciais e o tratamento em centros integrados numa rede de referência a

diversos níveis, desde a prevenção e rastreio ao diagnóstico e tratamento, terminando na reabilitação e nos cuidados paliativos. A estratégia global visa a diminuição da mortalidade e da morbilidade por cancro, a melhoria da qualidade de vida e a satisfação dos utentes com os cuidados prestados.

Ao Núcleo de Rastreios compete a articulação, informação, monitorização e avaliação de cada programa de rastreios, de acordo com as estratégias nacionais e regionais implementadas pelo Ministério da Saúde e pela ARS Algarve, bem como avaliar e implementar os Sistemas de Informação dos programas de rastreios e criar uma plataforma de apoio aos programas, como forma de acesso, informação e divulgação.

Durante o ano de 2012, o Núcleo de Rastreios desenvolveu a sua actividade essencialmente na área do rastreio do cancro da mama e cancro do colo do útero, bem como na preparação para a implementação do rastreio do cancro do cólon e recto.

Figura 7: Programas de Rastreio, periodicidade e população alvo no Algarve

Programas Rastreio	Periodicidade	População Alvo por ciclo
PRC Mama	2/ 2 anos	60 000
PR CC Utero	3/3 anos	140 000
PRCC Recto (em fase de estudo)	PSOF-2/2;	120 180

Fonte: Núcleo de Rastreios

▪ Programa de Rastreio do Cancro da Mama

O cancro da mama é o cancro mais frequente na mulher sendo que um em cada seis óbitos por neoplasia, são da responsabilidade deste tipo de cancro. Em Portugal cerca de 4.400 casos/ano são detectados e ocorrem 1.500 óbitos/ano, por esta causa.

Pode ser diagnosticado precocemente realizando uma mamografia. Quando diagnosticado precocemente tem um excelente prognóstico. Assim um rastreio sistemático de base populacional, assente numa estrutura organizacional que assegure a monitorização de todo o processo, a partilha de informação entre os cuidados primários e os hospitalares, com controlo de qualidade nos diferentes níveis é um dos alicerces das estratégias de saúde de uma região.

A prevenção, diagnóstico e intervenção precoce com monitorização de todo o processo e integração numa rede de referência oncológica é essencial para a diminuição da morbimortalidade e para a melhoria da qualidade de vida das mulheres. Iniciado em Setembro de 2005 pela Administração Regional de Saúde do Algarve IP, em parceria com a Associação

Oncológica do Algarve, o Hospital de Faro EPE e o Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio EPE, realizou a 1ª volta de Setembro de 2005 a Janeiro de 2008, iniciou a 2ª volta em Janeiro de 2008, terminando em Maio de 2010 e a 3ª volta de Maio de 2010 a Junho de 2012, iniciando nessa altura a 4.ª volta do rastreio que se encontra a decorrer neste momento.

Inicialmente dirigido ao grupo etário dos 50 aos 65 anos de idade, na 2ª volta foi alargado até aos 67 anos e na 3ª volta até aos 69 anos. As mulheres do grupo alvo recebem convocatória por carta para efectuar a mamografia no seu Centro de Saúde, sendo o Rastreio efectuado numa unidade móvel que percorre todos os concelhos do Algarve.

Os parceiros deste programa de rastreio são:

- Associação Oncológica do Algarve, entidade responsável pela realização das mamografias de rastreios de acordo com a metodologia preconizada; leitura independente dessas mamografias por dois médicos radiologistas; informação ao Núcleo de Rastreios de todos os resultados obtidos.

A equipa de técnicos da AOA que colaborou no rastreio em 2012 é a mesma que actualmente colabora e é composta por 3 médicos radiologistas e 5 técnicas de radiologia. O apoio administrativo durante o ano 2012 foi inteiramente fornecido pela AOA, conforme o acordado nas reuniões periódicas do Grupo Coordenador.

- Os dois hospitais da região HF, EPE e CHBA que dispõem de equipas de referência e consulta de senologia e ou Equipa de Decisão Diagnóstico e Terapêutica da Mama, para diagnóstico e tratamento das utentes referenciadas, trabalhando em articulação com o NR e os centros de saúde.

Em 2012, todas as consultas de aferição foram realizadas nos Hospitais da área de referência, das utentes.

ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

No ano de 2012 o Rastreio do Cancro da Mama, terminou a 3.ª volta nos concelhos de Lagos, Portimão e Faro e iniciou a 4.ª volta nos concelhos de Alcoutim, Castro Marim, Vila Real Santo António, Tavira e Olhão.

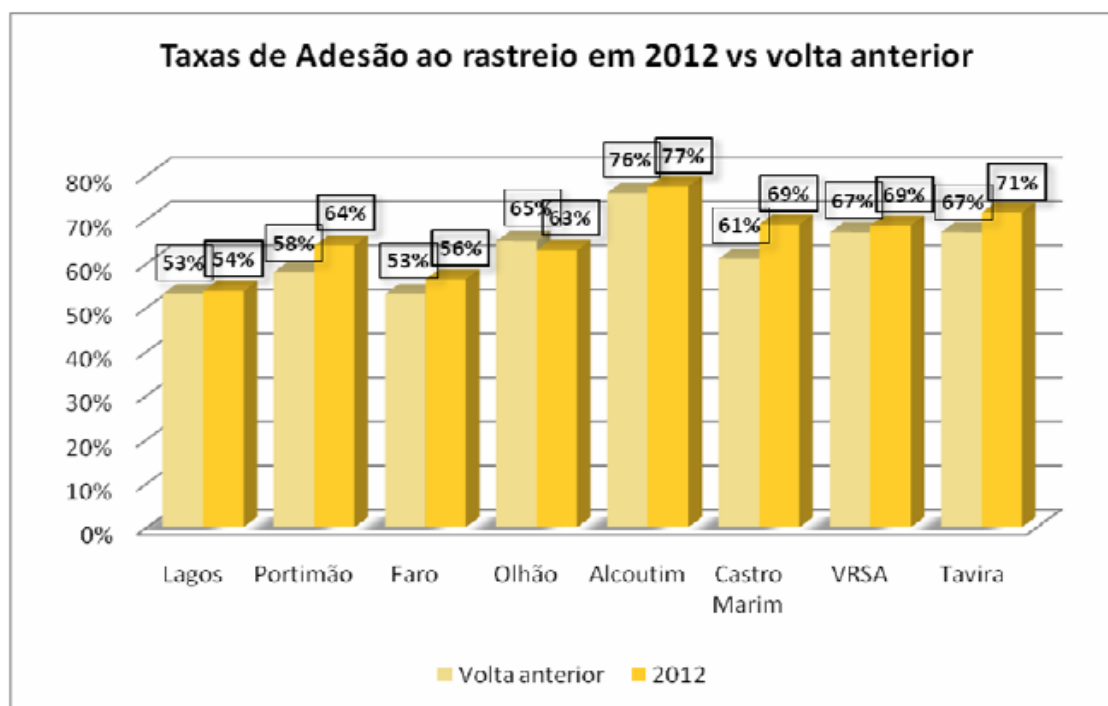
Foram convocadas 33.809 mulheres, das quais 5.234 foram excluídas, 17.706 aderiram ao rastreio do cancro da mama, sendo que 17.450 tiveram resultado de mamografia negativo e 256 tiveram necessidade de realizar mais exames complementares de diagnóstico e a referida consulta de aferição.

Todas as consultas de aferição passaram a ser realizadas em âmbito hospitalar garantido assim uma maior qualidade e maior comodidade para as utentes.

Com base nestes dados calculou-se a taxa de adesão que é de 65%, a taxa de aferição que é de 1,4%, a taxa de detecção é de 3,4‰ e o VPP da Mamografia é de 24% e o da Aferição é de 82%. Criou-se um novo protocolo com o Hospital de Faro, o qual ainda aguarda ser assinado pelas entidades competentes. Implementou-se o sistema de registo Clínico de patologia mamária (VC Breast), no entanto verificam-se graves problemas de acesso ao referido programa pelo que foi pedida a ajuda e colaboração do CD da ARS Algarve e do Departamento Jurídico.

Iniciou-se o estudo para a implementação de um sistema de informação para o programa de rastreio do cancro da mama que irá ser desenvolvido por um técnico superior da USIC.

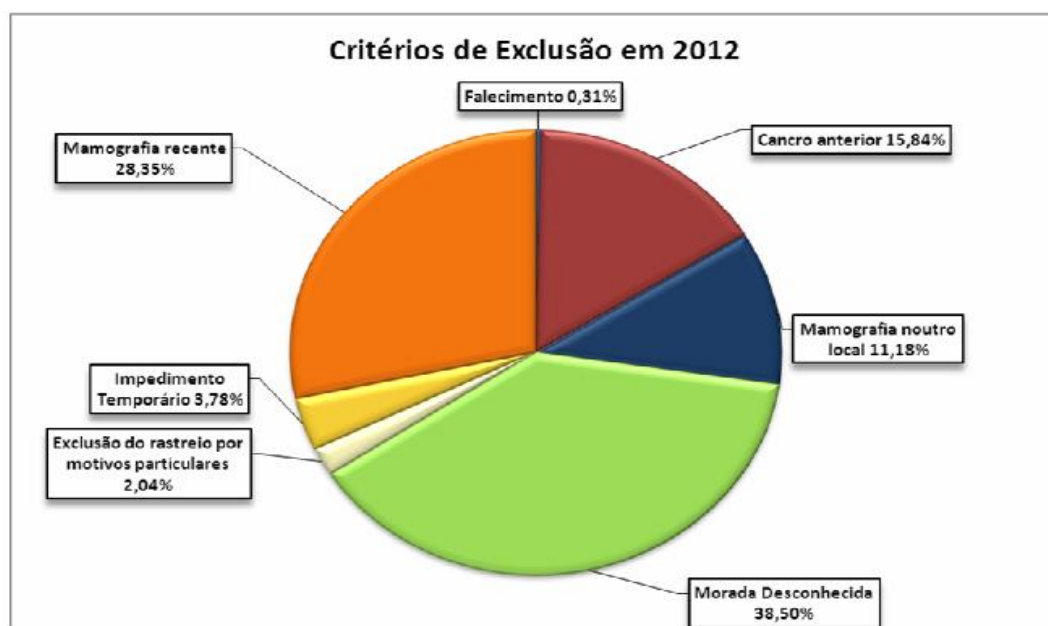
Gráfico 26: Adesão ao Rastreio do Cancro da Mama em 2012 vs volta anterior



Fonte: Núcleo de Rastreios

O Rastreio tem uma periodicidade de dois anos pelo que os relatórios são sempre elaborados no fim de cada volta. A 3.^a volta do rastreio decorreu entre 2010 e 2012, sendo que os resultados globais da 3.^a volta são os que se observam no seguinte quadro.

Gráfico 27: Percentagem dos diferentes tipos de exclusão do rastreio em 2012



Fonte: Núcleo de Rastreios

Custos do Programa de Rastreio do Cancro da Mama:

Custos das Mamografias de Rastreio em 2012- 345.271,56€. Nota: No decorrer do ano 2012, foram realizadas no total 17.706 mamografias de rastreio, sendo que, 5.706 tiveram um custo unitário de 18,26€ e as restantes 12.000 foram cobradas a 20,09€.

Custos das Consultas de Aferição em 2012- 1.731,00€.

Nota: Este valor refere-se apenas a 30 consultas de aferição cobradas a 57,70€ cada uma, relativas ao concelho de Faro, sendo que neste concelho existiram mais 19 utentes que não realizaram consulta de aferição e foram directamente referenciadas ao serviço de Senologia do HF pelo grau de suspeição que as suas mamografias revelaram.

No decorrer do ano 2012, foram realizadas no total 213 consultas de aferição, sendo que 107 foram realizadas no CHBA pelo que não tiveram qualquer custo para a ARS Algarve. As restantes 57 consultas que ainda se realizaram em 2012, só foram cobradas à ARS Algarve no início de 2013.

Custos Totais- 34 7002,56 €

▪ Programa de Rastreio do Cancro do Colo do Útero

No decorrer do ano 2012, foi dado continuidade ao trabalho desenvolvido, por se concluir a fase piloto e estendendo-se o programa a todas as Unidades de Saúde da região. No fim de 2012 conclui-se o fim da 1.ª volta do rastreio que tem a periodicidade de 3 em 3 anos.

Figura 8: Rastreios efectuados em 2012

Rastreios	População Alvo	Utentes Seleccionadas	Utentes Convocadas	Utentes Rastreadas	Resultados ASC-US	HPV	Utentes referenciadas Hospital
Total Região	133.270	5.460	4.451	4.136	42	79	143

Fonte: Núcleo de Rastreios

Apesar de ainda se detectar algumas anomalias na captação das utentes a população alvo captada para o rastreio do cancro do colo do útero é de 133.270, destas, 5.460 foram requisitadas e 4.136 foram rastreadas o que corresponde a uma taxa de aproximadamente 76%.

De todas as citologias realizadas, 42 tiveram resultados ASC-US e foram realizados 79 testes de HPV. Foram referenciadas aos hospitais 143 utentes.

Criou-se um novo protocolo com o Hospital de Faro, o qual ainda aguarda ser assinado pelas entidades competentes.

Manutenção do Centro Virtual de Ensino da ARS com informações sobre a utilização da aplicação do rastreio do cancro do colo do útero.

Foram feitas visitas às unidades de saúde para identificar problemas ou dificuldades na utilização do programa informático associado ao rastreio do colo do útero.

Custos do Programa de Rastreio do Cancro do Colo do Útero:

Custos das Citologias: 100.008,48€

Custos de Citologias com pesquisa de HPV: 8.585,72€

Nota: Cada citologia tem um custo unitário de 24,18€, dos quais 7,38€ refere-se ao preço do kit ginecológico e 16,80€ corresponde ao preço cobrada pelo Laboratório de Anatomia Patológica do CHBA pela realização da citologia. Quando é necessário pesquisa de HPV acresce um valor unitário de 84,50€.

Custos Totais – 108 594, 2€.

▪ Programa de Rastreio do Cancro do Cólon e Recto

Durante o ano de 2012 iniciaram-se as actividades de preparação da implementação do programa, através da análise e calculo da população alvo, avaliação da capacidade instalada dos hospitais através da realização de reuniões com a Direcção Clínica e com os Directores dos Serviços de Gastroenterologia, da escolha do Sistema de Informação a utilizar, bem como da metodologia e teste a utilizar no rastreio.

• Metodologia a proposta decorrente de reuniões anteriores:

- Fibroscopioscopia – realiza-se de 5 em 5 anos
- PSOF – realiza-se de 2 em 2 anos

• Sistema de Informação – Alto Comissariado Saúde adquiriu software para os programa de rastreio do cancro do cólon e reto, para o país, faltam as licenças de utilização para a região e a autorização da entidade que substituiu o Alto Comissariado na gestão deste software. A empresa a quem o ACS adquiriu o software SiIMA Rastreios enviou uma proposta no valor de 162 842,50€, para as licenças de utilização para a ARSA e para os dois hospitais da região, bem como para a utilização de diferentes metodologias (fibroscopioscopia e PSOF, tal como tinha sido solicitado pelo anterior órgão de gestão da ARSA) • Efectuou-se o calculo da População estimada para inicio do PRCCR em toda a região do Algarve de acordo com taxas de adesão estimadas de acordo com a literatura.

Tabela 32: População estimada para início do PRCCR na região do Algarve por ciclo, de acordo com taxas de adesão estimadas e com a literatura

Total de H e M (50-70 anos) inscritos no Algarve	Total em cada ciclo	Taxa estimada de utentes a referenciar para Hospitais		
	120180	2%	4%	5%
Adesão 20%	24036	481	961	1202
Adesão 30%	36054	721	1442	1803
Adesão 40%	48072	961	1923	2404
Adesão 50%	60090	1202	2404	3005

O facto de que na área de influência do HF o RCCR já se ter iniciado em 2003, o programa de rastreio de cancro do cólon e recto, com boas taxas de adesão e de resposta do hospital aos doentes referenciados, fez com se tivessem iniciado as reuniões de avaliação e preparação, com este hospital durante o ano de 2010, tendo ficado agendada para a primeira quinzena de

Janeiro de 2011, as reuniões preparatórias com o CHBA e o ACES do Barlavento, o que decorreu durante o ano de 2010 e efectuou-se em Janeiro de 2011, reunião com o Director Clínico do Serviço de Gastroenterologia do CHBA, para preparação da continuação do programa RCCR, avaliação da capacidade instalada e adequação do Sistema de Informação, tendo-se verificado que nesse ano, seria impossível a colaboração do Hospital por falta de recursos humanos do serviço de Gastroenterologia, que de acordo com o seu director, teria dificuldade na resposta de actividades diárias pelo que não se podia comprometer com um Programa de rastreio.

As capacidades do Serviço de Gastroenterologia do Hospital de Faro, de acordo com a informação do seu director, mantinham-se para o rastreio nos moldes ocorridos anteriormente ou seja:

A periodicidade do rastreio é de 5 em 5 anos, sendo a população alvo os indivíduos que cumpram 55, 60 ou 65 anos no ano civil. O método a utilizar é a fibrosgmoidoscopia. Indivíduos com risco aumentado (familiares de doentes com cancro) foram englobados no rastreio de acordo com o risco, após orientação pelos médicos assistentes.

Este programa tem estado a aguardar decisão do CD da ARSA.

Custos eventuais de acordo com o método de rastreio:

- Custo Pesquisa Sangue Oculto nas Fezes (PSOF) – Guaiaco ≈5 a 6 €
- Fibro – 20 a 30 €

Na reunião de 13 de Dezembro de 2012 com a vogal do CD e o Coordenador Nacional das Doenças Oncológicas (CNDO), decidiu-se avançar com o PRCCR através da PSOF. É necessário para implementação do programa, ter um Sistema de Informação, efectuar novamente os cálculos da população alvo, para a diferente metodologia, avaliara a actual capacidade instalada de ambos os hospitais de referência e do LSP para realização das análises e referenciação dos casos positivos. Ficou decidido agendar para o início de 2013 a avaliação após indicação do CD da ARSA e do CNDO.

ESPECIFICAMENTE EM CADA PROGRAMA, VERIFICARAM-SE AS SEGUINTESS NECESSIDADES E CONSTRANGIMENTOS:

Programa de Rastreio do Cancro da Mama

- É urgente Criar e implementar ou adquirir um SI para o rastreio do CM. Tinha sido previsto para 2012 a criação de um software específico por um Eng.º Informático do NR que foi transferido para a USIC, aguardando-se ainda a resposta a esta situação, após reunião com o vogal do CD, sobre o assunto.
- Resolução do problema de acesso ao VCBreast e do incumprimento do caderno de encargos pela empresa que vendeu o software (Mobbbit), situação entregue ao Gabinete Jurídico.
- Implementar a utilização do Programa VCBreast após acesso ao programa.
- Informação da ACSS, ao pedido de acesso por controlo remoto no CHBA. (enviado 2012 aguarda-se informação do CHBA)
- Resolução completa dos casos de repetição da aferição a 1 ano na zona do ACES Central e Sotavento (em curso)
- Assinatura do Protocolo com HF
- Realização de Inquérito de satisfação das utentes do PRCM (em fase elaboração) Programa de Rastreio do Cancro do Colo do Útero
- Em alguns concelhos o software SiiMA Rastreios não consegue captar através do SINUS as utentes, necessita acesso e alteração da ACSS. (aguarda resolução e informação da SIMA Rastreios e da ACSS enviado os pedidos em 2011 e reenviado em 2012)
- Interface com os programas do LAP dos do CHBA e do HF, bem como com os programas de gestão clínica e ROR (Reunião agendada para Janeiro de 2013 com a SiiMA).
- Análise estatística e correcção dos dados estatísticos do SiiMA Rastreios, uma vez que detectamos estarem incorrectos e a FirstSolutions não nos ter alertado, bem como criação de novos mapas estatísticos necessário à gestão do programa.
- Conclusão do Manual de Apoio ao Programa RCCU em complemento ao Manual dos utilizadores do software e às normas disponibilizadas na página web. (agendado para Janeiro e Fevereiro de 2013, aguarda envio dos membros do grupo coordenador)
- Assinatura do Protocolo com HF

Programa de Rastreio do Cancro do Cólon e Recto

- Escolha do SI e aquisição do mesmo

- Escolha do método e do kit de PSOF
- Avaliação da capacidade de resposta de cada hospital
- Implementação do Programa
- Estabelecimento de protocolos com as entidades intervenientes no processo
- Elaboração de Manuais

Programa da Retinopatia Diabética

Em fase de transição no final de 2012, requereu deste núcleo as seguintes actividades de preparação, em colaboração com o departamento de Contratualização:

- Atribuição das passwords de acesso aos técnicos do NR
- Formação para utilização de software
- Aguardam-se a transmissão de dados e relatório de 2012
- Esta agendada reunião para 14 de Janeiro com a anterior equipa responsável pelo programa
- Implementação do programa para a área de influência do HF
- Protocolos para 2013

TRABALHOS REALIZADOS E APRESENTADOS

Participação no III Congresso Nacional de Saúde Pública realizado em Coimbra nos dias 25 e 26 de Outubro de 2012, com o título “ Os programa de rastreios regionais e a comunicação com os profissionais de Saúde.” Apresentação dos resultados obtidos num questionário on-line de utilização e satisfação em relação ao site do Núcleo de Rastreios (rastreios.arsalgarve.min-saude.pt)

MEDIDAS PARA UM REFORÇO POSITIVO DO DESEMPENHO

A maior parte das medidas necessárias para o reforço positivo do desempenho prendem-se com recursos ou actividades que não dependem do Núcleo mas sim da tutela, nomeadamente:

- Reforço em meios humanos na área dos Assistentes Técnicos e de novas linhas telefónicas de atendimento ao Público, uma vez que se prevê em 2013, passar para este Núcleo a gestão do Programa de Retinopatia Diabética.

- Estabelecer o Protocolos com o HF, nas áreas de intervenção para os programas de Rastreio a decorrer na região.
- Resolução da situação do Programa de apoio á Gestão Clínica da Consulta de Patologia da mama – VcBreast.
- Definição da estratégia para a implementação do Programa de Rastreio de Cancro do Colon e Recto
- Reavaliação do número de horas da Coordenadora do NR para apoio às actividades do Núcleo, tendo em conta o aumento de actividades e Programas que se prevê para 2013.

17.2. Programa de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/SIDA

O distrito de Faro apresenta características sócio-económicas e culturais próprias que tornam a região particularmente vulnerável à propagação da infecção VIH/SIDA.

É uma região turística, onde existe uma grande mobilidade à custa duma população migrante (nacional e estrangeira) que procura emprego na indústria hoteleira e construção civil e onde ocorre um fluxo migratório de trabalhadores do sexo que procuram na região encontrar o seu mercado de trabalho. Este contexto cria um ambiente que favorece a ocorrência de comportamentos sexuais e práticas entre utilizadores de drogas injectáveis facilitadores da propagação desta infecção e contribui para que Faro seja o 3º distrito do país com uma maior prevalência de casos de infecção VIH notificados, apresentando em 2012 uma taxa de 486,9 casos por 100 000 hab.

Até 31 de Dezembro de 2012, foram notificados 2 196 casos de infecção VIH/SIDA. De 2007 a 2010, o número de novos casos de infecção VIH decresceu 28%, no entanto em 2011 o nº de novos casos recomeçou a aumentar. Em 2011, 28% dos novos casos ainda foram diagnosticados na fase de SIDA. A propagação da infecção é devida fundamentalmente à custa da transmissão através de comportamentos sexuais de risco. Em 2011, 70% dos novos casos de infecção VIH foram causados por comportamento de risco em heterossexuais, 18% em homo/bissexuais e 12% por comportamentos de risco entre consumidores de drogas injectáveis.

Objectivos:

- Conhecer a situação epidemiológica da infecção

- Promover a detecção precoce da infecção e referenciação hospitalar atempada e prevenir a transmissão da infecção em particular junto de populações mais vulneráveis
- Assegurar a distribuição ampla de preservativos e de material informativo.

ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

Conhecer a situação epidemiológica da infecção

Foi realizado o acompanhamento da evolução da situação epidemiológica da infecção na região, com base nos dados recebidos do Centro de Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis.

Promover a detecção precoce da infecção e referenciação hospitalar atempada e prevenir a transmissão da infecção em particular junto de populações mais vulneráveis

Centro de Aconselhamento e Detecção Precoce da infecção VIH/SIDA (CAD)

Foram atendidos 813 utentes que realizaram o aconselhamento pré e pós-teste, e tiveram a oportunidade de obterem informação, questionarem-se sobre os seus comportamentos, identificarem riscos e repensarem uma mudança de comportamento. Foram realizados 740 testes e detectados 8 casos reactivos, que posteriormente foram confirmados como positivos.

- Foi realizado um curso de formação em aconselhamento e detecção precoce, com a duração de 28 horas. Participaram 17 formandos.
- O CAD, através do CAD Móvel, tem sido o suporte para a realização das actividades junto da comunidade e de populações mais vulneráveis, assegurando a formação contínua e a assessoria técnica aos profissionais das diferentes equipas técnicas, fornecendo os testes rápidos, material técnico, informativo e os suportes administrativos necessários.

Centros de Saúde

- Realizou-se uma intervenção regular nos Centros de Saúde de Aljezur, Lagos, Monchique, Lagoa, Silves, Albufeira, S. Brás de Alportel, Quarteira, Castro Marim e Vila Real de St. António. Foram realizados 493 testes, dos quais 4 testes foram reactivos e 3 foram confirmados como positivos. Um dos utentes, estrangeiro, e de passagem no Algarve, optou por ser seguido no seu país.

- No âmbito das comemorações do Dia Mundial de Luta Contra a SIDA, foi realizado “O Dia de rastreio da infecção VIH/sida”, em 14 Centros de Saúde da região. Foram realizados 107 testes. Houve 1 resultado reactivo que foi confirmado como positivo.

Actividades junto da comunidade e populações vulneráveis

- Foram realizadas actividades de prevenção, aconselhamento e detecção precoce, distribuição de material informativo e preservativos, na comunidade e junto das populações mais vulneráveis, de forma regular e previamente calendarizada, em parceria com outras instituições e ONG:

- Nos Estabelecimentos Prisionais, em parceria com o G.A.T.O.

- Junto dos trabalhadores do sexo, em parceria com a APF (em contexto de rua e em apartamentos) e com o MAPS (no Centro de Atendimento em Quarteira).

- Junto de imigrantes em parceria com a APF e o MAPS.

- Na Universidade, em parceria com a APF.

- No Centro Comercial Continente de Portimão, em parceria com o IDT

Estas actividades foram reforçadas, junto da comunidade em geral, na:

- No âmbito das comemorações do Dia dos Namorados
- Época de Verão
- Comemorações do Dia Mundial de Luta Contra a SIDA.
- Por ocasião de outros eventos

Aconselhamentos e testes realizados junto da comunidade e populações vulneráveis: 2123 testes, 20 dos quais foram reactivos. Os utentes com teste reactivo foram encaminhados para as consultas hospitalares: 16 compareceram e foram confirmados como positivos; 4 não compareceram.

Projecto-Piloto Testes Rápidos VIH nas Farmácias

A Coordenação Nacional para a Infecção VIH/sida, a Associação Nacional das Farmácias e a ARS Algarve, IP estabeleceram um protocolo para implementação dum projecto-piloto na região do Algarve. O projecto teve o seu início em Junho de 2011, em 21 farmácias. Foram realizados 584 testes, dos quais 4 foram reactivos. Os 4 utentes foram encaminhados para a consulta

hospitalar, 3 compareceram e foram confirmados como positivos e 1 não compareceu. Das 584 pessoas atendidas, 40,3 % realizaram o teste pela primeira vez.

Assegurar a distribuição ampla de preservativos e de material informativo

O Centro de Documentação, disponibiliza de forma acessível, informação actualizada, bibliografia e material didáctico pedagógico.

Condicionados pelas limitações de material fornecido, foram distribuídos 713 823 preservativos masculinos (63% da quantidade distribuída em 2011), 22 358 preservativos femininos (50% da quantidade distribuída em 2011), 66 491 gel lubrificante (40% da quantidade distribuída em 2011), 138 964 folhetos e brochuras (55% da quantidade distribuída em 2011), 2 652 cartazes (22% da quantidade distribuída em 2011)e 122 461 brindes (44% da quantidade distribuída em 2011).

TRABALHOS REALIZADOS E APRESENTADOS

- O projecto desenvolvido pelo CAD na comunidade e junto das populações mais vulneráveis, foi distinguido pelo Projecto AIR (Addressing Inequalities Intervention in Regions), entre os 5 melhores projectos europeus desenvolvidos no âmbito da redução das desigualdades sociais em saúde, no contexto dos cuidados primários. O projecto foi apresentado na Conferência Final do Projeto AIR “Addressing Inequalities Interventions in Regions - The best practices and recommendations to reduce health inequalities in primary care setting in the European regions”, realizada em Budapeste.
- No Congresso Nacional de Farmacêuticos, realizado de 2 a 4 de Novembro de 2012, no Centro de Congressos de Lisboa, foi apresentado por profissionais do CAD e da ANF, um poster com o título “Detecção Precoce da Infecção VIH/sida – Projecto-piloto nas Farmácias”.

CONSTRANGIMENTOS

Devido às restrições económicas que se verificam, diminuiu a capacidade de intervenção junto da comunidade, nomeadamente da realização de aconselhamentos e testes, da distribuição de preservativos (masculinos e femininos) e de gel lubrificante.

Também não tem sido possível produzir e divulgar material informativo como tem sido habitual.

MEDIDAS PARA UM REFORÇO POSITIVO DO DESEMPENHO

Tendo em atenção que o Algarve é uma região em que a epidemia é do tipo concentrado, é importante intervir junto das populações mais vulneráveis, dando-se particular atenção aos indivíduos que estabelecem as pontes entre estas populações e a população em geral.

É importante proporcionar condições para se continuar a implementar estratégias e desenvolver actividades em parceria com outras instituições e organizações não-governamentais, no sentido de promover a prevenção, o aconselhamento e detecção precoce da infecção VIH junto da população em geral e em particular junto das populações mais vulneráveis.

Para se conseguir executar o Plano para 2013, reforçar e adequar estratégias de intervenção é importante que a equipa que tem desenvolvido actividades na área da infecção VIH/SIDA, se mantenha e não seja sobrecarregada com outras tarefas.

17.3. Programa Nacional de Vacinação / Vacinação Contra a Gripe sazonal

Tem estado em curso uma reestruturação dos serviços de saúde a qual se reflecte em diferentes formas de oferta do serviço de vacinação à população, que é necessário apoiar e acompanhar.

Neste contexto, tem sido uma preocupação continuar a assegurar a acessibilidade à vacinação e a qualidade da sua prática. É primordial continuar a garantir coberturas vacinais elevadas, iguais ou superiores a 95%, de modo a se conseguir consolidar a redução da morbilidade e mortalidade devidas às doenças alvo do PNV, consolidar a eliminação da poliomielite, eliminar o sarampo e a rubéola, proteger os adultos contra o tétano e difteria.

Objectivos Gerais:

- Manter a eliminação da poliomielite
- Eliminar o sarampo e rubéola
- Reduzir a morbilidade e mortalidade causada pelas doenças abrangidas pelo PNV
- Reduzir a morbilidade e mortalidade causada pela gripe sazonal

Objectivos Específicos:

- Acompanhar a reestruturação/funcionamento dos serviços de vacinação
- Garantir o fornecimento de vacinas em tempo útil aos locais de vacinação

- Assegurar a qualidade da prática da vacinação
- Assegurar que todos os profissionais de saúde directamente implicados na vacinação, tenham formação específica nesta área
- Informação sobre Vacinação aos profissionais de saúde e à população
- Conseguir que as taxas de cobertura vacinal, para todas as vacinas abrangidas pelo PNV, sejam iguais ou superiores a 95%
- Manter a vigilância epidemiológica das doenças evitáveis pela vacinação abrangidas pelo PNV
- Divulgar e implementar as normas e orientações emitidas pela Direção Geral de Saúde/Responder a pedidos e pareceres/Participar nas reuniões realizadas na DGS
- Articular com outras Instituições

ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

Acompanhamento da reestruturação/funcionamento dos serviços de vacinação. Realizada uma reunião de trabalho com o conselho clínico, o coordenador da Unidade de Saúde Pública e responsáveis da vacinação das Unidades de Saúde do ACES do Sotavento.

Realizada uma reunião de trabalho com responsáveis das Unidades de Saúde do Centro de Saúde de Vila Real de Stº António, assim como uma visita de acompanhamento aos respectivos serviços de vacinação.

Este acompanhamento reflectiu-se na melhoria da cobertura vacinal em 2012, conseguida por este ACES (foi o ACES do Sotavento que a nível da região apresentou melhores coberturas vacinais, tendo melhorado em relação ao ano anterior)).

Fornecimento de vacinas em tempo útil aos locais de vacinação

Em articulação com o Serviço Farmacêutico, foi elaborado o mapa de previsão de vacinas para 2012 e efectuados acertos ao longo do ano.

Qualidade da prática da vacinação e gestão dos ficheiros de vacinação:

- Foi divulgada e acompanhada a 5ª actualização das listagens dos utentes excluídos no SINUS Vacinação, conforme solicitado pela DGS. Foram validados os critérios de exclusão de utentes registados no módulo de vacinação do SINUS de cada Unidade de Saúde da região. A maioria dos utentes passou a ter informação sobre o motivo de exclusão.

- Efectuado o apoio directo a Unidades de Saúde, para resolução de problemas de gestão dos ficheiros de vacinação, através de contactos telefónicos e correspondência electrónica.
- Efectuadas 2 sessões de trabalho, na USF Mirante/Centro de Saúde de Olhão e na USF Farol/Centro de Saúde de Faro, para apoio na gestão do SINUS-Vacinação e para validação dos dados de avaliação da cobertura vacinal/Indicadores de desempenho contratualizados.
- Ao longo do ano foram detectados problemas com o funcionamento do programa SINUS-Vacinação, que foram referenciados para a DGS e/ou para a USIC da ARS Algarve, IP (exemplo: modificação do registo das vacinas no SINUS devido às alterações das taxas moderadoras no início de 2012), ou resolvidos pela Equipa Regional de Vacinação.

Análise dos Mapas de Inoculações das vacinas administradas em todas as Unidades de saúde da região. Os problemas detectados no ACES do Sotavento foram apresentados e discutidos, na reunião que realizámos. Foi acompanhada a sua correcção.

Foi iniciado junto do ACES Central o levantamento da monitorização da rede de frio nos serviços de vacinação das Unidades de Saúde.

Prestado apoio contínuo a todos os profissionais implicados na vacinação, esclarecendo-se dúvidas e divulgando informações (nomeadamente: actualização de RCM de vacinas, alertas de segurança do Infarmed, rupturas de fornecimento de vacinas) e orientações produzidas pela DGS ou a nível da região (exemplo: orientações sobre a finalização da campanha de vacinação contra o HPV; indicações para administração das diferentes vacinas em utilização contra o tétano e difteria), através de contactos telefónicos e via electrónica.

Formação dos profissionais directamente implicados na vacinação

- Efectuado um curso de formação de 28 h, frequentado por 19 enfermeiros e 1 estagiária da área farmacêutica. Previamente foi realizado um levantamento das necessidades de formação, em articulação com as enfermeiras responsáveis pela vacinação de cada ACES.
- Um dos elementos que integra a coordenação regional do PNV, participou na 1ª Reunião “Vigilância Epidemiológica da Gripe em Portugal” realizada no Instituto Nacional de Saúde, em Lisboa.

- Um dos elementos que integra a coordenação regional do PNV, participou na Conferência Internacional Eurovaccine 2012 sobre vacinas e vacinação, realizada em Barcelona.

Informação sobre Vacinação aos profissionais de saúde e à população

Semana Europeia da vacinação (23-30 de Abril de 2012)

Foram enviadas para os ACES, para divulgação aos profissionais de saúde: um texto sobre as mensagens chave da Semana Europeia da Vacinação; a proposta de colaboração numa iniciativa a realizar junto dos utentes em que se solicitaria o registo da sua opinião sobre o significado de “vacinar”, em impresso produzido para o efeito. Para apoiar esta iniciativa foi produzido um cartaz que foi enviado para os ACES.

Foi produzida informação sobre a Semana Europeia da Vacinação e sobre a iniciativa realizada junto dos ACES, que foi divulgada na página da internet da ARS Algarve, IP. Trabalhos produzidos pelos utentes, foram igualmente divulgados através desta página.

Avaliação da cobertura vacinal

Efectuadas avaliações da cobertura vacinal a 30 de Junho e 31 de Dezembro.

Foi dado apoio à realização da avaliação da cobertura vacinal aos responsáveis de vacinação dos ACES e às Unidades de Saúde.

Realizados quadros e gráficos com os dados de avaliação da cobertura vacinal, da região, por ACES e por Unidades de Saúde, que foram divulgados para os ACES e discutidos no Curso de Formação sobre vacinação.

Vigilância epidemiológica das doenças evitáveis pela vacinação abrangidas pelo PNV.

Acompanhada a notificação de doenças de declaração obrigatória abrangidas por vacinas incluídas no PNV e efectuada a sua correlação com as taxas de cobertura vacinal atingidas.

Divulgação e implementação das normas e orientações emitidas pela Direção Geral de Saúde/Resposta a pedidos e pareceres/Reuniões realizadas na DGS

Foram divulgadas e implementadas: a Informação da DGS nº 004/2012 “PNV 2012/Doença meningocócica pelo serogrupo C e estratégia vacinal”; Norma da DGS nº 001/2012 “Viajantes – Vacinação contra o sarampo. Programa Nacional de Eliminação do sarampo”; o Comunicado da

DGS nº C39_01_v1 “Risco de sarampo para quem vai ao Euro 2012”; o Comunicado da DGS nº C41_01_2012 “Risco de sarampo para quem vai aos Jogos Olímpicos de Londres 2012 e Paralímpicos de Londres”; a Orientação-Geral da Saúde nº 006/2012 sobre “PNV 2012/VASPR e alergia ao ovo”; a Informação da DGS “Risco de ocorrência de sarampo no Verão. Programa Nacional de Eliminação de Sarampo”;

Envio de parecer ao documento de trabalho “Programa Nacional de Eliminação do sarampo”.

Envio de dados referentes à avaliação do “Programa Nacional de Erradicação da Poliomielite”.

Participou-se na reunião de responsáveis regionais pelo PNV, realizada na DGS.

Articulação com outras Instituições

- Estabelecido um protocolo com o Hospital de Loulé SA, para fornecimento da vacina Td/DTPa ao Serviço de Atendimento Permanente/Urgência. Para preparar este protocolo foi realizada previamente uma reunião de trabalho com a Enfa diretora e a Enfa responsável pelo Serviço de Atendimento Permanente e Consulta Externa, assim como foi realizada uma visita ao Serviço de Atendimento Permanente/Urgência e verificadas as condições de funcionamento da rede de frio. Foi efectuada uma reunião de formação com os enfermeiros envolvidos na vacinação, com entrega de documentação de apoio.
- Participou-se no estabelecimento dum protocolo com o MAPS (Movimento de Apoio à Problemática da SIDA) no âmbito do projecto “Agir para Prevenir”, para vacinação no Centro de Quarteira do grupo alvo deste projecto (as trabalhadoras do sexo), com as vacinas contra a hepatite B e Td (tétano e difteria). Foi efectuada a previsão de custos e dado apoio na aquisição de material e na criação de fichas de registo. Para preparar este protocolo foi realizada previamente: uma reunião de trabalho com a responsável pelo projecto, uma visita ao local onde seriam administradas as vacinas e verificadas as condições de funcionamento da rede de frio; efectuada formação das 3 enfermeiras responsáveis por esta vacinação, com entrega de documentação de apoio.
- Foi dado apoio e efectuada a monitorização das vacinas administradas na Maternidade do Hospital Particular do Algarve, SA-Gambelas.

Vacinação contra a gripe com a vacina trivalente na época 2012/2013

De acordo com orientações emitidas pela Direcção Geral de Saúde, foi implementada junto dos ACES, Hospitais, Unidades de Cuidados Continuados e Serviços de Saúde Ocupacional da ARS Algarve IP e Hospitais Públicos: a vacinação dos grupos prioritários; a vacinação gratuita

de pessoas com 65 ou mais anos e de pessoas consideradas de maior risco, entre as quais - residentes em Lares de idosos, crianças e jovens institucionalizados, pessoas com deficiência institucionalizadas, doentes apoiados pelos pela RNCCI ou por Lares de Idosos com acordos com a Segurança Social ou Misericórdias Portuguesas, reclusos. Posteriormente aquando do alargamento da Campanha, foi implementada a vacinação gratuita da população (incluindo junto da PSP, GNR).

Efectuada a avaliação semanal da campanha de vacinação contra a gripe sazonal.

Ao longo da campanha foi produzida informação sobre a vacinação contra a gripe sazonal, que foi enviada para os ACES e divulgada na página da internet da ARS Algarve, IP.

Participou-se nas 3 reuniões do “Grupo de Acompanhamento – Época gripal 2012 – 2013”, realizadas na DGS.

CONSTRANGIMENTOS

Os constrangimentos socioeconómicos que se vivem actualmente limitaram a possibilidade de se realizarem mais reuniões de trabalho e visitas de acompanhamento às Unidades de Saúde. Esta situação dificultou o acompanhamento do funcionamento dos serviços de vacinação com possíveis consequências na qualidade da prática da vacinação.

Tivemos dificuldades de articulação com os Serviços Farmacêuticos, apesar dos esforços realizados para se ultrapassar a situação, o que se reflectiu em falhas no acompanhamento da gestão de stocks de vacinas, na monitorização das quebras da rede de frio, no acompanhamento do funcionamento da rede de frio das Unidades de Saúde com a possibilidade de apresentação de propostas para a melhoria do seu funcionamento.

A não aprovação de notícia a colocar na página da internet da ARS Algarve IP, teve como consequência o atraso da divulgação do alargamento da campanha de vacinação contra a gripe através deste meio.

Foi proposta a realização de dois cursos de formação destinados aos enfermeiros que vacinam, tendo sido aprovado apenas um curso. Esta situação, teve como consequência o facto de existirem enfermeiros a vacinar sem formação específica, o que se tem reflectido na qualidade da prática da vacinação.

A atribuição de tarefas ao coordenador do PNV, para além das que executava habitualmente a nível do DSPP, dificultou a gestão e implementação do PNV na região.

17.4. Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE)

As novas unidades e organização dos CSP, têm criado alguma conturbação no desenvolvimento das actividades da Saúde Escolar (SE). Torna-se muitas vezes difícil criar sinergias entre as unidades gestoras (USP) e as unidades executoras (UCC, URAP), especialmente quando são as UCC a elaborar os planos de actividades, adaptados aos recursos existentes. Aqui também se verifica uma grande rotatividade nos elementos que compõem as equipas de S.E.

Em 2012 procurou-se enquadrar o PNSE na realidade dos CSP e continuam a existir actividades do PNSE em todos os concelhos da região.

De lamentar, no último ano, não existirem praticamente orientações da DGS.

ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

- Uniformização de procedimentos na Região – Discussão alargada dos indicadores a monitorizar.
- Reforço na definição das prioridades em SE.
- Sensibilização das equipas para a melhoria da cobertura e execução dos EGS, imunidade de grupo nas escolas, acompanhamento das crianças com alterações de peso e necessidades de saúde especiais.
- Sensibilização para o reforço das actividades nos gabinetes de apoio ao aluno e ao desenvolvimento dos curricula na área da saúde sexual e reprodutiva.
- Participação na elaboração do instrumento de registo de referenciação de alunos no âmbito do Projecto Escola Activa (Gabinete de Nutrição da ARS e DREAlg).
- Discussão partilhada dum instrumento de registo e monitorização de NSE.
- Contactos com a ex – DREAlg no sentido de nos serem facultados os dados dos acidentes escolares, estando em curso a elaboração de um protocolo de compromisso no âmbito da “Promoção da Segurança em Meio Escolar” – acidentes e primeiros socorros.
- Introdução à CIF para as Equipas de SE.
- A 17 de Fevereiro e a 14 de Setembro de 2012 efectuaram-se Reuniões Regionais com os CC, Coordenadores das UCC e Equipas de SE dos três ACES.
- Divulgação de informação de interesse às Equipas.
- Reuniões com DREAlg:

Três reuniões com os técnicos da Promoção e Educação para a Saúde(PES)

Duas reuniões com os técnicos da segurança

Três reuniões com os técnicos das NSE/ Necessidades Educativas Especiais

- Apoio a iniciativas locais no âmbito da PES em SE.

TRABALHOS REALIZADOS E APRESENTADOS

Definição dos conteúdos da caixa de primeiros socorros das escolas (ver anexo)

Instrumento de monitorização do material de primeiros socorros (ver anexo)

Elaboração de “Declaração para situação de doença” para as escolas (ver anexo)

CONSTRANGIMENTOS

- Institucionais: Reforma dos CSP (já referidos) e do Ministério da Educação
- Falta de orientações da DGS
- Deficit de recursos humanos e renovação das equipas com elementos com pouca experiência na área.
- Inexistência de sistema informático com possibilidade de registo/monitorização de actividade de SE.
- Desadequação do Mapa de Avaliação de PNSE.
- Desadequação do Programa Informático das Condições de Segurança e Higiene das Escolas.
- No planeamento conjunto e efectivo dos planos de actividades entre Saúde e Educação, adequado às necessidades reais da população alvo (refrear as palestras e sessões não programadas).

MEDIDAS PARA UM REFORÇO POSITIVO DO DESEMPENHO

Reforço da comunicação e da gestão participada entre unidades.

Formação contínua para as equipas de SE:

- Metodologias ativas/participativas
- Metodologia de Projeto
- CIF

Formação conjunta.

Reuniões Regionais, por ACES e interinstitucionais.

Desenvolvimento de circuitos de referenciação para NSE entre CSP e Hospitais.

Encontro Regional de Promoção da Saúde em Meio Escolar para partilha e promoção de boas práticas.

17.5. Sistema Nacional de Intervenção Precoce (SNIPI)

O presente relatório diz respeito à actividade desenvolvida no ano de 2012 pela Subcomissão de Coordenação Regional, constituída pelas representantes do Ministério da Solidariedade e Segurança Social, pelo Ministério da Educação e Ciência e pelo Ministério da Saúde e pelas cinco Equipas Locais de Intervenção (ELI): Lagos (concelhos de Aljezur, Vila Bispo e Lagos), Portimão (concelhos de Monchique, Lagoa, Silves e Portimão), Loulé (concelhos de Albufeira e Loulé), Faro (concelhos de Faro, São Brás de Alportel e Olhão) e Tavira (Concelhos de Tavira, Castro Marim, Alcoutim e Vila Real de Santo António) criadas ao abrigo do Decreto-Lei 281/2009, de 6 de Outubro.

O SNIPI tem por missão garantir a Intervenção Precoce na Infância, entendendo-se como um conjunto de medidas de apoio integrado, centradas na Criança e na Família, no âmbito da saúde, educação e acção social, envolvendo os respectivos ministérios da Saúde, Educação e Ciência e Solidariedade e Segurança Social.

No período em análise, o SNIPI desenvolveu-se significativamente nesta região. As equipas, apesar de extensas, quer na área geograficamente atribuída a cada uma, quer no elevado número de técnicos da área da saúde, em consequência da reduzida carga horária atribuída (distribuída por outras funções), desenvolveram sinergias facilitadoras da intervenção perante uma metodologia que consideramos constituir-se como um desafio para os envolvidos no processo.

ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

Actividade da Subcomissão de Coordenação Regional do Algarve

Durante o ano de 2012 a Subcomissão do Algarve desenvolveu a sua acção junto das ELI's e da comunidade.

O trabalho desenvolvido com as ELI's centrou-se na programação de reuniões, com a coordenação das equipas, em contextos diversificados: individualmente, com cada

coordenação, em grupo com todas as coordenadoras, com as equipas restritas e com as equipas alargadas nas respectivas sedes.

Relativamente aos assuntos trabalhados, destacamos:

- Discussão e reflexão sobre o Manual Técnico e sua aplicação;
- Uniformização de circuitos, procedimentos e instrumentos;
- Análise e Aprovação dos Regulamentos Internos;
- Monitorização do trabalho desenvolvido pelas Equipas;
- Nas reuniões de trabalho que decorreram nas sedes das ELI's, durante os meses de maio e junho, trabalhamos a organização do regulamento interno; o funcionamento das ELI's; foi analisada a situação relativamente aos tempos de sinalização/ avaliação/ intervenção; reflectiu-se sobre a elaboração do PIIP, discutiram-se os critérios para atribuição do gestor de caso e a sua importância no processo de intervenção; destacou-se o papel da equipa pluridisciplinar na avaliação prevista no DL nº3 /2008, de 7 janeiro; foi feito o ponto da situação relativamente às avaliações por referência à CIF-CJ, previstas no DL 281/2009, 6 outubro; analisou-se o circuito e percentagem de criança/famílias inseridas no SNIPI com o critério 2, em fase de intervenção e em lista de espera; reflectimos sobre os encaminhamentos (artigo 7º, DL 281/2009), circuitos utilizados e serviços a que recorrem; foi, ainda, supervisionada a elaboração e implementação do PIIP e identificadas as limitações, constrangimento e sugestões de temáticas para formação;

Na sequência das reuniões realizadas com as respetivas ELI's, nas suas sedes localizadas nos Centros de Saúde, de acordo com o protocolado no Dec.-Lei concluímos que as questões relativas aos espaços cedidos para atendimento e reuniões, continuavam a ser levantadas pelas equipas. A afixação de sinalética própria, tal como recomendado, não estava satisfeita, e continuavam a ser identificados problemas relacionados com o arquivo de documentação. A responsável da saúde tem reforçado esta necessidade junto dos ACES. A sede da ELI de Portimão é a única que se encontra num estabelecimento de ensino, uma vez que aguardamos um espaço no novo Centro de Saúde de Portimão, esta necessidade tem vindo a ser reforçada várias vezes.

No último trimestre do ano a situação evoluiu positivamente, a ELI de Lagos, Tavira, Loulé e Faro apresentaram sinalética que foi criada para o efeito e afixada em local visível.

- Foi realizada uma reflexão sobre a expansão do número de ELI's constituídas no distrito e apresentação de proposta à Comissão Nacional. Das actuais cinco constituídas (Lagos,

Portimão, Loulé, Faro e Tavira), concluímos que é necessário aumentar o número de ELI's (Silves, Albufeira, Olhão e Vila Real de Santo António). Esta proposta visa uma aproximação aos serviços da comunidade, bem como o reforço das equipas e a afectação das mesmas, com o objectivo de as tornar mais funcionais;

- Na sequência de contactos estabelecidos com o Centro de Neurodesenvolvimento do Hospital Central de Faro, foi acordada uma metodologia e estratégias de intervenção através da articulação entre aquele serviço e as ELI's, a qual consiste em estudos de caso tendo em vista a programação conjunta da intervenção.

- Divulgação do SNIPI junto dos CLAS - Conselhos Locais de Ação Social de Faro (03/07/2012) e Lagos (04/10/2012) fazendo parte do plano de ação para 2013 dar continuidade a estas ações;

- Reuniões com a coordenação das ELI's em contextos diversificados: individualmente com as coordenações de cada ELI, em grupos com as 5 coordenações das ELI's e com as equipas restritas nas respetivas sedes;

- Foram diligenciados esforços junto dos respetivos serviços para indicação dos elementos a constituírem os núcleos de supervisão técnica. No final do ano a equipa contava apenas com a representação do Ministério da Educação e Ciência;

- A 27 de março de 2012 o representante da saúde foi substituído.

- Ao longo do ano a Subcomissão superou o agendamento de reuniões, uma vez que a calendarização inicial (prevista frequência quinzenal) em Plano de Ação, não foi suficiente para atender às solicitações e funções desta Subcomissão.

A ARS reforça a rede através de protocolos estabelecidos com as cinco IPSS (Núcleo de Educação da Criança Inadaptada NECI na ELI de Lagos, Amigos dos Pequenininhos em Silves na ELI de Portimão, Associação de Apoio à Pessoa Excepcional do Algarve APEXA em Albufeira na ELI de Loulé, a Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral de Faro na ELI de Faro e a Fundação Irene Rolo em Tavira na ELI de Tavira) através da contratação de terapias, durante o ano de 2012 estes protocolos foram revistos e concluiu-se que a sua actividade é essencial para o melhoramento da resposta em intervenção precoce na infância.

Caracterização da Actividade das ELI da Região

Foi preocupação da Subcomissão uniformizar procedimentos na região, de forma a clarificar a intervenção das ELI's. Esse modelo de funcionamento das ELI's sintetiza-se no seguinte

esquema, que foi divulgado pelos profissionais da saúde em divulgação interna (folheto) e na página Web da ARS Algarve.

Passamos a apresentar os dados estatísticos por ELI. Salientamos algumas dificuldades na recolha desta informação, uma vez que ainda não está disponível um programa informático para recolha de informação, o que se torna num constrangimento. Aguardamos um modelo que será apresentado pela Comissão de Coordenação Nacional do SNIPI.

Tabela 33: Referenciação ao SNIPI

Entidade referenciadora	ELI Lagos	ELI Portimão	ELI Loulé	ELI Faro	ELI Tavira	TOTAL
Maternidade	0	0	0	0	0	0
Hospital	23	57	16	23	6	414
ACES		145	46	75	23	
Creche	0	33	6	9	18	149
Pré-escolar	14	43	10	16		
Segurança Social	0	0	0	0	0	0
CPCJ/Tribunal	0	0	2	0	2	4
Família	20	26	4	7	9	66
Outra	6	32	11	7	4	60
Algarve	63	336	95	137	62	693

Durante o ano de 2012 foram referenciados ao SNIPI 693 novos casos, evidenciando-se a ELI de Portimão (a de maior dimensão).

Tendo presente os dados disponibilizados pelas ELI'S verifica-se que o total de crianças atendidas no SNIPI, no Algarve, se aproxima do referencial considerado para o Distrito 1270 crianças (3, 7%). Por outro lado o número total de crianças atendidas continua a ser significativamente superior na faixa etária com mais de três anos, 754 em comparação com as crianças com menos de 3 anos, 363.

Tabela 34: População Abrangida

Distrito	ELI	Concelho	Nº de crianças/ famílias	Gênero		Idade		Enquadramento Educativo				
				Fem.	Mas.	Até aos 3 A	Mais de 3 A	Domicílio	Ama	Creche	Pré-escolar	1º Ano
Faro	Lagos	Aljezur	10	*	*	82	98	*	*	*	*	*
		Lagos	158									
		Vila Bispo	12									
		Total	180			82	98					
	Portimão	Lagoa	89	124	212	148	188	*	*	*	*	*
		Silves	107									
		Monchique	2									
		Portimão	138									
		Total	336	124	212	148	188					
	Loulé	Albufeira	95	27	68	19	76	4	0	7	79	5
		Loulé	60	18	42	18	42	7	0	16	37	0
		Total	155	45	110	37	118	11	0	23	116	5
	Faro	Faro	133	98	191	73	216	96	1	23	169	0
		Olhão	149									
		São Brás de Alportel	7									
		Total	289	98	191	73	216	96	1	23	169	0
	Tavira	Vila Real Stoº António	62	22	40	9	53	7	0	4	51	0
		Tavira	77	30	47	12	65	5	0	7	65	0
		Castro Marim	13	2	11	1	12	0	0	1	12	0
		Alcoutim	5	2	3	1	4	0	0	1	4	0
		Total	157	56	101	23	134	12	0	13	132	0
Algarve			1117			363	754					

Deve ser tido em conta que a afectação de tempo dos profissionais atribuídos pelo Ministério da Saúde atinge percentagens muito baixas, na grande maioria dos casos, uma vez que estes estão envolvidos em várias Atividades. Com o aumento de referências às ELI's consideram insuficientes os recursos humanos existentes. Complementaridade da intervenção / apoios prestados

- Sistema Nacional de Saúde

A complementaridade foi realizada com o Hospital Central de Faro e do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, no âmbito das Consultas de Neuropediatria, Pediatria do Desenvolvimento, Fisiatria, Cirurgia e Otorrinolaringologia.

- Sistemas de Segurança Social

Foram atribuídos subsídios de bonificação por deficiência, subsídios de educação especial e instruídos processos para atribuição de produtos de apoio para pessoas com deficiência (ajudas

técnicas) ao abrigo do Despacho N.º 6133/2012, através dos serviços locais da Segurança Social.

- Ministérios da Educação e Ciência

As crianças com mais de três anos que frequentam os jardins-de-infância da rede pública, com necessidades educativas especiais de carácter prolongado, beneficiaram de educação especial dos recursos existentes nos Agrupamentos Escolares.

- Outros

Existem crianças, que (por decisão das famílias) complementam a intervenção do SNIP com respostas terapêuticas prestadas por gabinetes particulares

TRABALHOS REALIZADOS E APRESENTADOS

Perante a ausência de um plano nacional de formação em intervenção precoce na infância, foram realizadas algumas ações de formação.

A Administração Regional de Saúde do Algarve organizou duas ações de formação, através de uma candidatura ao POPH-QREN, com formadores da Associação Nacional Intervenção Precoce – ANIP tendo sido abordadas as seguintes temas: “Práticas de Intervenção Precoce Baseadas nas Rotinas” nos dias 17 e 18 de Setembro e 28 de Novembro de 2012 e “Plano Individual de Apoio à Família” nos dias 11 e 12 de Outubro de 2012. Estas ações foram dirigidas aos profissionais de saúde que integram as ELI’s, as quais posteriormente as replicaram pelos demais elementos. Foi uma oportunidade de aferir conhecimentos e modelos de intervenção, com uma equipa credenciada.

No que respeita à formação interna, durante o ano de 2012, as ELI’s tiveram várias iniciativas realizando ações de formação dirigidas aos técnicos que constituem as ELI’s e por si promovidas, numa perspectiva de formação/acção.

Neste âmbito, destacamos duas ações de sensibilização sobre o tema “Linguagem e Sinais de Alerta em Terapia da Fala”, a 19 de junho e 4 de dezembro de 2012.

Formação sobre o Funcionamento da ELI, Circuitos e Legislação em Vigor, nas escolas e equipas de saúde dos concelhos de Lagos, Aljezur e Vila do Bispo.

Formação sobre o Desenvolvimento Psicomotor da Criança dos 0-6 anos e Motivos de encaminhamento para a ELI, às equipas de saúde dos concelhos de Lagos, Aljezur e Vila do Bispo.

Foram ainda desenvolvidas diversas actividades dirigidas às crianças /famílias acompanhadas pelo SNIPI e à população em geral, nomeadamente:

- Sessões temáticas dirigidas a crianças e famílias integradas no SNIPI, com o objectivo de melhorar a motricidade global através da estimulação oro-facial, percepção visual e táctil: “Água” realizada no dia 18 de Outubro; “Espuma” realizada no dia 15 de Novembro; “Balão” realizada no dia 13 de Dezembro.
- Visita a Bibliotecas Municipais “Vamos conhecer a Biblioteca Municipal” com o objectivo de promover/desenvolver competências parentais nas famílias das crianças integradas no SNIPI. Nesta actividade, os familiares foram esclarecidos sobre como requisitar livros, incentivados a participar na Hora do Conto e nas restantes actividades propostas/organizadas pela Biblioteca.

Workshop, “Sinais de Alerta na 1ª Infância”;

- Participação na Feira Solidária de Tavira;
- Campanha de recolha de alimentos “Árvore de Natal Solidária”;

Em relação à supervisão às Equipas, que foi sempre preocupação desta Subcomissão a necessidade de constituir o Núcleo de Supervisão Técnica (NST). Para tal diligenciou junto dos seus superiores para que se viesse a concretizar a indicação das técnicas para o efeito. Em abril de 2012 foi nomeada a representante do Ministério da Educação e Ciência, não tendo sido possível concretizar, neste ano, a nomeação dos elementos do Ministério da Saúde e da Segurança Social.

Perante esta situação, que condicionou o funcionamento e a constituição do núcleo de supervisão técnica e, conseqüente, a supervisão das ELI's, durante o ano de 2012, não existiu a possibilidade de realizar supervisão conjunta (representantes dos três ministérios), no entanto, a representação do Ministério da Educação fez a articulação com as educadoras, nomeadamente nas questões de transição do pré-escolar para o 1º Ciclo. Foi realizada também a supervisão em casos de maior complexidade, no âmbito das transições.

Assim, a actividade de supervisão foi realizada pela Subcomissão através de contactos com a coordenação das ELI's, nomeadamente em questões relacionadas com o seu funcionamento e em casos clínicos.

Da articulação realizada com o Centro de Neurodesenvolvimento do Hospital de Faro surgiu a possibilidade dos técnicos das ELI's beneficiarem da supervisão técnica dos profissionais deste

Centro, nomeadamente nas situações que dizem respeito às crianças que são acompanhadas pela equipa hospitalar.

Foram efectuadas reuniões entre o Centro de Neuro desenvolvimento e todas as ELI's, o que permitiu a aproximação dos profissionais, bem como a validação e conhecimento de conceitos e procedimentos que se traduziram numa mais valia para profissionais, crianças e famílias.

Salientamos que anteriormente estas equipas tinham a supervisão do Dr. Pedro Caldeira, pedopsiquiatria da Unidade da Primeira Infância do CHLC, num plano de formação anual assegurado pela ARS Algarve, com temas teóricos e supervisão de casos clínicos, tendo sido considerada uma lacuna pelos profissionais da saúde.

A Subcomissão divulgou o SNIPI junto do CLAS de Faro e Lagos, e as ELI's internamente junto dos profissionais da Saúde da Educação.

MEDIDAS PARA UM REFORÇO POSITIVO DO DESEMPENHO

O ano de 2013 constituirá mais um desafio para todos os intervenientes no SNIPI.

O alargamento da rede no Algarve é fundamental para o incremento da qualidade do SNIPI no Distrito, para esta concretização aguardamos a abertura de candidatura ao POPH- QREN que é da responsabilidade do Ministério da Solidariedade e Segurança Social.

Para a concretização desta reorganização, no que compete às competências atribuídas ao ministério da saúde é necessário que os protocolos revistos em 2012 se mantenham, ou seja que a ARS continue a reforçar a resposta em terapias através dos protocolos existentes com as cinco Instituições Públicas de Solidariedade Social, em Lagos o Núcleo de Educação da Criança Inadaptada (NECI) que dá suporte à ELI de Lagos, os Amigos Pequenininhos de Silves (APS) que integra a ELI de Portimão, a Associação de Apoio à Pessoa Excepcional do Algarve (APEXA) que integra a ELI de Loulé, a Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral de Faro (APPC) que integra a ELI de Faro e a Fundação Irene Rolo (FIR) que dá apoio à ELI de Tavira.

O investimento em novas parcerias por ELI, o desenvolvimento de planos de formação para todos os técnicos, o reforço da divulgação do SNIPI na comunidade e a sua continuidade juntos dos serviços de saúde, constituem algumas metas a atingir. Para este efeito foi publicada informação detalhada na página WEB da ARS Algarve e existe um microsite no site da DGS.

Foram efectuados e estão programadas acções junto do Hospital Central de Faro e do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio.

Acreditamos que as alterações decorrentes das referidas melhorias resultarão na consequente revisão dos Protocolos de Constituição das ELI's.

Finalizar a constituição do Núcleo de Supervisão Técnica, com a nomeação do representante da Saúde é mais uma das metas prioritárias, para tal têm sido estabelecidos diversos contactos entre a ARS e o Hospital de Faro e aguardamos a disponibilidade de uma médica do Centro de Neurodesenvolvimento do Hospital de Faro, que se encontra a terminar a especialidade.

Foram apresentadas ao Gabinete de Formação da ARS temas para formação na área da Intervenção Precoce para candidaturas ao POPH- QREN:

- Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF-CJ) prevista no Decreto-Lei nº 281/2009 de 6 de Outubro;
- Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP);
- Desenvolvimento Infantil e Classificação Diagnóstica das Perturbações da Saúde Mental DC 0 – 3;
- Avaliação e Desenvolvimento de Competências Parentais.

17.6. Plano de Contingência Regional para Temperaturas Extremas Adversas

As temperaturas extremas adversas constituem uma ameaça para a Saúde Pública. Vários estudos revelam uma associação entre o aumento da mortalidade/morbilidade e a ocorrência de ondas de calor (oc) e períodos de frio intenso. Portugal tem sido particularmente afectado por estes fenómenos extremos, como por exemplo as Ondas de Calor sentidas em 2003 para a qual foi estimado um aumento de 1953 óbitos em Portugal (excesso relativo de 43%).

Objectivos

O Plano tem como objectivo geral obter ganhos em Saúde através da minimização do impacto negativo de temperaturas extremas adversas sobre a Saúde da população do Algarve, anualmente, pelo período entre 15 de Maio a 30 de Setembro (Módulo Calor) e entre 15 Novembro a 31 de Março (Módulo Frio).

Especificamente o Plano pretendeu accionar o Sistema de Previsão e Alerta; Avaliar diariamente o risco da saúde da população do Algarve; Reforçar e adequar os cuidados de saúde e, em função do Nível de Alerta, accionar os mecanismos de resposta a desenvolver pelos serviços de Saúde e divulgar informação com recomendações dirigidas à população em

geral e entidades com responsabilidade social, Instituições de acolhimento de idosos e crianças.

ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

Durante o período de vigência do plano – Módulos Calor e Frio, foi accionado o Sistema de Previsão, Alerta e Resposta assegurando-se a recepção dos dados necessários à definição de alerta e foi estabelecido um circuito de recepção e difusão de informação a todas as entidades envolvidas no Plano.

A monitorização dos dados disponibilizados pelas várias entidades, permitiu a este Departamento avaliar diariamente o risco da saúde da população do Algarve, definir e emitir diariamente o Nível de Alerta para o dia seguinte (até às 16h).

Na vertente Módulo Calor foi determinado haver risco para a saúde da população em 8 dias e emitidos Alertas Amarelo nos dias 18, 19, 20 e 21 de Julho, 4,11,12 e 22 de Agosto. Na vertente Módulo Frio, foram emitidos 5 alertas amarelo, nos dias 4 de dezembro e 26, 27, 28 e 29 do mês de fevereiro pp. Não foi emitido nenhum Alerta Nível 3, Vermelho.

Foram informados os Serviços de Saúde internos, como as autoridades de saúde, conselhos executivos e direcções clínicas dos ACES do Barlavento, Central e Sotavento, Rede de Cuidados Continuados Integrados e outros serviços de saúde como os Hospitais públicos e para a Coordenação Regional da Cruz Vermelha.

Fora do âmbito dos Serviços de Saúde, os Alertas Amarelo foram difundidos para outras entidades como o Comandando Distrital de Operações de Socorro, Centro Distrital de Segurança Social, autarquias, Juntas de freguesia e outras instituições com responsabilidade social ou que trabalhem com elementos da população mais vulnerável, como os centros de acolhimento de idosos, de crianças bem como outras associações.

A identificação e a compilação em suporte informático dos contactos e endereços de e-mail de entidades da Região do Algarve que trabalham com os grupos de risco e população em geral (centros de acolhimento de idosos, de crianças, unidades turísticas, diversas associações e outros serviços de saúde) já iniciada nos anos transactos, foi novamente actualizada, particularmente ao nível da rede social- CLAS, por forma a dar continuidade ao pretendido, isto é, em situações de risco informar de uma forma expedita o maior número possível de instituições e habitantes.

Nos dias em que foram emitidos Alerta Amarelo as referidas entidades foram informadas via e-mail do Nível de Alerta emitido e difundidas recomendações e cuidados a adoptar para minimizar o impacte do calor.

Nos Serviços de Saúde foi criado um circuito paralelo de comunicação via sms, de modo a comunicar os alertas. Foram colocados banners on-line em diversos jornais da Região e enviadas notas de imprensa, divulgadas pelos jornais regionais/ portais da Internet.

Foi activado o microsite especial Ondas de Calor. Manteve-se a distribuição de material informativo com os conselhos sobre Ondas de Calor (Flyer “Cuidado com o Calor” e Folheto tríptico “Ondas de Calor”) junto das Instituições de Saúde, nos 32 Postos de Praia do Plano de Verão 2012, Autarquias, Região Turismo do Algarve e em eventos regionais onde a ARS Algarve esteve presente com o Stand Institucional.

CONSTRANGIMENTOS

Falta de indicadores harmonizados (a nível nacional) para avaliação do Plano.

17.7. Programa de Gestão de Resíduos Hospitalares nos Serviços de Cuidados de Saúde Primários

Os resíduos hospitalares (RH) são um produto das actividades desenvolvidas nos Serviços de Saúde, os quais, dada a sua variedade e pela sua potencial perigosidade, requerem uma gestão dedicada e integrada.

A gestão integrada de resíduos compreende as operações de produção, triagem, deposição, armazenamento, recolha, o transporte, tratamento, valorização e eliminação de resíduos.

Através da implementação deste Programa nos Serviços de Cuidados de Saúde Primários dá-se cumprimento ao disposto no Regime Geral da Gestão de Resíduos - Decreto-Lei n.º 73/2011, de 17 de Junho, e no Despacho n.º 242/96, de 13 de Agosto, o qual emana as Normas de Organização e Gestão dos Resíduos Hospitalares.

Objectivos

Objectivo Geral: Minimização de risco, quer para o ambiente quer para a saúde humana (de trabalhadores, utentes e comunidade).

Objectivos Específicos: Cumprimento da legislação em sede de gestão de resíduos, nas diversas operações que a integram: produção, triagem, deposição, armazenamento, recolha, o transporte, tratamento, valorização e eliminação de resíduos, atendendo às especificidades dos RH e aos locais de produção (Serviços de Cuidados de Saúde Primários). Optimização das operações de gestão de resíduos, no sentido da melhoria do desempenho ambiental nos Serviços de Saúde Primários da ARS Algarve, I.P.

ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

- Acompanhamento das actividades desenvolvidas e avaliação de procedimentos/equipamentos/ infraestruturas, no âmbito da gestão de resíduos, produzidos nos CS, LRSP, Serviços Farmacêuticos e Sede da ARS Algarve, I.P.;
- Realização de auditorias internas aos CS;
- Inscrição anual dos produtores de RH da ARS Algarve (CS, LRSP, Serviços Farmacêuticos e Sede) no Sistema Integrado de Registo da Agência Portuguesa do Ambiente (SIRAPA) e inserção de dados anuais de produção de resíduos no SIRAPA;
- Integração do ex-IDT na gestão de RH;
- Formação dos profissionais de saúde sobre gestão de RH;
- Estabelecimento de protocolos e contratos com outras entidades e empresas para recolha, transporte e tratamento final de resíduos.

O Quadro seguinte apresenta os valores globais de RH produzidos em 2012 (valor bruto e relativo) pelos serviços da ARS Algarve, I.P. (incluindo Sede).

	Produção global anual absoluta de resíduos	Produção anual relativa de resíduos (kg/1000 consultas)
Grupos I e II	134 960 Kg (74%)	103,5
Grupo III	41 474 Kg (23%)	31,8
Grupo IV	5663 Kg (3%)	4,3
Líquidos	12 588 kg	---
Taxa média de recolha seletiva (Grupos I+II)		53 %

CONSTRANGIMENTOS

- Nos Serviços/Centros de Saúde há dificuldade na manutenção das boas práticas em gestão de resíduos, em virtude da elevada rotatividade do pessoal afecto a este programa ou das actividades serem desenvolvidas por pessoal afecto a empresas externas de limpeza;
- Dificuldade de afectação de viaturas e pessoal para a implementação correta deste programa.

MEDIDAS PARA UM REFORÇO POSITIVO NO DESEMPENHO

- Incremento da formação sobre boas práticas em gestão de resíduos nos Serviços/Centros de Saúde;
- Reuniões de trabalho com os Elos de Ligação de Gestão de Resíduos de cada Serviço.

17.8. Programa de Prevenção e Controlo do tabagismo

Fumar causa, de forma directa ou indirecta, doenças, das quais as mais nomeadas são o cancro do pulmão, trombose cerebral e cardiopatia isquémica, e acelera processos degenerativos que aumentam o risco de morte prematura.

O consumo de tabaco é a primeira causa evitável de doença, incapacidade e morte nos países desenvolvidos. Sabe-se que os riscos para a saúde decorrentes do consumo de tabaco começam a diminuir após a interrupção do consumo. O programa tem como objectivos reduzir em pelo menos 2 % a prevalência do consumo de tabaco (diário ou ocasional) na população com 15 ou mais anos e a exposição ao fumo ambiental do tabaco.

ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

Desenvolveram-se actividades de acompanhamento e recolha de dados, associadas às consultas de apoio intensivo à cessação tabágica.

CONSULTAS DE APOIO INTENSIVO DE CESSAÇÃO TABÁGICA EM ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE DO SNS											
MAPA RESUMO 2012											
ANO: 2012		PERÍODO: ANUAL		ARS Algarve							
Região	ACES/ CH	Centro de Saúde/ Hospitais	População (N.º de habituantes residentes)	Nº Total de Utentes ou 1ªs Consultas		TOTAL 1ªs Cons. (masc.+ fem.)	Nº Total de Consultas seguintes		TOTAL Cons.segu- intes (masc.+ fem.)	Total 1ªs cons.+total cons. seguitas	
				Masculino	Feminino		Masculino	Feminino			
ALGARVE	Algarve I - Central	Centro de Saúde de Albufeira	46.773							0	
		Centro de Saúde de Faro	74.549	23	18	41	72	61	133	174	
		Centro de Saúde de Loulé	79.011			0			0	0	
		Centro de Saúde de Olhão	44.339			0			0	0	
		Centro de Saúde de São Brás de Alportel	10.836			0			0	0	
	Algarve II - Barlavento	Centro de Saúde de Aljezur	5.893			0			0	0	
		Centro de Saúde de Lagoa	25.808			0			0	0	
		Centro de Saúde de Lagos	35.195			0			0	0	
		Centro de Saúde de Monchique	7.224			0			0	0	
		Centro de Saúde de Portimão	60.795			0			0	0	
		Centro de Saúde de Silves	38.305	16	10	26	24	17	41	67	
		Centro de Saúde de Vila do Bispo	6.187			0			0	0	
	Algarve III - Sotavento	Centro de Saúde de Alcoutim	3.528			0			0	0	
		Centro de Saúde de Castro Marim	6.495			0			0	0	
		Centro de Saúde de Tavira	28.105			0			0	0	
		Centro de Saúde de Vila Real de Santo António	22.306			0			0	0	
	CENTRO HOSPITALAR DO BARLAVENTO ALGARVIO, EPE	H do Barlavento Algarvio				0			0	0	
		HD de Lagos				0			0	0	
		HOSPITAL DE FARO, EPE			24	17	41	45	24	69	110
		TOTAL			63	45	108	141	102	243	351

Realizada formação em Intervenção Intensiva na Cessação tabágica destinada a profissionais de saúde dos ACES (Formandos - Médicos (7), Enfermeiros (7) e uma dietista), nomeadamente os que constituíram equipa para início de consulta de apoio intensivo à cessação tabágica nas Unidades Funcionais de Lagoa e Portimão.

Dinamizadas acções de sensibilização para a problemática do tabagismo e de incentivo à cessação tabágica nas comemorações do Dia do Não Fumador, Dia Mundial sem Tabaco e no âmbito da participação da ARS Algarve no Mercadinho Social-Saúde no evento Faro Activo.

Desenvolvimento de uma acção de sensibilização para a problemática do tabagismo dirigida a alunos do 2º e 3º ciclo do ensino básico de uma escola do concelho de Faro

CONSTRANGIMENTOS

- As orientações programáticas relativas ao Programa Nacional de Prevenção e controlo do tabagismo (PNPCT) publicadas em Setembro 2012
- Não haver equipa de regional responsável pelo programa

MEDIDAS PARA UM REFORÇO POSITIVO DO DESEMPENHO

Equipa multidisciplinar para desenvolvimento das actividades do PNPCT em diferentes grupos alvo.

17.9. Programa de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (ICAS)

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde constituem um problema importante de saúde pública por serem causa significativa de morbilidade e mortalidade e pela sobrecarga que representam para os doentes, profissionais e sistemas de saúde. A situação agrava-se pelo facto da emergência e propagação de microrganismos resistentes aos antimicrobianos dificultar o controlo destas infecções. São, actualmente, consideradas como um indicador da qualidade dos cuidados de saúde prestados.

O programa de prevenção e controlo das IACS visa identificar e reduzir os riscos de transmissão de infecções decorrentes da prestação de cuidados nos vários níveis de cuidados (Hospitalares, Cuidados de Saúde Primários e Cuidados Continuados Integrados), através da implementação da Vigilância Epidemiológica (VE) destas infecções, elaboração e divulgação de normas de boas práticas, formação de profissionais e da consultoria e apoio às unidades de saúde.

ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

Rede de estruturas de prevenção e controlo de infecção nos diferentes níveis de cuidados de saúde.

Em todos os níveis de cuidados (Hospitalares, Cuidados Continuados Integrados, Cuidados de Saúde Primários) existem estruturas de prevenção e controlo de infecção que realizam reuniões periódicas e desenvolvem actividades de forma regular.

- Foram realizadas reuniões do representante do GCR com as CCI do nível de cuidados que representam, para discussão de aspectos relacionados com a organização e desenvolvimento das actividades e elaboração dos planos de ação. Ao nível dos Cuidados de Saúde Primários estiveram envolvidos nas reuniões para além dos elementos da CCI elementos dos órgãos de gestão.
- Ao longo do ano, foram realizadas várias reuniões e deslocações aos 2 hospitais públicos, 5 hospitais privados e ao CMFR (Centro de Medicina Física e Reabilitação), para acompanhamento/apoio das CCI.
- A nível dos Cuidados Continuados, foram realizadas visitas de acompanhamento a 14 das 16 Unidades (87,5%).

Programas de Vigilância Epidemiológica

- Feito o acompanhamento e apoio à gestão de 58 situações de utentes de Lares e de Unidades de Cuidados Continuados Integrados, portadores de microrganismos epidemiologicamente significativos (multirresistentes ou *clostridiumdifficile*)
- No âmbito do surto por *clostridiumdifficile* ocorrido numa das unidades hospitalares, em que foram afectados doentes que também tiveram internamentos em UCCI e Lares, foram realizadas reuniões com a CCI do Hospital, responsáveis das Unidades de Cuidados Continuados e da Gestão dos Lares envolvidos, responsável da EC Regional dos Cuidados Continuados. Foi realizada formação para os funcionários e gestores destes Lares e visitas de acompanhamento às unidades envolvidas (4 Lares e 2 UCCI).
- Operacionalizado o ENPI (Estudo Nacional de Prevalência da Infecção) em todas as unidades de Cuidados Continuados e o IP (Inquérito de Prevalência da Infecção Nosocomial) nos Hospitais.
- Operacionalizada a colaboração das estruturas de controlo de infecção dos CSP na VE da infecção do local cirúrgico.
- Vigilância Epidemiológica nos Hospitais

- Vigilância Epidemiológica (VE) nos Hospitais Públicos:

CHBA – Aderiu a 100% dos Programas propostos a Nível Nacional

Hospital de Faro E.P.E. – Aderiu a 67% dos Programas propostos a Nível Nacional

- VE nos Hospitais Privados:

A situação em relação à adesão aos Programas de Vigilância Epidemiológica foi a seguinte:

Programas de VE	HPA - Gambelas	HPA - Alvor	HPP S. Gonçalo	HPP Sta. Maria	HPP Albufeira	CMRS
VE - ILC	Não	Não	Não	Não	Não	Não aplicável
VE - IUCI	Não	Não	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável
VE - INCS	Não	Não	Não	Não	Não	Não
VE - MES	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
VE- Neonatologia	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável	Não aplicável
VE - IP	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim

Realizada a monitorização de normas de boa prática através da realização de auditorias internas periódicas, nos hospitais públicos, Unidades de Cuidados Continuados e em ACES.

Normas de boas práticas

- Foi feita a divulgação e acompanhamento da implementação das normas de Boas Práticas.
- Deu-se continuidade às actividades de divulgação, implementação e operacionalização da Campanha Nacional da Higiene das Mãos (CNHM).

Ao nível dos CSP além das 7 unidades que já desenvolviam actividades da Campanha da Higiene das Mãos aderiram mais duas unidades do ACES Barlavento. Para preparar o alargamento da Campanha na zona do barlavento foi realizada uma reunião que teve a participação dum dos elementos dinamizadores desta Campanha no ACES Central, para apresentação dos resultados da sua experiência neste ACES.

Das 16 Unidades de Cuidados Continuados, 14 (87,5%) mantiveram a adesão à CNHM.

Todos os hospitais públicos e privados aderiram, à excepção dum hospital privado. Todas as unidades aderentes desenvolveram actividades formativas.

Formação/Informação

- Todas as unidades hospitalares e dos cuidados continuados desenvolveram actividades de formação para os seus profissionais, quer no âmbito da prevenção e controlo da infecção como no âmbito da CNHM.
- Ao nível dos Cuidados de Saúde Primários foi dinamizada uma ação de formação para elos de ligação e promovida a participação de elementos das equipas de controlo da infecção em formações promovidas por entidades externas.
- Na sequência de reunião realizada com responsáveis pela área dos equipamentos sociais (lares) da Segurança social, foi realizada sessão de formação em princípios básicos de prevenção e controlo da infecção dirigida aos profissionais que efectuem o acompanhamento dos lares.
- Foi realizada formação para implementação do ENPI.

Outras actividades

- Reunião entre o Grupo Coordenador Regional com o Responsável do PNCI e elementos das CCIs e das Direcções clínicas dos hospitais em que esteve presente um Vogal do CD da ARS Algarve, para discussão do relatório do IGAS acerca das actividades de prevenção e controlo da infecção a nível nacional.
- Foram criadas Comissões de antimicrobianos nos 2 Hospitais Públicos, nomeados consultores para a área da resistência aos antimicrobianos em todas as UCCI e em 2 dos 3 ACES da região.
- Antes do início da época gripal, foram divulgados materiais dirigidos à população em geral no âmbito da “Prevenção das resistências aos antimicrobianos – Consumo racional de antibióticos”, através dos Centros de Saúde, Hospitais, Unidades de Cuidados Continuados, da Câmara Municipal de Portimão, CP (Estações de Caminhos de Ferro de Portugal) e da Segurança Social.

CONSTRANGIMENTOS

- Falta de estabilidade na constituição das equipas de controlo da infecção nos ACES Sotavento e Barlavento.
- Embora seja formalmente atribuída carga horária para o desenvolvimento das actividades em prevenção e controlo da infecção, na prática os elementos das estruturas

de controlo da infecção não têm essa disponibilidade, nomeadamente os médicos das CCI, os elos de ligação.

- Pouca sensibilidade dos órgãos de gestão para a problemática da prevenção e controlo da infecção.

MEDIDAS PARA UM REFORÇO POSITIVO DO DESEMPENHO

- Reforço do acompanhamento das CCIs dos diferentes níveis de cuidados na implementação das suas actividades.
- Criar um microsite do Grupo Coordenador Regional de Controlo de infecção na página oficial da ARS Algarve, IP, onde sejam visadas as seguintes áreas:
 - Vigilância epidemiológica;
 - Normas e orientações;
 - Formação;
 - Pareceres e informação de interesse.

17.10. Segurança do Doente

A segurança do doente, enquanto componente fundamental da qualidade dos cuidados de saúde, assumiu uma relevância particular nos últimos anos.

Diversos estudos internacionais e nacionais são unânimes em demonstrar que aproximadamente 10% dos doentes que recorrem ao hospital sofrem um evento adverso como consequência dos cuidados prestados. As causas mais frequentes são: o uso de medicamentos, as infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) e as complicações peri operatórias. Estes estudos são também unânimes ao afirmar que aproximadamente 50% destas complicações poderiam ter sido prevenidas.

Uma revisão de literatura sobre incidentes em cuidados de saúde primários desenvolvida por uma agência de Qualidade no Reino Unido refere que apesar de uma sub-notificação de eventos adversos os mais registados têm a ver com: Falha ou atraso na realização do diagnóstico; Gestão do Medicamento (↑ % eventos adversos): Prescrição; dispensa pela farmácia; Comunicação entre os doentes e os profissionais de saúde.

As IACS, estão entre as causas mais frequentes e potencialmente mais nocivas dos danos não intencionais que afectam, em média, um em cada vinte doentes internados, o que corresponde, anualmente, a 4,1 milhões de doentes na UE.

As IACS são frequentemente difíceis de tratar devido à resistência aos anti-microbianos por parte dos microrganismos que as provocam.

De acordo com as orientações internacionais supracitadas, e com o intuito de ir preparando a Região do Algarve para a implementação de um Programa de Segurança do Doente de âmbito Nacional, a Administração Regional de Saúde do Algarve considera oportuna a criação de um “Programa Regional para a Segurança do Doente” (PRSD), sob as orientações da Direcção-Geral da Saúde.

A missão do PRSD – ARS Algarve é aumentar a segurança na prestação de cuidados ao doente na Região do Algarve, nomeadamente através da implementação de medidas nas áreas da prevenção e controlo das IACS, na prevenção e controlo dos eventos adversos decorrentes das cirurgias, na prevenção e controlo da ocorrência de úlceras nos doentes, na prevenção e controlo dos erros medicamentosos entre outros.

ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

A Segurança do doente tem várias áreas de acção em que foram desenvolvidas actividades:

- Prevenção e controlo de infecção;
- Campanha nacional de Higiene das Mãos;
- Resistência aos Anti-microbianos;
- Feridas /Úlceras de pressão;
- Cirurgias Seguras;
- Gestão de risco;

Transversalmente a estas áreas as actividades desenvolvidas foram:

- Continuidade na elaboração do documento de desenvolvimento do programa regional;
- Divulgação e acompanhamento na implementação de orientações emanadas pela Direcção-Geral da saúde na área da segurança do doente;
- Foi disponibilizada informação sobre as diversas áreas da segurança do doente aos profissionais e cidadãos como forma de contribuir para a promoção de uma cultura de segurança;

- Participação em reuniões na DGS no âmbito de assuntos na área da segurança do doente;

Prevenção e controlo de infeção:

Integrando o grupo coordenador regional de controlo de infeção as actividades foram as seguintes:

- Participação na elaboração de plano de acção do GC Regional
- Elaboração de reuniões com todos os hospitais públicos e privados com excepção de um para discussão dos planos de acção e relatórios de actividades locais.
- Apoio aos hospitais sempre que estes o solicitaram através de deslocação às instituições por telefone ou e-mail.
- Apoio e acompanhamento de surto de *Clostridium difficile* na zona do Barlavento Algarvio através de:
 - Reuniões com o CHBA
 - Reuniões e visita para apoio a uma UCCI envolvida;
 - Reuniões com os lares envolvidos;
 - Formação para gestores e profissionais dos lares envolvidos
 - Visita aos lares para avaliação de risco nos lares envolvidos com elaboração de relatório para os gestores dos lares;
 - Apoio na articulação entre as várias unidades envolvidas aos 3 níveis de cuidados;
 - Formação para os funcionários e gestores dos lares
 - Colaboração na análise e elaboração de relatórios de surto.
- Apoio na formação regional relativa ao estudo de Prevalência de Infeção nos Cuidados Continuados (ENPI) realizado sob a égide da DGS;
- Foram feitas reuniões no âmbito do protocolo existente entre a ARS e a Ordem dos dentistas para planeamento de acções que visem a melhoria de procedimentos nos consultórios dentários, nomeadamente no processamento de dispositivos reutilizáveis.
- Campanha nacional de Higiene das Mãos
- Acompanhamento e apoio nas unidades aderentes à CNHM na região do Algarve aos 3 níveis de cuidados;
- Articulação com os Hospitais públicos aderentes para facilitação de formação no âmbito da CNHM;
- Apoio para análise de dados no ACES aderentes;
- Resistência aos Anti-microbianos

- Solicitação de material da campanha nacional dedicada ao cidadão ao responsável do Programa Nacional de Prevenção da Resistência aos Anti-microbianos (PNPRA);
- Transporte do material da DGS para o Algarve;
- Elaboração de listagem de distribuição dos folhetos, Cartazes e Cartazes para Mupis.
- Contacto e articulação com a Câmara Municipal de Portimão para operacionalização da distribuição e colocação dos cartazes em Mupis na cidade de Portimão.
- Feridas /Úlceras de pressão
- Integrando o Grupo Técnico de feridas foram desenvolvidas actividades que visam a análise de dados relativos às úlceras de pressão nos Cuidados de saúde Primários na região do Algarve;
- Colaboração em elaboração de documento regional com orientações para prevenção e tratamento de úlceras de pressão;

Cirurgias Seguras

- Mantém-se a comunicação e articulação com os elementos nomeados como interlocutores locais (1 por hospital) no sentido de dar continuidade à implementação da lista de verificação cirúrgica e apoiar as unidades na resolução de dificuldades na implementação das circulares que orientam este procedimento.
- Articulação com o coordenador nacional do projecto “cirurgias seguras” para encaminhamento de dúvidas a nível dos hospitais da região.
- Gestão de risco
- Foram planeadas e elaboradas 2 actividades formativas na área da segurança do doente e gestão de risco, com a duração de 2 dias dirigida a lugares de gestão e elementos dinamizadores nos cuidados de saúde primários.
- Feita pesquisa de elementos que poderiam estar disponíveis para integrar um possível grupo de gestão de risco nos CSP na região do Algarve.

CONSTRANGIMENTOS

A segurança do doente é uma área muito abrangente e não há um programa nacional que dê orientações para elaboração de programas regionais. Isso tem dificultado o “desenho” de um programa formal na região.

Outra dificuldade tem a ver com a escassez de recursos humanos para desenvolver este programa de maneira mais célere.

MEDIDAS PARA UM REFORÇO POSITIVO DO DESEMPENHO

A consciência crescente de que a segurança do doente é um problema de saúde pública tem vindo a crescer na região. Para que isso continue a acontecer o reconhecimento público e assumido por parte dos órgãos de gestão de que as acções desenvolvidas na área da segurança do doente são importantes para a melhoria dos cuidados aos doentes é de extrema importância.

As medidas de maior impacto têm a ver com a continuidade de acções formativas/informativas em cada uma das áreas atrás citadas com envolvimento cada vez maior do cidadão.

Por outro lado dar visibilidade ao que já se faz “bem feito” nesta área na região é muito importante envolvendo desta maneira os profissionais de saúde que em cada uma das áreas desenvolvem acções.

Seria também de uma importância extrema criar uma consultoria formal com elementos de referência nacional que nos apoiassem na área da Segurança do doente.

17.11. Grupo Técnico de Feridas (GTF)

A finalidade do GTF é contribuir para a prestação de cuidados de qualidade através da prevenção/atraso no aparecimento e do tratamento que proporcione uma rápida cicatrização das feridas, de forma custo-efectiva, aos utentes dos Cuidados de Saúde Primários e em articulação com as Comissões de Feridas dos dois hospitais públicos.

ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

Incentivado junto dos profissionais de saúde o recurso à terapia compressiva como “Gold Standard” no tratamento da úlcera de perna de etiologia venosa.

Dinamizada formação na “Abordagem ao doente com ferida crónica” para enfermeiros e médicos das unidades funcionais dos ACES, com recurso à plataforma de ensino virtual da ARS Algarve.

Reforço junto dos responsáveis de enfermagem das unidades, para necessidade de serem enviados dados sobre a realidade das feridas crónicas, de forma consistente, para que possa ser avaliada a prevalência das feridas crónicas consideradas prioritárias pelo Grupo. Reportaram informação 21 unidades (53%) funcionais onde são prestados cuidados a doentes com ferida.

A análise dos dados obtidos encontra-se reflectida no quadro seguinte

Utentes	Somatório das Unidades que participaram		
Utentes com Ferida Crónica			
Nº Feridas tratadas	1410	429 - Cicatrizadas	
Úlcera da Perna	417	64- por recidiva	
Úlcera Venosa	217		
Úlceras Venosas que não foram tratadas com Terapia Compressiva	116	Porque não tem indicação clínica - 43	Cicatrizadas - 42
		Por falta de formação dos profissionais - 48	
		Por falta de material - 1	
		Por recusa do utente - 11	
Úlceras Venosas que foram tratadas com Terapia Compressiva	101	Cicatrizadas - 44	13- Fazem vigilância após a cicatrização
			30- Não faz vigilância após a cicatrização
Úlcera Arterial	40	Cicatrizadas -14	
Úlcera Mista	59	Cicatrizadas -17	
Úlcera da Perna não Diferenciada	95	Cicatrizadas -39	
Úlcera da Perna não caracterizada	6	Cicatrizadas -1	
Úlceras de Pressão	863	Cicatrizadas -256	
Pé Diabético	92	Cicatrizadas -13	
Ferida Maligna	16		

Em elaboração os documentos “protocolo de actuação na úlcera de perna, de pressão e na dor do doente com ferida crónica”.

CONSTRANGIMENTOS

Dispersão dos elementos integrantes do grupo por diversas actividades que implica menos disponibilidade de tempo para esta temática.

17.12. Vigilância Epidemiológica Saúde Ambiental

A Saúde Ambiental compreende os aspectos da saúde humana (incluindo a qualidade de vida) que são determinados por factores físicos, químicos, biológicos, sociais e psicológicos do ambiente. Também inclui a avaliação, a correcção, a redução e a prevenção dos factores no ambiente que, potencialmente, podem afectar de forma adversa a saúde das gerações presentes e futuras (Plano Nacional de Saúde 2004/2010).

À área funcional de Saúde Ambiental compete, em geral, funções de organização, orientação e apoio a todas as acções de vigilância e controlo dos riscos ambientais no âmbito das

competências legalmente conferidas à Autoridade de Saúde Regional/Departamento de Saúde Pública e Planeamento e às Autoridades de Saúde de âmbito local/Unidades de Saúde Pública dos ACeS. A sua missão passa por reconhecer e identificar factores do ambiente, passíveis de provocar danos na saúde pública.

O DL n.º 82/09, de 02 de Abril, refere no n.º 3 do artigo 5º que compete às Autoridades de Saúde «vigiar o nível sanitário dos aglomerados populacionais, dos serviços, estabelecimentos e locais de utilização pública e determinar as medidas correctivas à defesa da saúde pública».

ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

No âmbito da Vigilância Epidemiológica em Saúde Ambiental realizam-se diversas acções de vigilância e controlo dos riscos ambientais, com a principal finalidade contribuir para mitigar a exposição a factores de risco para a saúde associados ao meio ambiente, de modo a minimizar os seus efeitos na saúde da população.

Áreas Intervenção Programadas (vide fichas-programa em anexo):

Promoção da Qualidade da Água

- Vigilância Sanitária da Qualidade da Água para Consumo Humano*
- Vigilância Sanitária da Qualidade da Água para Consumo Humano e Fins Selectivos*
- Vigilância Sanitária da Qualidade da Água Mineral Natural (Engarrafada e Termal)*
- Vigilância Sanitária da Qualidade em Águas Recreativas/Terapêuticas (Piscinas e RDA)*
- Vigilância Sanitária das Águas Residuais

Prevenção da Doença dos Legionários (Estabelecimentos Turísticos, Hospitalares e Termais)*

Higiene e Segurança Alimentar (Promoção da qualidade microbiológica das refeições escolares) *

Vigilância Sanitária de Estabelecimentos

Saúde Escolar (Avaliação das Condições de Segurança, Higiene e Saúde dos Estabelecimentos Escolares)

Qualidade do Ar

Temperaturas Extremas Adversas (Módulo Calor e Módulo Frio)*

Prevenção de Doenças transmitidas por Artrópodes*

Gestão de Resíduos Hospitalares*

Apoio às Autoridades de Saúde/ARS Algarve na emissão de pareceres técnicos e sanitários

*(vide fichas-programa em anexo)

TRABALHOS REALIZADOS E APRESENTADOS

- Comunicações: Prevenção da Doença dos Legionários; Prevenção de Doenças transmitidas por Artrópodes (seminários da UALG) – Set 2012; REVIVE 2011 – Culicídeos e Ixodídeos – ARS Algarve, I.P.
- Publicações:
 - Manual de Boas Práticas em Sustentabilidade no Sector da Saúde (Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P. e Servicio Andaluz de Salud);
 - Artigo Científico (decorrente da colaboração num projeto científico de doutoramento): “Análise das condições de sustentabilidade local e Lógica Difusa: o desenvolvimento de um sistema baseado na opinião de experts para avaliar a saúde ambiental do Algarve, Portugal.” (Centro de Estudos Geográficos da Universidade de Lisboa, Portugal; Universidade de S. Paulo, Brasil e Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P., Faro, Portugal).

CONSTRANGIMENTOS

- Limitações ao nível tecnológico que condicionam a pesquisa/identificação de novos parâmetros (compostos emergentes);
- Ausência de um sistema de informação Nacional e Regional “Ambiente-Saúde”;
- Escassez de trabalhos de investigação na área Ambiente-Saúde;
- Ausência de um Sistema de Informação, nomeadamente o Sistema de Informação em Saúde Pública (SISP), que permita apoiar as funções essenciais da saúde pública, envolvendo todos os profissionais independentemente da sua formação de base, passando por níveis diferentes de agregação, gestão e partilha de informação. No que respeita à monitorização da situação de saúde da população, o SISP tem a possibilidade de ligação a várias fontes de informação de outras entidades, nomeadamente georreferenciação. O SISP está já a ser utilizado em pleno na ARS LVT, I.P.;
- Dificuldades nas deslocações necessárias à operacionalização dos diversos programas.

MEDIDAS PARA UM REFORÇO POSITIVO DO DESEMPENHO

- Melhorar a articulação intersectorial;
- Reforço para aquisição de um Sistema de Informação em Saúde Pública;
- Participação em acções de divulgação/comunicação;
- Colaboração na realização de trabalhos de investigação e de estudos epidemiológicos.

17.13. Programa Prevenção Doenças Transmitidas por Artrópodes

As doenças veiculadas por vectores têm emergido, ou re-emergido, como resultado de vários fatores como sendo os demográficos e sociais, alterações genéticas nos agentes patogénicos, alterações climáticas, resistência dos vectores a insecticidas e inversão da importância dada à resposta à emergência em detrimento da prevenção.

Determinadas espécies de mosquitos culicídeos e outros artrópodes podem ser vetores de doenças como a malária, febre amarela, dengue, vírus do Nilo Ocidental, encefalite japonesa, chikungunya, toscana, em que a sua dispersão geográfica implica o acréscimo do risco de infecção.

Os ixodídeos (carraças) são considerados em Portugal e na Europa, artrópodes vetores com risco para a saúde pública. São vetores de inúmeros agentes etiológicos e responsáveis por doenças como a babesiose, febre Q., encefalites, borreliose de Lyme e febre escarlatina-nodular (estas últimas DDOs – Doenças de Declaração Obrigatória). Acresce ainda o cumprimento do Regulamento Sanitário Internacional (D.R. 1.ª série, N.º 16, de 23 de Janeiro de 2008).

ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

Vertente Culicídeos (Mosquitos)

- Participação no 4º workshop REVIVE no Centro Estudos e Vectores Doenças Infecciosas do Instituto Nacional de Saúde – Centro de Estudos de Vectores e Doenças Infecciosas (CEVDI) do INSA (20 de Abril 2012).

Actividades de controlo vectorial

- Visitas aos 16 concelhos da região para identificação e avaliação das condições de locais criadores ou potenciais criadores (1ª fase do trabalho de campo – Abril/Maio; 2ª fase – Setembro/Outubro); Estas visitas foram realizadas pelos serviços de saúde pública e elementos das autarquias e da empresa Águas do Algarve, SA. No total foram identificados cerca de 270

pontos de vigilância, onde cerca de 10% (26) positivos, ou seja, que correspondem a criadores com necessidade de intervenção por parte das autoridades competentes ou entidade gestora de ETAR. Em setembro foi realizada nova reavaliação, tendo-se registado no global uma subida do nº de criadores de mosquito, passando a uma predominância 26% de locais positivos. Contudo, estes valores são meramente informativos, per si nada indicam ao nível de risco efectivamente existente, uma vez que não se está a ter em consideração a concentração de larvas existente em cada criador, não há informação acerca da população humana exposta, as condições climáticas também poderão condicionar a actividade vectorial, entre muitos outros factores. Contudo, o objectivo é sempre que o valor de criadores positivos seja tão reduzido quanto possível.

- Recomendação de medidas de controlo em função da avaliação das condições, conducentes à minimização de risco (através da eliminação ou redução das condições de ovo posição e proliferação de populações de mosquitos).

Vigilância de vectores adultos e fases larvares

- Colheita de mosquitos adultos e imaturos (22 de Maio a 18 de Outubro), num total de 71 armadilhas/noite em 6 postos biológicos, e 33 colheitas de imaturos. Os equipamentos utilizados para as capturas de mosquitos adultos foram armadilhas tipo CDC. O CO₂ foi utilizado como isco em 83% das colheitas. Por norma as armadilhas foram colocadas às 19:00h e retiradas às 08:10h do dia seguinte. As colheitas de imaturos realizaram-se em criadores positivos anteriormente identificados. Os locais de colheitas dos espécimes foram registados com recurso a GPS.

- As amostras de espécimes colhidas foram enviados para o CEVDI/INSA para análise laboratorial, cujos resultados relativos às espécies identificadas e infecciosidade foram enviadas por este Centro com uma frequência mensal a todas ARS.

Resultados

- Identificados 4045 espécimes, dos quais 3376 imaturos (83%) e 669 adultos fêmeas (17%) (laboratório do CEVDI do INSA);

- Identificadas nove espécies de culicídeos adultos e três espécies de imaturos, que fazem parte da fauna de culicídeos de Portugal. Não foram identificadas espécies exóticas/invasoras;

- Na pesquisa de arbovírus não foram identificados vírus patogénicos para o Homem, nem flavivírus específicos de insecto (Mosquito OnlyFlavivirus). Desde 2006 que não é identificada infecciosidade nos mosquitos colhidos na região por arbovírus patogénicos para o Homem.

Vertente Ixodídeos (Carraças)

- Participação na formação de 8 horas em ixodídeos sobre o tema “REVIVE - Carraças, 2ª edição” no âmbito do protocolo colaboração REVIVE 2010-2015;

- Realização de colheitas nos 3 ACeS, no ambiente (fase livre) e no hospedeiro (fase parasitária), de Março a Outubro. Para o efeito, procedeu-se à técnica da bandeira no ambiente e, no hospedeiro, à colheita em bovinos, canídeos, caprinos e equinos (colheitas programadas), e no Homem quando um utente se dirigia a uma Unidade de Saúde (colheitas não programadas).

Resultados

-Do total 58 colheitas realizadas, 11 foram sem sucesso (19%), 44 em hospedeiro e 14 na vegetação;

- Das 44 colheitas efectuadas em hospedeiro, 10 foram no hospedeiro Homem;

- Capturaram-se 699 exemplares (629 adultos e 70 ninfas);

- Identificadas em laboratório cinco espécies: *Ixodes ricinus*, *Hyalomma lusitanicum*, *H. marginatum*, *Rhipicephalus pusillus* e *R. sanguineus* (espécie predominante, representando 95,9%);

- Na pesquisa de agentes etiológicos, nomeadamente *Borrelia* e *Rickettsia*, foi considerado uma amostra de 77 exemplares (11% do total de exemplares capturados), para a qual, apesar de ter sido detectada a presença de *Rickettsia* (prevalência de 5,2%) as espécies detectadas (*R. massiliae* e *R. monacensis*) não estão associadas a doença no homem em Portugal. Também não foi detectada a presença de *Borrelia*.

CONSTRANGIMENTOS

- Na vertente vigilância culicídeos, tem-se verificado alguma resistência na aplicação de medidas de controlo recomendadas por este Departamento, por parte das autoridades competentes, nomeadamente algumas autarquias;
- Falta de viaturas adaptadas ao trabalho de campo, nomeadamente nas actividades de identificação/monitorização dos locais criadores de mosquitos nos concelhos do Algarve;

- Falta de software adequado, nomeadamente sistemas de informação geográfica, como ferramenta fundamental na agregação e cruzamento de dados com outras entidades.

MEDIDAS PARA UM REFORÇO POSITIVO NO DESEMPENHO

- Na vertente vigilância de ixodídeos, o esforço de captura deveria ser constante ao longo do ano e geograficamente, contribuindo assim para garantir uma maior e melhor representatividade da população de ixodídeos;
- Fomentar a importância da vigilância de ixodídeos na região do Algarve, no sentido de continuar a integrar a rede de informação mais ampla a nível europeu, nomeadamente a rede de médicos entomologistas e especialistas em saúde pública – VBORNET fundada pelo ECDC.

Neste nível, são produzidos mapas de distribuição (disponíveis online), regularmente actualizados, das principais espécies vectores de doença na Europa. Considerando tratar-se de doenças que podem ser prevenidas, a continuidade da produção de informação (pesquisa destes vectores) permitirá ter a base de apoio às autoridades de saúde, à decisão, à melhor intervenção e assim reduzindo o impacto na saúde.

17.14. Saúde Ocupacional Externa

A Saúde Ocupacional é uma das áreas mais relevantes da Saúde Pública, visto que se dirige à população trabalhadora das empresas da zona geográfica de intervenção dos serviços de Saúde Pública. Esta população alvo representa um grupo numeroso de indivíduos que está sujeito a riscos profissionais muito frequentes e graves. O fardo da saúde ocupacional, para além das doenças profissionais e dos acidentes de trabalho, inclui um vasto conjunto de doenças ligadas ou relacionadas com o trabalho, isto é, desencadeadas ou agravadas pelas condições de trabalho, ainda que o sejam de forma não determinante.

A Saúde Ocupacional tem como finalidade promover actividades que visem a protecção e promoção da saúde dos trabalhadores, através de estratégias que contribuam para a redução dos riscos profissionais, e para a melhoria constante das condições dos locais de trabalho.

Os princípios que visam promover a Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho encontram-se estabelecidos na Lei n.º 102/2009, de 10 de Setembro, que regulamenta o Artigo 284º do Código do Trabalho, e preconizam essencialmente, a redução dos riscos profissionais, a adequação das condições dos locais de trabalho e a Promoção da Saúde dos trabalhadores.

Às Autoridades de Saúde compete, em especial vigiar o nível sanitário dos aglomerados populacionais, dos serviços, e estabelecimentos, entre os quais os que exercem actividade no âmbito da Saúde/Medicina do Trabalho, bem como, ordenar a interrupção ou suspensão de actividades ou serviços em condições de grave risco para a saúde pública (DL n.º 82/2009 de 2 de Abril). As Unidade de Saúde Pública (USP) têm por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde das populações, nomeadamente da numerosa população trabalhadora, da respectiva área geográfica de intervenção.

ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

Das competências do DSPP da ARSA, I.P. nesta área, destacaram-se nos últimos dois anos:

- Colaboração com a DGS, na fase de vistoria, nos processos de autorização/licenciamento do exercício de empresas prestadoras de serviços externos de Saúde do Trabalho;
- Realização de visitas extraordinárias a empresas por solicitação da DGS e da Autoridade para as Condições de Trabalho, em colaboração para avaliação das reclamações ou denúncias dos trabalhadores ou seus representantes e de outros;
- Registo epidemiológico das doenças profissionais;
- Representação na comissão técnica de acompanhamento do Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC), liderada pela DGS, (integradas também pelas equipas regionais responsáveis pelas vistorias de autorização/licenciamento às empresas prestadoras de serviços de Saúde do Trabalho).

INDICADORES DE AVALIAÇÃO	
N.º de empresas prestadoras de serviços de Saúde do Trabalho autorizadas na Região/ N.º de empresas prestadoras de serviços de Saúde do Trabalho existentes na Região: 18/19 (97.7%)	
N.º empresas autorizadas/n.º empresas vistoriadas <u>2011</u> : 11/12 (91.7%) <u>2012</u> : 6/6 (100%)	
N.º total de vistorias e fiscalizações realizadas <u>2011</u> : 15 <u>2012</u> : 7	
N.º reuniões de acompanhamento do PNSOC participadas/n.º de reuniões convocadas pela DGS; <u>2011</u> : 3/4 (75%) <u>2012</u> : 4/5 (80%)	
Comissão Técnica de Acompanhamento do PNSOC – Contributos para Documentos de Trabalho no ano de 2012	
Documentos finalizados (4)	Documentos em fase realização/aprovação (6)
• Informação Técnica 4/2012/DGS: “Saúde Ocupacional /Saúde do trabalho nas Unidades de Saúde Pública” (anexos: guião de visita, inquérito epidemiológico e proposta de formação às USP locais em 2013). • Instrução 6/2012/DGS: “Auditorias às empresas externas prestadoras de saúde do trabalho” (anexo: guião de auditoria). • Instrução 7/2012/DGS: “Notificação de atividade	• Programa Nacional de Saúde Ocupacional 2013-2017. • Manual de procedimentos de saúde do trabalho/ saúde ocupacional: estrutura interna. • Projeto de orientação sobre riscos profissionais por acidentes com objetos cortantes ou perfurantes. • Formação em Emergência e Primeiros Socorros

de empresas com risco biológico nos termos do DL n.º 84/97, de 16 de Abril”. • Respostas a perguntas frequentes para o microsite da Saúde Ocupacional da DGS.	no local de trabalho - 2.ª Edição. • Proposta do estatuto do Enfermeiro do Trabalho. • Informação Técnica, última versão, Intervenção dos serviços de saúde do trabalho no âmbito da prevenção do consumo de substâncias psicoativas em meio laboral. • Proposta de documento sobre a prestação de cuidados de saúde ocupacional em unidades móveis.
--	---

CONSTRANGIMENTOS

- Dificuldades inerentes a um programa em fase de implementação, com recursos humanos alocados a tempo parcial;
- Conjuntura sócio-económica desfavorável à operacionalização de Programas/Políticas de Saúde e Segurança no Trabalho.

MEDIDAS PARA UM REFORÇO POSITIVO DO DESEMPENHO

- Realização de auditorias conjuntas com a Autoridade para as Condições de Trabalho com vista à verificação das boas práticas de saúde ocupacional nas empresas prestadoras de serviços de Saúde do Trabalho (uma vez finalizado o processo de licenciamento/autorização das empresas prestadoras de serviços externos de Saúde do Trabalho da Região que decorreu nos anos de 2011 e 2012 - acção já planeada ao nível nacional e regional através da instrução 6/2012/DGS);
- Promoção do desenvolvimento de um programa local de Saúde Ocupacional ao nível das USP's, de acordo com o previsto na Informação Técnica 4/2012/DGS: “Saúde Ocupacional /Saúde do trabalho nas Unidades de Saúde Pública”;
- Colaboração em acções de divulgação/comunicação no âmbito da Saúde do Trabalho.

VII. SÍNTESE DA SITUAÇÃO ECONÓMICA E FINANCEIRA

Situação Patrimonial

O exercício de 2012 registou um Resultado Líquido positivo.

Analisando a evolução do Balanço Sintético no período, que se apresenta na tabela seguinte, consideramos de realçar o facto de a estrutura financeira da instituição apresentar um Fundo

Patrimonial positivo. No entanto, não podemos deixar de assinalar as dificuldades de tesouraria sentidas pela ARS Algarve IP no referido período, na medida em que as disponibilidades cobrem apenas 11,21% das dívidas a terceiros de curto prazo.

No quadro seguinte apresenta-se a evolução da situação patrimonial no triénio 2010/2012.

Tabela 35: Situação patrimonial no triénio 2010/2012

RUBRICAS	2010	2011	2012	Var % 10/11	Var % 11/12	Var % 10/12
ACTIVO						
Imobilizado	39.027.512	38.756.809	35.657.192	-0,69%	-8,00%	-8,64%
Imobilizado Líquido	39.027.512	38.756.809	35.657.192	-0,69%	-8,00%	-8,64%
Circulante	15.167.259	13.710.183	14.499.199	-9,61%	5,75%	-4,40%
Existências	2.957.396	5.197.158	3.592.278	75,73%	-30,88%	21,47%
Dívidas de Terceiros	5.351.385	5.906.785	8.788.116	10,38%	48,78%	64,22%
Disponibilidades	6.858.478	2.606.240	2.118.805	-62,00%	-18,70%	-69,11%
Activo Total	54.194.771	52.466.992	50.156.391	-3,19%	-4,40%	-7,45%
FUNDOS PRÓPRIOS E PASSIVO						
Fundo patrimonial	1.196.570	- 3.221.792	1.047.424	-369,25%	-132,51%	-12,46%
Reservas	21.975.093	21.977.143	21.977.439	0,01%	0,00%	0,01%
Resultados Transitados	- 1.023.771	- 20.778.523	- 25.198.935	1929,61%	21,27%	2361,38%
Resultados do Exercício	- 19.754.752	- 4.420.412	4.268.921	-77,62%	-196,57%	-121,61%
Passivo	52.998.201	55.688.784	49.108.967	5,08%	-11,82%	-7,34%
Dívidas a Terceiros - C Prazo	21.462.778	28.096.205	18.892.631	30,91%	-32,76%	-11,97%
Acréscimos e Diferimentos	31.535.423	27.592.579	30.216.336	-12,50%	9,51%	-4,18%
Total de Fundos Próprios e Passivo	54.194.771	52.466.992	50.156.391	-3,19%	-4,40%	-7,45%

O Balanço, retratando a situação patrimonial da ARS Algarve IP à data de encerramento do exercício (31/12/2012) apresenta um activo líquido de cerca de 50,2 milhões de euros, registando uma diminuição de 7,45% face ao ano anterior, a qual é explicada pela diminuição de 8,64% do imobilizado e de 4,40% no circulante.

Nas restantes rubricas do activo é de assinalar um crescimento das dívidas de terceiros, em consequência do atraso de pagamento dos subsistemas públicos de saúde dos encargos relativos à prestação de cuidados de saúde aos seus beneficiários. E no que respeita às disponibilidades, as mesmas registaram uma quebra ligeira em 2012, relativamente ao ano anterior, decorrente da forte redução das receitas.

Ao nível do Passivo, o mesmo regista uma diminuição de 7,34%, a qual é explicada pela diminuição das dívidas a terceiros, menos 9,2 milhões de euros face a 2011, resultado do pagamento realizado no âmbito do Orçamento de Estado Rectificativo.

Os Fundos Próprios registaram uma melhoria de 4,3 milhões de euros, motivada pela incorporação do resultado líquido de 2012 que se situou nos 8,7 3 milhões de euros.

Em consequência dos prejuízos registados nos anos anteriores, o Balanço apresenta uma estrutura financeira desequilibrada, como se deduz da evolução dos rácios de estrutura financeira e de liquidez, constantes da tabela seguinte:

Tabela 36: Rácios Financeiros

Rácio		2010	2011	2012
1. Tesouraria				
Liquidez Imediata	Disponibilidades/Dívidas a terceiros a curto prazo	0,32	0,09	0,11
Liquidez Reduzida	Disponibilidades +Dívidas de Terceiros/Dívidas a terceiros a curto prazo	0,57	0,30	0,58
Liquidez Geral	Activo Circulante/Passivo curto prazo	0,29	0,25	0,30
2.Solvabilidade	Fundo Patrimonial/Passivo	0,02	-0,06	0,02

Como se pode observar pela análise da tabela, a evolução dos rácios de tesouraria evidenciam uma melhoria da situação financeira em 2012, após ter registado em 2011 valores negativos (-06%). A solvabilidade geral, por seu turno, conseguiu recuperar em 2012, com os capitais próprios a cobrirem cerca de 2% do Passivo Total.

Análise da Situação Económica

No que respeita à situação económica, que passaremos a analisar de forma sintética com base na Conta de Exploração e na desagregação dos custos, constatamos que há uma acentuada redução (18,82%) no período em análise (2010 – 2012), tendo-se verificado uma forte redução em 2011 (11,63%) e em 2012 (8,14%), o que traduz, de forma relevante, a alteração das orientações da Tutela, passando a existir um maior enfoque na redução e contenção da Despesa.

Do lado dos Proveitos, registou-se uma acentuada redução destes no período em análise (2010 – 2012), num total de 7,57%, com uma redução de 3,31%, em 2012, relativamente ao ano anterior.

Apesar desta evolução, como se pode observar na tabela seguinte, verificou-se um resultado positivo de 4,268 M€ em 2012, em claro contraste com os resultados verificados nos anos 2010 e 2011.

Tabela 37: Tabela Resumo da Situação Económica

Designação	Anos			Variação	Variação	Variação
	2010	2011	2012	2010/2011	2011/2012	2010/2012
Total Proveitos e Ganhos	180.458.051	172.508.933	166.794.293	-4,40%	-3,31%	-7,57%
Total - Custos e Perdas	200.212.804	176.929.345	162.525.373	-11,63%	-8,14%	-18,82%
Resultado Líquido	-19.754.753	-4.420.412	4.268.920	-77,62%	-196,57%	-121,61%

Nos pontos seguintes passaremos a analisar de forma mais detalhada a estrutura dos Custos e dos Proveitos e a sua evolução.

Custos e Perdas

Como se pode observar na tabela acima apresentada, os custos de exploração atingiram em 2012 um total de 162,525 milhões euros, tendo decrescido no triénio 2010 – 2012, cerca de 37,7 milhões de euros, correspondente a 18,82 %, com uma redução de 23,3 milhões em 2011 e de 14,4 milhões em 2012.

Esta redução dos custos resulta de um decréscimo particularmente elevado na rubrica Fornecimentos e Serviços Externos (FSE), que decresceu 7,64%, num total de 9 milhões de euros, em consequência da redução dos custos com subcontratos de 3,5 milhões de euros (3,34%), que representam a maior componente de custo desta rubrica e cuja evolução das principais componentes dos FSE podem ser observados na tabela seguinte .

Com uma tendência positiva de contenção, no triénio 2010 – 2012, salienta-se as rubricas de Fornecimento e Serviços II, com uma quebra de 37,54%, e Fornecimento e Serviços III e Despesas com Pessoal com uma redução de 25,99% e 16,98%. Em parte, este decréscimo é explicado pela transferência de custo para rubrica de aquisição de serviços, com a contratação de serviços de recursos humanos (médicos e enfermagem), para fazer face à redução de efectivos.

No que respeita aos custos com Subcontratos, a tabela seguinte apresenta a evolução das principais componentes desta rubrica.

Tabela 38: Demonstração de Resultados 2010/2012

Designação	Anos			Variação 2010/2011	Variação 2011/2012	Variação 2010/2012
	2010	2011	2012			
Custos das Merc. Vend. e Matérias Consumidas	6.829.462	5.939.786	6.646.277	-13,03%	11,89%	-2,68%
Fornecimentos e Serviços Externos	132.735.520	117.566.934	108.584.777	-11,43%	-7,64%	-18,19%
Subcontratos	119.521.130	105.157.981	101.640.943	-12,02%	-3,34%	-14,96%
Fornecimentos e Serviços I	1.442.221	1.572.240	1.514.262	9,02%	-3,69%	5,00%
Fornecimentos e Serviços II	1.084.831	730.481	677.539	-32,66%	-7,25%	-37,54%
Fornecimentos e Serviços III	6.226.291	5.348.432	4.607.876	-14,10%	-13,85%	-25,99%
Custos com o Pessoal	50.822.409	44.211.503	42.192.374	-13,01%	-4,57%	-16,98%
Transferências Correntes Concedidas	1.282.539	393.045	416.423	-69,35%	5,95%	-67,53%
Amortizações	4.333.707	4.451.629	3.807.129	2,72%	-14,48%	-12,15%
Outros Custos e Perdas Operacionais	87.624	30.050	31.394	-65,71%	4,47%	-64,17%
Custos e Perdas Financeiras	4.777	213	8.365	-95,54%	3827,23%	75,11%
Custo e Perdas Extraordinárias	4.116.765	4.335.440	838.634	5,31%	-80,66%	-79,63%
Total - Custos e Perdas	200.212.803	176.929.345	162.525.372	-11,63%	-8,14%	-18,82%
Resultado Líquido	-19.754.752	-4.420.412	4.268.921	-78%	-197%	-122%
Total Geral	180.458.051	172.508.933	166.794.293	-4%	-3%	-8%

Como se pode observar na tabela abaixo, a redução de custos foi generalizada destacando-se a diminuição na Prescrição de Medicamentos, com uma redução de 29,3% no triénio, correspondente a cerca de 20,4 milhões de euros, de onde se destaca a rubrica Medicamentos fornecidos pelas Farmácias Privadas, com um decréscimo de 30,02% e uma redução de 12,34%, em 2012.

Os Internamentos e Outros Subcontratos registaram, por seu turno, um crescimento de 28,72% e 106,42%, respectivamente, que se explicam pelo crescimento bastante significativo da oferta na Rede de Cuidados Continuados Integrados (RCCI) na região algarvia, no primeiro caso, sendo que no segundo o acréscimo decorre do crescimento da actividade do Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul, que é um estabelecimento do SNS, em regime de Parceria Público-Privada (PPP), com a gestão clínica a cargo do parceiro privado, que tendo iniciado a sua actividade em 2007, somente veio a conseguir a estabilização da produção em 2010, e ainda com os encargos com SIGIC, no total de 6,8 milhões de euros, que anteriormente

eram contabilizados em Outros Fornecimentos e Serviço de Terceiros, registos que em 2012 passaram a ser efectuados em Outros Subcontratos.

Tabela 39: Evolução dos Custos com Subcontratos

Designação	Anos			Variação	Variação	Variação
	2010	2011	2012	2010/2011	2011/2012	2010/2012
Subcontratos total	119.521.130	105.157.981	101.640.943	-12,02%	-3,34%	-14,96%
Meios Complementares de Diagnóstico	17.243.053	15.007.957	12.934.432	-12,96%	-13,82%	-24,99%
<i>Patologia Clínica</i>	<i>9.626.167</i>	<i>8.263.244</i>	<i>6.753.661</i>	<i>-14,16%</i>	<i>-18,27%</i>	<i>-29,84%</i>
<i>Radiologia</i>	<i>5.481.576</i>	<i>4.638.253</i>	<i>4.115.830</i>	<i>-15,38%</i>	<i>-11,26%</i>	<i>-24,92%</i>
<i>Cardiologia</i>	<i>1.075.038</i>	<i>980.202</i>	<i>936.513</i>	<i>-8,82%</i>	<i>-4,46%</i>	<i>-12,89%</i>
Meios Complementares de Terapêutica	17.274.410	16.854.068	16.178.163	-2,43%	-4,01%	-6,35%
<i>Hemodiálise</i>	<i>10.595.261</i>	<i>10.166.354</i>	<i>9.669.495</i>	<i>-4,05%</i>	<i>-4,89%</i>	<i>-8,74%</i>
<i>Medicina Física e de Reabilitação</i>	<i>3.347.943</i>	<i>3.355.717</i>	<i>2.918.343</i>	<i>0,23%</i>	<i>-13,03%</i>	<i>-12,83%</i>
<i>Cuidados Respiratórios Domiciliários</i>	<i>1.843.183</i>	<i>2.119.444</i>	<i>2.347.222</i>	<i>14,99%</i>	<i>10,75%</i>	<i>27,35%</i>
Prescrição Medicamentos	69.539.521	55.644.159	49.161.398	-19,98%	-11,65%	-29,30%
<i>Farmácias Hospitalares</i>	<i>2.558.985</i>	<i>1.627.073</i>	<i>1.583.140</i>	<i>-36,42%</i>	<i>-2,70%</i>	<i>-38,13%</i>
<i>Farmácias privadas</i>	<i>65.811.871</i>	<i>52.542.615</i>	<i>46.058.346</i>	<i>-20,16%</i>	<i>-12,34%</i>	<i>-30,02%</i>
<i>Outras entidades/Reembolsos</i>	<i>1.168.665</i>	<i>1.474.471</i>	<i>1.519.912</i>	<i>26,17%</i>	<i>3,08%</i>	<i>30,06%</i>
Internamentos	4.646.486	6.359.191	5.980.918	36,86%	-5,95%	28,72%
<i>Cuidados Continuados</i>	<i>4.339.122</i>	<i>6.093.223</i>	<i>5.608.359</i>	<i>40,43%</i>	<i>-7,96%</i>	<i>29,25%</i>
<i>Transporte de Doentes</i>	<i>3.783.528</i>	<i>3.517.784</i>	<i>2.866.095</i>	<i>-7,02%</i>	<i>-18,53%</i>	<i>-24,25%</i>
Outros Subcontratos	7.034.129	7.774.823	14.519.939	10,53%	86,76%	106,42%
<i>Acordo CMFR Sul</i>	<i>6.207.446</i>	<i>7.184.673</i>	<i>7.272.151</i>	<i>15,74%</i>	<i>1,22%</i>	<i>17,15%</i>

Os custos com Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCD), em 2012, apresentam uma redução de 13,82%, relativamente a 2011, destacando-se a Patologia Clínica, com uma redução de 18,27%.

Tabela 40: Evolução dos Custos com Pessoal

Designação	Anos			Variação 2010/2011	Variação 2011/2012	Variação 2010/2012
	2010	2011	2012			
<i>Remunerações dos Órgãos Directivos</i>	458.359	362.580	294.896	-20,90%	-18,67%	-35,66%
<i>Remunerações Base do Pessoal</i>	27.696.369	26.074.579	25.762.664	-5,86%	-1,20%	-6,98%
<i>Suplementos Remuneratórios</i>	9.774.538	7.421.902	7.048.934	-24,07%	-5,03%	-27,88%
<i>Prestações Sociais Directas</i>	493.385	281.660	134.516	-42,91%	-52,24%	-72,74%
<i>Subsídio de Férias e de Natal</i>	5.130.209	2.793.584	2.556.043	-45,55%	-8,50%	-50,18%
<i>Pensões</i>	1.180.758	1.127.090	66.291	-4,55%	-94,12%	-94,39%
<i>Encargos sobre Remunerações</i>	5.485.741	5.777.504	5.950.568	5,32%	3,00%	8,47%
<i>Seguros Acidentes Trabalho</i>	18.647	6.519	2.384	-65,04%	-63,43%	-87,22%
<i>Outros Custos com Pessoal</i>	393.960	137.776	376.078	-65,03%	172,96%	-4,54%
<i>Bolsas De Estágio</i>	190.443	228.309	0	na	-100,00%	na
Custos com o Pessoal	50.822.409	44.211.503	42.192.374	-13,01%	-4,57%	-16,98%

As Despesas com Pessoal atingiram um montante de 42,2 milhões de euros, menos 4,57% que em 2011, redução explicada pela redução dos efectivos, bem como pelas medidas implementadas pelo Governo para conter a despesa pública, nomeadamente no que respeita a vencimentos, destacando de entre estas o subsídio de Natal.

Proveitos e Ganhos

Conforme se pode observar na tabela seguinte (Tabela 7), verifica-se que em 2012 voltou a ocorrer uma quebra acentuada dos proveitos, que se traduziu numa redução da ordem de 3,31%, correspondente a 5,7 milhões de euros, tendo decrescido no triénio de 2010 – 2012, cerca de 13,7 milhões de euros, correspondente a uma redução de 7,57%.

Analizando a estrutura dos proveitos e a sua evolução, verifica-se que esta quebra resulta fundamentalmente da redução das transferências recebidas para financiamento do sistema (8,9 milhões, em 2011, e 11,3 milhões, em 2012). A quebra no montante recebido, proveniente de transferências orçamentais, resultou de uma redução da dotação orçamental atribuída à ARS, em consequência das restrições orçamentais verificadas em 2011 e 2012 no Ministério da Saúde.

As prestações de serviços registam um aumento de 27,53% em 2012, resultante da receita proveniente das taxas moderadoras cobradas pelos convencionados. O aumento da rubrica Outros Proveitos Operacionais decorre da facturação efectuada pela ARS aos Hospitais do SIGIC respectivo, na medida em que a partir de 2012, os hospitais, por indicação da Tutela, passaram a assumir a responsabilidade financeira do SIGIC, ainda que caiba as ARS 's a

liquidação das facturas aos diferentes fornecedores, as quais, posteriormente, são facturadas ao hospital de origem do SIGIC. Durante ao ano de 2012 foram facturados 4,1 milhões de euros de SICIG.

Tabela 41: Proveitos e Ganhos

Designação	Anos			Variação 2010/2011	Variação 2011/2012	Variação 2010/2012
	2010	2011	2012			
<i>Vendas e Prestações de Serviços</i>	3.105.411	4.185.671	5.338.088	34,79%	27,53%	71,90%
<i>Impostos e Taxas</i>	0	339.902	300.009	na	-11,74%	na
<i>Transferências Correntes</i>	170.862.613	161.991.873	150.656.536	-5,19%	-7,00%	-11,83%
<i>Subsídios Correntes Obtidos - O. Entidades Públicas</i>	460.267	192.250	138.391	-58,23%	-28,02%	-69,93%
<i>Outros Proveitos Ganhos Operacionais</i>	2.807.674	3.105.974	7.064.232	10,62%	127,44%	151,60%
<i>Proveitos e Ganhos Financeiros</i>	9.857	464	55	-95,29%	-88,15%	-99,44%
<i>Proveitos e Ganhos Extraordinários</i>	3.212.229	2.692.799	3.296.983	-16,17%	22,44%	2,64%
Total Proveitos e Ganhos	180.458.051	172.508.933	166.794.294	-4,40%	-3,31%	-7,57%

Resultados

Para além da análise ao Balanço e à Demonstração de Resultados, que faz parte integrante deste Relatório, é importante salientar alguns aspectos fundamentais relativos ao exercício de 2012, que registou um resultado líquido positivo de 4,3 milhões de euros, um resultado operacional de 1,8 milhões de euros e um EBITA de 5,6 milhões de euros.

Tabela 42: Resultados

Designação	Anos			Variação 2010/2011	Variação 2011/2012	Variação 2010/2012
	2010	2011	2012			
<i>Proveitos Totais</i>	180.458.051	172.508.933	166.794.293	-4,40%	-3,31%	-7,57%
<i>Custos Totais</i>	200.212.804	176.929.345	162.525.373	-11,63%	-8,14%	-18,82%
<i>Proveitos Operacionais</i>	177.235.965	169.815.670	163.497.255	-4,19%	-3,72%	-7,75%
<i>Custos Operacionais</i>	196.091.261	172.593.725	161.678.374	-11,98%	-6,32%	-17,55%
EBITA	-14.521.590	1.673.574	5.626.010			
<i>Resultados Operacional</i>	-18.855.297	-2.778.054	1.818.880			
<i>Resultado do Exercício</i>	-19.754.753	-4.420.412	4.268.920			

Fonte: Balancete do Razão Geral

VIII. ANEXOS

A. Quadro de Avaliação e Responsabilização – QUAR 2012



ANO: 2012

Ministério da Saúde

Administração Regional de Saúde do Algarve, IP

MISSÃO: Garantir à população da Região do Algarve o acesso à prestação de cuidados de saúde, adequando os recursos disponíveis às necessidades e cumprir e fazer cumprir políticas e programas de saúde na sua área de intervenção.

OBJECTIVOS ESTRATÉGICOS

DESIGNAÇÃO

- OE 1 Consolidar a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, promovendo a estruturação dos ACES e aperfeiçoando processos e reforçando a capacidade de resposta às necessidades da população;
- OE 2 Dinamizar e reforçar as acções de prevenção da doença e promoção de saúde inscritas no Plano Nacional de Saúde, através do desenvolvimento dos programas de promoção da saúde e controlo de doenças e alargar o âmbito dos rastreios oncológicos;
- OE 3 Reorganizar os serviços e modernizar os processos, com recurso às novas tecnologias, tendo em vista a melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde na região, quer ao nível da qualidade da prestação, quer ao nível da organização e a sustentabilidade do SNS;
- OE 4 Desenvolver uma estratégia de comunicação interna e externa, tendo em vista a apropriação pelos profissionais dos princípios e objectivos das reformas, promovendo uma participação activa dos cidadãos na definição das estratégias de prestação de cuidados de saúde;
- OE 5 Promover uma política de redução de custos mantendo uma prestação de cuidados de qualidade.

OBJECTIVOS OPERACIONAIS

EFICÁCIA												40,0
OOp1 (OE 1): Consolidar e estruturar os Agrupamentos de Centros de Saúde												Peso: 20,0
INDICADORES	2008	2009	2010	2011(03)	Meta 2012	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação
Ind 1 - Nº de USF's com a "metodologia de contratualização" de Modelo A que mudam para o Modelo B	N/A	N/A	N/A	N/A	2	0	3	50%	Ano	2	100%	Atingiu
Ind 2 - Nº de Novas Unidades de Saúde Familiar (USF) a 31 de Dezembro de 2012	N/A	N/A	N/A	N/A	3	0	4	50%	Ano	0	0%	Não atingiu
OOp2 (OE 3): Melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde Hospitalares na Região Algarve												Peso: 30,0
INDICADORES	2008	2009	2010	2011(03)	Meta 2012	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação
Ind 3 - Percentagem de cirurgias em ambulatório, relativamente ao total de cirurgias programadas (%)	49,1	57,7	56,0	53,6	55	1	58	50%	Ano	46	85%	Não atingiu
Ind 4 - Taxa de primeiras consultas hospitalares (Nº de 1ªs consultas médicas/ Total de consultas médicas)	27,0	32,1	30,5	30,2	32	0	34	50%	Ano	30	94%	Não atingiu
OOp3 (OE 2): Melhorar a cobertura regional nos rastreios do cancro da mama, cancro do colo do útero e da retinopatia diabética												Peso: 20,0
INDICADORES	2008	2009	2010	2011(03)	Meta 2012	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação
Ind 5 - Taxa de adesão ao rastreio do cancro da mama (%)	N/A	46	58	67	68	0	70	25%	Ano	65	96%	Não atingiu
Ind 6 - Percentagem de concelhos da Região Algarve com programa de rastreio do cancro do colo do útero implementado, até 31 de Dezembro de 2012 (%)	N/A	N/A	10,75	37,5	38	0	42	25%	Ano	100	135%	Superou
Ind 7 - Percentagem de unidades prestadoras de cuidados de saúde (USF's e UCSP's) com do programa de rastreio do cancro do colo do útero implementado, até 31 de Dezembro de 2012 (%)	N/A	N/A	11,43	28	30	1	33	25%	Ano	100	135%	Superou
Ind 8 - Taxa de adesão ao rastreio da retinopatia diabética (%)	71	73	74	75	76	1	79	25%	Ano	80	133%	Superou
OOp4 (OE 3): Aumentar a acessibilidade aos cuidados de saúde na Região Algarve												Peso: 30,0
INDICADORES	2008	2009	2010	2011(03)	Meta 2012	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação
Ind 9 - Taxa de utilização em cuidados de Saúde Oral (Nº de 1ªs cheques dentistas utilizados/Nº 1ªs cheques dentistas emitidos) (%)	N/A	N/A	N/A	63	64	2	68	50%	Ano	88	135%	Superou
Ind 10 - Percentagem de primeiras consultas na vida da criança efetuadas até aos 28 dias (%)	N/A	59,5	64,3	59,5	62	0	64	50%	Ano	67	135%	Superou

EFICIÊNCIA												35,0
OOp5 (OE 5): Melhorar o nível de eficiência na prestação de cuidados												Peso: 15,0
INDICADORES	2008	2009	2010	2011(E)	Meta 2012	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação
Ind 11 - Redução do custo ao SNS de MCDT por utilizador, nas unidades prestadoras de cuidados de saúde nos ACES em comparação com o período homólogo (%)	n.a	n.a	n.a	11,5	10	1	13	50%	Ano	11	100%	Atingiu
Ind 12 - Redução do custo ao SNS de medicamentos por utilizador, nas unidades prestadoras de cuidados de saúde nos ACES em comparação com o período homólogo (%)	n.a	n.a	n.a	6,57	5	1	8	50%	Ano	12,1	135%	Superou
OOp6 (OE 3): Aumentar a taxa de visitas domiciliárias médicas												Peso: 10,0
INDICADORES	2008	2009	2010	2011(E)	Meta 2012	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação
Ind 13 - Taxa de visitas domiciliárias médicas / 1.000 inscritos	n.a	n.a	2,64	5,91	7	0	9	100%	Ano	8,41	118%	Superou
OOp7 (OE 2): Promover a vacinação contra a gripe sazonal e a aplicação do Programa Nacional de Vacinação garantindo o controlo ou eliminação das doenças-alvo de vacinação												Peso: 15,0
INDICADORES	2008	2009	2010	2011(E)	Meta 2012	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação
Ind 14 - Cobertura vacinal para cada vacina (PNV cumprido) exceto a VASPR, aos 2 e aos 7 anos de idade (%)	n.a	n.a	n.a	n.a	95	0	96	40%	Ano	96,3	131%	Superou
Ind 15 - Cobertura vacinal para a 1ª (avaliada aos 2 anos) e 2ª dose (avaliada aos 7 anos) VASPR (sarampo, parotidite e rubéola) (%)	n.a	n.a	n.a	n.a	95	0	96	40%	Ano	95	100%	Atingiu
Ind 16 - Taxa de cobertura vacinação (gripe sazonal) em idosos institucionalizados (%)	n.a	n.a	n.a	n.a	78	4	84	20%	Ano	93,6	135%	Superou
OOp8 (OE 5): Optimizar recursos e diminuir custos												Peso: 10,0
INDICADORES	2008	2009	2010	2011(E)	Meta 2012	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação
Ind 17 - Percentagem de diminuição dos custos com horas extraordinárias, face ao valor do período homólogo (%)	n.a	n.a	n.a	n.a	8	0	10	50%	Ano	18,0	135%	Superou
Ind 18 - Reduzir os custos de transporte de utentes, face ao nível de custos verificados no período homólogo (%)	n.a	n.a	n.a	n.a	13	0	15	50%	Ano	18,4	135%	Superou
OOp9 (OE 3): Reorganização e racionalização da rede hospitalar através da concentração de serviços de urgência												Peso: 10,0
INDICADORES	2008	2009	2010	2011(E)	Meta 2012	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação
Ind 19 - Transferir os 3 (três) Serviços de Urgência Básica dos ACES para o Hospital de referência até Dezembro (mês)	n.a	n.a	n.a	n.a	12	0	11	100%	Ano	12	100%	Atingiu
OOp10 (OE 2): Assegurar a deteção precoce do cancro-retal na população inscrita dos ACES												Peso: 10,0
INDICADORES	2008	2009	2010	2011(E)	Meta 2012	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação
Ind 20 - Percentagem inscritos entre 50 e 74 anos com exame de deteção precoce do cancro-retal atualizado, face ao verificado no período homólogo (%)	n.a	n.a	n.a	2	3	1	6	100%	Ano	2,3	100%	Atingiu
OOp11 (OE 4): Garantir o funcionamento regular da Comissão de Ética para a Saúde												Peso: 10,0
INDICADORES	2008	2009	2010	2011(E)	Meta 2012	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação
Ind 21 - Nº de reuniões da CES da ARS Algarve	n.a	n.a		11	10	0	12	100%	Ano	10	100%	Atingiu
OOp12 (OE 3): Assegurar cobertura por Médico de Família aos utentes inscritos												Peso: 10,0
INDICADORES	2008	2009	2010	2011(E)	Meta 2012	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação
Ind 22 - Percentagem de utentes abrangidos com médico de família		73,6	72,5	68,9	70	1	74	100%	Ano	69	100%	Atingiu
OOp13 (OE 5): Aumentar a utilização de medicamentos genéricos na região												Peso: 10,0
INDICADORES	2008	2009	2010	2011(E)	Meta 2012	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação
Ind 23 - Percentagem de consumo de medicamentos genéricos em embalagens, no total de embalagens	n.a	n.a	n.a	31,54	33	0	35	100%	Ano	35	119%	Superou

QUALIDADE												25,0
OOp14 (OE 4): Elaborar orientações terapêuticas para divulgação junto dos médicos de família												Peso: 20,0
INDICADORES	2008	2009	2010	2011(E)	Meta 2012	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação
Ind 24 - Nº de acções de formação sobre prescrição de grupos farmaco-terapêuticos, com impacto no volume de prescrições nos CSP	n.a	n.a	n.a	2	2	0	4	100%	Ano	2	100%	Atingiu
OOp15 (OE 4): Monitorizar o nível de satisfação dos utentes dos ACES, através da aplicação de um inquérito-tipo												Peso: 20,0
INDICADORES	2008	2009	2010	2011(E)	Meta 2012	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação
Ind 25- Percentagem de unidades prestadoras de cuidados de saúde (USF's, UCC's, UCSP's) abrangidas pelo inquérito-tipo, até 31 de Dezembro de 2012 (%)	n.a	n.a	n.a	n.a	10	0	15	100%	Ano	16	130%	Superou
OOp16 (OE 3): Promover a formação profissional dos trabalhadores da ARS Algarve												Peso: 25,0
INDICADORES	2008	2009	2010	2011(E)	Meta 2012	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação
Ind 26 - Percentagem de profissionais da ARS Algarve que participaram em acções de formação para a respectiva área profissional no ano 2012	n.a	n.a	n.a	39	45	0	50	100%	Ano	59	135%	Superou
OOp17 (OE 2): Melhorar os registos de morbilidade nos ACES												Peso: 25,0
INDICADORES	2008	2009	2010	2011(E)	Meta 2012	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação
Ind 27 - Percentagem de consultas médicas presenciais que deram origem a pelo menos uma codificação de um problema associado	n.a	n.a	n.a	53,13	55	1	60	100%	Ano	69	135%	Superou
OOp18 (OE 3): Realizar Auditoria ao Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral												Peso: 10,0
INDICADORES	2008	2009	2010	2011(E)	Meta 2012	Tolerância	Valor crítico	Peso	Mês Análise	Resultado	Taxa de Realização	Classificação
Ind 28 - Nº de observações pelo menos em 1 ACES (a)	n.a	n.a	n.a	n.a	150	0	240	100%	Ano	240	125%	Superou
NOTA EXPLICATIVA												
(a) o calculo foi efetuado de acordo com o nº de auditores existentes por cada ARS, num rácio de 150 observações por cada auditor, sendo o valor de excelência de 240 observações por auditor – valores previsto em protocolo de auditoria)												
JUSTIFICAÇÃO DE DESVIOS												
OOp1: Ind 2 - Nº de Novas Unidades de Saúde Familiar (USF) a 31 de Dezembro de 2012 - Note-se que o esforço de abertura de novas USF ocorreu nos anos anteriores e que a aposentação de médicos de clínica geral e familiar, o quadro de crise económica e de recursos, e as alterações nas instituições decorrentes do novo ciclo legislativo também dificultou a capacidade organizativa de implementar novas USF na Região.												
OOp2: Ind 3 - Percentagem de cirurgias em ambulatório, relativamente ao total de cirurgias programadas (%) A diminuição da percentagem de cirurgias de ambulatório foi particularmente acentuada no Hospital de Faro, facto em grande parte justificado pela carência de recursos humanos ao nível do pessoal médico e deve-se sobretudo nas especialidades de Oftalmologia e Dermatologia. Deve, a propósito, mencionar-se que os anos de 2007, 2008 e 2009 foram nesta área períodos atípicos, porquanto, por falta de recursos humanos próprios, o Hospital que aderiu ao Programa PIO contratou então equipas externas, o que permitiu melhorar de forma significativa a acessibilidade dos utentes. A partir de 2010, as medidas de contenção da despesa em vigor, determinaram a revisão do citado processo com cessação das medidas de excepção adoptadas nos anos anteriores. Durante o ano 2012, apesar dos esforços desencadeados pelo hospital, não foi possível o reforço do quadro médico.												
Ind 4- Taxa de primeiras consultas hospitalares (Nº de 1ªs consultas médicas/Total de consultas médicas)- A diminuição da taxa de 1ªs consultas foi sobretudo observada no Hospital de Faro, o decréscimo das consultas foi mais acentuado nas especialidades cirúrgicas, em linha com a diminuição das intervenções cirúrgicas. Salienta-se que cerca de 15% das consultas marcadas não foram realizadas, sendo a principal a razão a falta do utente.												
OOp3: Ind 5- Taxa de adesão ao rastreio do cancro da mama (%) - apesar de todos os esforços não foi possível atingir a meta estabelecida para este indicador, verifica-se ao longo das 4 voltas do rastreio até ao fim de 2012 diferentes taxas de adesão, sendo mais elevada nos concelhos do interior, conclui-se que a adesão tem vindo a crescer e aproximando-se dos objectivos estabelecidos.												

TAXA DE REALIZAÇÃO DOS OBJECTIVOS		
	PLANEADO %	EXECUTADO %
EFICÁCIA	40,0	40,9
OPp1 (OE 1): Consolidar e estruturar os Agrupamentos de Centros de Saúde	20	50%
OPp2 (OE 3): Melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde Hospitalares na Região Algarve	30	89%
OPp3 (OE 2): Melhorar a cobertura regional nos rastreios do cancro da mama, cancro do colo do útero e da retinopatia diabética	20	125%
OPp4 (OE 3): Aumentar a acessibilidade aos cuidados de saúde na Região Algarve	30	135%
EFICIÊNCIA	35,0	39,5
OPp5 (OE 5): Melhorar o nível de eficiência na prestação de cuidados	15	118%
OPp6 (OE 3): Aumentar a taxa de visitas domiciliárias médicas	10	118%
OPp7 (OE 2): Promover a vacinação contra a gripe sazonal e a aplicação do Programa Nacional de Vacinação garantindo o controlo ou eliminação das doenças-alvo de vacinação	15	120%
OPp8 (OE 5): Optimizar recursos e diminuir custos	10	135%
OPp9 (OE 3): Reorganização e racionalização da rede hospitalar através da concentração de serviços de urgência	10	100%
OPp10 (OE 2): Assegurar a deteção precoce do cancro-retal na população inscrita dos ACES	10	100%
OPp11 (OE 4): Garantir o funcionamento regular da Comissão de Ética para a Saúde	10	100%
OPp12 (OE 3): Assegurar cobertura por Médico de Família aos utentes inscritos	10	100%
OPp13 (OE 5): Aumentar a utilização de medicamentos genéricos na região	10	119%
QUALIDADE	25,0	31,5
OPp14 (OE 4): Elaborar orientações terapêuticas para divulgação junto dos médicos de família	20	100%
OPp15 (OE 4): Monitorizar o nível de satisfação dos utentes dos ACES, através da aplicação de um inquérito-tipo	20	130%
OPp16 (OE 3): Promover a formação profissional dos trabalhadores da ARS Algarve	25	135%
OPp17 (OE 2): Melhorar os registos de morbilidade nos ACES	25	135%
OPp18 (OE 3): Realizar Auditoria ao Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral	10	125%
TAXA DE REALIZAÇÃO GLOBAL	100,0	111,9

RECURSOS HUMANOS - 2012				
DESIGNAÇÃO	PONTUAÇÃO	PLANEADOS	REALIZADOS	DESVIO
Dirigentes - Direção Superior	20	120	120	0
Dirigentes - Direção Intermédia (1ª e 2ª) e Chefes de Equipa	16	176	112	-64
Técnicos Superiores (inclui Especialistas de Informática)	12	1.236	1.260	24
Coordenadores Técnicos (inclui Chefes de Secção)	9	126	99	-27
Informáticos	8	48	40	-8
Assistentes Técnicos	8	2.664	2.528	-136
Assistentes Operacionais	5	1.285	1.175	-110
Outros, especifique				0
Médicos	12	3.960	3.516	-444
Enfermeiros	12	5.364	5.256	-108
Técnicos Diagnóstico e Terapêutica	12	1.332	1.332	0
TOTAL		16.311	15.438	-873

Nº de Effectivos no Organismo	01-12-2011	31-12-2012
Nº de efectivos a exercer funções	1.545	1.524

RECURSOS FINANCEIROS - 2012 (Euros)				
DESIGNAÇÃO	ORÇAMENTO	ORÇAMENTO CORRIGIDO	EXECUTADOS	DESVIO
Orçamento de Funcionamento	143.268.814	162.279.896	160.747.721	-1.532.175
Despesas com Pessoal	44.716.942	39.706.192	39.391.709	-314.483
Aquisições de Bens e Serviços	94.907.186	122.542.209	121.324.518	-1.217.691
Outras Despesas Correntes	3.644.686	31.495	31.494	-1
PIDDAC	777.930	777.930	35.398	-742.532
Outros	6.616.206	2.500.741	2.484.871	-15.870
TOTAL (OF+PIDDAC+Outros)	150.662.950	165.558.567	163.267.990	-2.290.577

INDICADORES	FONTES DE VERIFICAÇÃO
Ind 1 - Nº de USF's com a "metodologia de contratualização" de Modelo A que mudam para o Modelo B	Relatório de Atividades
Ind 2 - Nº de Novas Unidades de Saúde Familiar (USF) a 31 de Dezembro de 2012	Relatório de Atividades
Ind 3 - Percentagem de cirurgias em ambulatório, relativamente ao total de cirurgias programadas (%)	ACCS, IP (tableau de Bord CSP)
Ind 4 - Taxa de primeiras consultas hospitalares (Nº de 1ªs consultas médicas/ Total de consultas médicas)	ACCS, IP (tableau de Bord CSP)
Ind 5 - Taxa de adesão ao rastreio do cancro da mama (%)	SI do Rastreio
Ind 6 - Percentagem de concelhos da Região Algarve com programa de rastreio do cancro do colo do útero implementado, até 31 de Dezembro de 2012 (%)	SI do Rastreio
Ind 7 - Percentagem de unidades prestadoras de cuidados de saúde (USF's e UCSP's) com do programa de rastreio do cancro do colo do útero implementado, até 31 de Dezembro de 2012 (%)	SI do programa
Ind 8 - Taxa de adesão ao rastreio da retinopatia diabética (%)	Departamento de Contratualização (DC)/SI do programa
Ind 9 - Taxa de utilização em cuidados de Saúde Oral (Nº de 1ªs cheques dentistas utilizados/Nº 1ªs cheques dentistas emitidos) (%)	Departamento de Contratualização (DC)/SI do programa
Ind 10 - Percentagem de primeiras consultas na vida da criança efetuadas até aos 28 dias (%)	SI SIARS
Ind 11 - Redução do custo ao SNS de MCDT por utilizador, nas unidades prestadoras de cuidados de saúde nos ACES em comparação com o período homólogo (%)	SI SIARS
Ind 12 - Redução do custo ao SNS de medicamentos por utilizador, nas unidades prestadoras de cuidados de saúde nos ACES em comparação o período homólogo (%)	SI SIARS
Ind 13 - Taxa de visitas domiciliárias médicas / 1.000 inscritos	SI SIARS
Ind 14 - Cobertura vacinal para cada vacina (PNV cumprido) exceto a VASPR, aos 2 e aos 7 anos de idade (%)	Coordenação da Vacinação/DSPP
Ind 15 - Cobertura vacinal para a 1ª (avaliada aos 2 anos) e 2ª dose (avaliada aos 7 anos) VASPR (sarampo, parotidite e rubéola) (%)	Coordenação da Vacinação/DSPP
Ind 16 - Taxa de cobertura vacinação (gripe sazonal) em idosos institucionalizados (%)	Coordenação da Vacinação/DSPP
Ind 17 - Percentagem de diminuição dos custos com horas extraordinárias, face ao valor do período homólogo (%)	ACCS, IP (tableau de Bord CSP)
Ind 18 - Reduzir os custos de transporte de utentes, face ao nível de custos verificados no período homólogo (%)	ACCS, IP (tableau de Bord CSP)
Ind 19 - Transferir os 3 (três) Serviços de Urgência Básica dos ACES para o Hospital de referência até Dezembro (mês)	CD da ARS, Algarve IP
Ind 20 - Percentagem inscritos entre 50 e 74 anos com exame de deteção precoce do cancro-retal atualizado, face ao verificado no período homólogo (%)	ACCS, IP (tableau de Bord CSP)
Ind 21 - Nº de reuniões da CES da ARS Algarve	Comissão de Ética, ARS Algarve, IP
Ind 22 - Percentagem de utentes abrangidos com médico de família	SI SIARS
Ind 23 - Percentagem de consumo de medicamentos genéricos em embalagens, no total de embalagens	ACCS, IP (tableau de Bord CSP)
Ind 24 - Nº de ações de formação sobre prescrição de grupos farmaco-terapêuticos, com impacto no volume de prescrições nos CSP	Relatório de Atividades
Ind 25 - Percentagem de unidades prestadoras de cuidados de saúde (USF's, UCC's, UCSP's) abrangidas pelo inquérito-tipo, até 31 de Dezembro de 2012 (%)	Relatório de Atividades
Ind 26 - Percentagem de profissionais da ARS Algarve que participaram em ações de formação para a respectiva área profissional no ano 2012	Gabinete de Formação, ARS Algarve, IP
Ind 27 - Percentagem de consultas médicas presenciais que deram origem a pelo menos uma codificação de um problema associado	ACCS, IP (tableau de Bord CSP)
Ind 28 - Nº de observações pelo menos em 1 ACES (a)	Relatório de Atividades

B. Ficha de Avaliação do Sistema de Controlo Interno

AVALIAÇÃO DO SISTEMA DE CONTROLO INTERNO

(obrigatório para todas as perguntas o preenchimento do item “Aplicado”)

Questões	Aplicado			Fundamentação
	S	N	NA	
1 – Ambiente e Controlo				
1.1 Estão claramente definidas as especificações técnicas do sistema de controlo interno?	X			O GCCI/GAT foi criado em Maio de 2012
1.2 É efetuada internamente uma verificação efetiva sobre a legalidade, regularidade e boa gestão?	X			
1.3 Os elementos da equipa de controlo e auditoria possuem a habilitação necessária para o exercício da função?			X	A ARS Algarve cumpre todas as disposições legais estabelecidas, nomeadamente com a Lei dos Compromissos (Lei nº. 8/2012, 21 de Fevereiro)
1.4 Estão claramente definidos valores éticos e de integridade que regem o serviço (ex. códigos de ética e de conduta, carta do utente, princípios de bom governo)?	X			
1.5 Existe uma política de formação do pessoal que garanta a adequação do mesmo às funções e complexidade das tarefas?	X			Existe uma política de formação através de acções de formação internas dirigidas às necessidades dos diferentes grupos profissionais (taxa de participação 44%, cfr. Balanço social 2012). Em consonância com o plano de formação 2011-2013 da resolução do Conselho de Ministros nº89/2010 de 17 de Novembro
1.6 Estão claramente definidos e estabelecidos contactos regulares entre a direção e os dirigentes das unidades orgânicas?	X			
1.7 O serviço foi objeto de ações de auditoria e controlo externo?	X			
2 – Estrutura Organizacional				
2.1 A estrutura organizacional estabelecida obedece às regras definidas legalmente?	X			97% dos colaboradores
2.2 Qual a percentagem de colaboradores do serviço avaliados de acordo com o SIADAP 2 e 3?	X			
2.3 Qual a percentagem de colaboradores do serviço que frequentaram pelo menos uma ação de formação?				
3 – Atividades e Procedimentos de Controlo Administrativo Implementados no Serviço				
3.1 Existem manuais de procedimentos internos?		X		
3.2 A competência para autorização da despesa está claramente definida e formalizada?	X			

Questões	Aplicado			Fundamentação
	S	N	NA	
3.3 É elaborado anualmente um plano de compras?		X		Sim, dentro dos serviços os profissionais acompanham as várias áreas por forma nas ausências e impedimentos não existir interrupções
3.4 Está implementado um sistema de rotação de funções entre trabalhadores?	X			
3.5 As responsabilidades funcionais pelas diferentes tarefas, conferências e controlos estão claramente definidas e formalizadas?	X			
3.6 Há descrição dos fluxos dos processos, centros de responsabilidade por cada etapa e dos padrões de qualidade mínimos?		X		Existe uma definição de funções e procedimentos (sem formalização)
3.7 Os circuitos dos documentos estão claramente definidos de forma a evitar redundâncias?			X	
3.8 Existe um plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas?	X			
3.9 O plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas é executado e monitorizado?			X	
4 – Fiabilidade dos Sistemas de Informação				
4.1 Existem aplicações informáticas de suporte ao processamento de dados, nomeadamente, nas áreas de contabilidade, gestão documental e tesouraria?	X			Existem diversas bases de dados (RNU, SIARS, entre outros) cuja informação é extraída e utilizada nos processos de decisão
4.2 As diferentes aplicações estão integradas permitindo o cruzamento de informação?		X		
4.3 Encontra-se instituído um mecanismo que garanta a fiabilidade, oportunidade e utilidade dos outputs dos sistemas?			X	
4.4 A informação extraída dos sistemas de informação é utilizada nos processos de decisão?	X			
4.5 Estão instituídos requisitos de segurança para o acesso de terceiros a informação ou ativos do serviço?	X			
4.6 A informação dos computadores de rede está devidamente salvaguardada (existência de backups)?	X			
4.7 A segurança na troca de informações e software está garantida?	X			

Legenda:

S – Sim

N – Não

NA – Não Aplicável

C. Elaboração de Ficha “Declaração para situação de doença” para as escolas

Logótipo	Nome da Escola / Instituição
	Morada
	Contactos

DECLARAÇÃO PARA SITUAÇÕES DE DOENÇA

Nome do(a) aluno(a): _____

Nome do Médico assistente: _____ Telefone: _____

- Se temperatura axilar superior a 38 (°C) autoriza o seu educando a tomar *Paracetamol* ou outro indicado pelo seu médico _____, sob a forma de ☐ xarope ☐ comprimido ☐ supositório, com a dose de _____, e no horário _____.

- Em caso de doença aguda prevenir:

- Nome da pessoa: _____

- Telemóvel: _____ telefone da Residência: _____

Telefone do serviço: _____ Outro: _____

Nota: Em caso de necessidade de recorrer ao Hospital ou Centro de Saúde os pais e/ou encarregados de educação serão previamente contactados (ou logo que possível em situações de emergência).

- Doenças ou problemas de saúde do aluno que a escola deva ter conhecimento:

Quais os sintomas: _____

Qual a medicação em situação de emergência? (deve ser entregue na escola com cópia da prescrição médica): _____

- Alergias:

☐ Pêlo de animais ☐ Pó ☐ Pólen de flores/árvores

☐ Alimentos, quais: _____

☐ Medicamentos, quais: _____

☐ Irritação da pele, de que tipo: _____

☐ Outras alergias: _____

- Informação complementar: _____

_____/_____/_____
Assinatura do encarregado de educação Data

D. Elaboração de Ficha “Plano de saúde individual para alunos com necessidades de saúde especiais”

 Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P. Ministério da Saúde	PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL Para alunos com NECESSIDADES DE SAÚDE ESPECIAIS	ACES
--	---	-------------

NOME DO ALUNO:	
Data de Nascimento:	Filiação/Encarregado de Educação:
Género M ☐ F ☐	
Médico de Família/ Assistente:	Morada:
	Código Postal: _____ - _____ Telefone:
Nº de Utente:	Escola que frequenta:
	Ano de escolaridade:
Nome do Educador/Professor:	
Nome do Professor de Apoio:	
Outros técnicos envolvidos:	
Absentismo por doença:	

SITUAÇÃO DE SAÚDE DO ALUNO	
DADOS RELEVANTES DA HISTÓRIA PREGRESSA (Antecedentes)	Familiares:
	Pessoais:
PROBLEMAS EM VIGILÂNCIA	
	Onde?
	Por quem?
CARACTERIZAÇÃO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE ESPECIAIS SEGUNDO AS FUNÇÕES	
Funções sensoriais ☐ Alterações da audição ☐ Alterações da visão ☐ Alterações da audição e visão	Qual?
Funções mentais (globais e específicas) ☐ Alterações cognitivas ☐ Alterações da linguagem ☐ Alterações emocionais	Qual?
Funções da voz e da fala ☐ Alterações da articulação ☐ Alterações da fluência e ritmo	Qual?
Funções neuromusculo-Esqueléticas ☐ Alteração da mobilidade das articulações ☐ Alteração força, tonus e resistência muscular ☐ Movimentos voluntários e involuntários	Qual?
Funções relacionadas com saúde física (D. crónicas: asma, TP, cancro, diabetes, epilepsia, D. reumática, etc.)	Qual?

PLANEAMENTO DA INTERVENÇÃO NO ÂMBITO DA SAÚDE ESCOLAR (Face à situação da criança com NSE eventuais aspectos a ter em conta no planeamento)	
Ambiente Escolar	Barreiras Arquitectónicas
	Instalações Escolares
	Equipamento escolar
	Outro
Aluno	Articulação com o médico família/assistente
	Encaminhamento
	Alteração nas funções do corpo
	Deficiências (temporárias ou permanentes)
	Limitação da actividade
	Restrições da participação
	Comunicação
	Mobilidade
	Interacções e relações interpessoais
	Situações de urgência previsíveis
Escola	Informação do órgão de gestão
	Formação dos professores
	Sensibilização dos alunos
	Medidas específicas (medicação, etc...)
Família	Agregado familiar
	Expetativas
	Necessidade de apoio
	Organização dos tempos livres
	Suporte extra-familiar
Articulação com projetos comunitários	Transporte
	Segurança Social
	Apoio social geral
	Trabalho e emprego
Avaliação e Execução do Plano de Saúde Individual	Quem?
	Quando?
	Como?

RECOMENDAÇÕES DA EQUIPA DE SAÚDE ESCOLAR	
Para a Escola Responsável : Nome legível Assinatura	
Para o Aluno Responsável : Nome legível Assinatura	
Para a Família Responsável : Nome legível Assinatura	
Para a Equipa Multidisciplinar / Médico Assistente Responsável : Nome legível Assinatura	
ASPECTOS A INCLUIR NO PROGRAMA EDUCATIVO INDIVIDUAL (PEI)	
Relacionados com as funções do corpo	
Relacionados com a Actividade e participação	
Outros factores a considerar	

P'la Equipa de Saúde Escolar do ACES _____, Unidade _____

Responsável pelo Registo _____

_____, _____ de _____ de 20____