

## *RELATÓRIO ANUAL DE ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE*

### Nota Introdutória

O presente documento corresponde ao Relatório Anual de Acesso a Cuidados de Saúde proporcionado pelas Unidades Funcionais do Agrupamento de Centros de Saúde da Península de Setúbal II – Seixal-Sesimbra (ACES SS), conforme o disposto na alínea f) do artigo 4.º da Lei n.º 41/2007, de 24 de Agosto.

O relatório é o resultado da contratualização interna levada a cabo em 2011 com as 9 Unidades de Saúde Familiar; 4 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados; 2 Unidades de Cuidados na Comunidade; a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados; o Centro de Diagnóstico Pneumológico e a Unidade de Saúde Pública, contratualização, que procurou responder às orientações estratégicas definidas pelo Conselho Directivo da ARSLVT e das próprias necessidades locais de saúde identificadas pelo ACES SS, nomeadamente, a garantia da acessibilidade aos cuidados de saúde, privilegiando a promoção da saúde e o tratamento da doença aguda e crónica.

Devemos referir aqui a dificuldade que é garantir acesso a cuidados de saúde a uma população inscrita (estimada em 25% - cerca de 37000 utentes) que não tem médico nem enfermeiro de família atribuído, considerando que a constituição dos mapas de pessoal dos ACES é estabelecida com base neste tipo de paridade médico/enfermeiro.

Embora cerca de 60% dos utentes do ACES SS estejam inscritos nas Unidades de Saúde Familiar, a qualidade da informação estatística de monitorização da produção de cuidados está fortemente condicionada pela multiplicidade de sistemas de informação utilizados (SINUS; SAM; Medicine One; Vitacare e SAPE) e pela ausência de estabilização das comunicações informáticas, no que à largura de banda diz respeito, inviabilizando o registo de informação sistemático de produtividade, gerando disparidade nos dados apurados a partir do SIARS, quando confrontados com o registo nas bases de dados locais e, inclusive, com os registos de informação clínica efectuada no Processo Clínico ainda não informatizado (o que acontece, ainda, nas UCSP e UCC), comprometendo os indicadores de saúde.

Assim, o mapa *“Volume de cuidados prestados”* foi apurado com base na informação estatística que resulta do SIARS para o ano de 2011 e, para o ano de 2010, do relatório *“Movimento Assistencial das Unidades de Saúde – 2010”* do DEP da ARSLVT, mapas (2.1 – MAPA GERAL DE CONSULTAS POR PROGRAMAS DE SAÚDE – 2010 e 2.3 – MAPA GERAL DE PRIMEIRAS CONSULTAS – 2010).

A. IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE

<b>Designação</b>	ACES da Península de Setúbal II – Seixal-Sesimbra
<b>Localização da sede</b> <b>Telefone</b> <b>e-mail</b> <b>Fax</b> <b>site</b>	Rua Dona Branca Saraiva de Carvalho, 9 C 2845-452 Amora Telefone – 212274200 <a href="mailto:acesss@csamora.min-saude.pt">acesss@csamora.min-saude.pt</a> 212274212
<b>Unidades de saúde integradas na entidade</b> <b>Localização</b> <b>Telefone</b> <b>e-mail</b>	UCSP Amora – Amora – 212274200 – <a href="mailto:ucspamora@csamora.min-saude.pt">ucspamora@csamora.min-saude.pt</a> UCSP Seixal – Seixal – 212277188 – <a href="mailto:ucspseixal@csseixal.min-saude.pt">ucspseixal@csseixal.min-saude.pt</a> UCSP Corroios – Corroios – 212548350 – <a href="mailto:ucspcorroios@cscorroios.min-saude.pt">ucspcorroios@cscorroios.min-saude.pt</a> UCSP Sesimbra – Sesimbra – 212289600 – <a href="mailto:ucspsesimbra@cssesimbra.min-saude.pt">ucspsesimbra@cssesimbra.min-saude.pt</a> UCSP Quinta do Conde – Q. C. – 212110940 – <a href="mailto:ucspqconde@cssesimbra.min-saude.pt">ucspqconde@cssesimbra.min-saude.pt</a> USF Amora Saudável – Amora – 212274230 / 31 – <a href="mailto:usfas@csamora.min-saude.pt">usfas@csamora.min-saude.pt</a> USF Rosinha – Amora – 212273500 – <a href="mailto:usfrosinha@csamora.min-saude.pt">usfrosinha@csamora.min-saude.pt</a> USF CSI – Seixal – 212277183 – <a href="mailto:usfcsi@csseixal.min-saude.pt">usfcsi@csseixal.min-saude.pt</a> USF Cuidar Saúde – Seixal – 212277191 – <a href="mailto:usfcuidasaud@csseixal.min-saude.pt">usfcuidasaud@csseixal.min-saude.pt</a> USF FF Mais – Fernão Ferro – 212128238 / 20 – <a href="mailto:usffmais@csseixal.min-saude.pt">usffmais@csseixal.min-saude.pt</a> USF Torre – Torre da Marinha – 212274328 – <a href="mailto:usfortremar@csseixal.min-saude.pt">usfortremar@csseixal.min-saude.pt</a> USF Pinhal Frades – 212260070 – <a href="mailto:usfpinhalfrades@csseixal.min-saude.pt">usfpinhalfrades@csseixal.min-saude.pt</a> USF Servir Saúde – Corroios – 212556429 – <a href="mailto:usfservsau@cscorroios.min-saude.pt">usfservsau@cscorroios.min-saude.pt</a> USF Castelo – Sesimbra – 212689280 – <a href="mailto:usfcastelo1@cssesimbra.min-saude.pt">usfcastelo1@cssesimbra.min-saude.pt</a> UCC Seixal – Seixal – 212277180 – <a href="mailto:ucc@csseixal.min-saude.pt">ucc@csseixal.min-saude.pt</a> UCC Sesimbra – Sesimbra – 212289600 – <a href="mailto:anarosa@cssesimbra.min-saude.pt">anarosa@cssesimbra.min-saude.pt</a> USP Seixal-Sesimbra – 212556441 – <a href="mailto:uspss@cscorroios.min-saude.pt">uspss@cscorroios.min-saude.pt</a>

**B. CARACTERIZAÇÃO GERAL (Órgãos de Administração, Direcção, Consulta e Apoio)**

(preencher sempre que aplicável)

<b>Órgãos Administração, de Direcção, de Apoio Técnico e de Consulta</b>		
<b>Órgãos</b>	<b>Constituição / Nomeação</b>	<b>Refª e/ou Observações</b>
<b>Direcção / Administração</b>	Diretor Executivo Conselho Clínico Constituição: 1 médica de Medicina Geral e Familiar 1 médica de Saúde Pública 1 enfermeira Especialista 1 técnica Superior de Serviço Social	O Conselho da Comunidade e o Conselho Executivo não estão constituídos, porque o Presidente do Conselho da Comunidade nunca foi designado pelas Autarquias, de acordo com o DL nº 28/2008, de 22 de Fevereiro.
<b>Fiscalização</b>	Diretor Executivo Conselho Clínico ARSLVT	O Conselho da Comunidade e o Conselho Executivo não estão constituídos, porque o Presidente do Conselho da Comunidade nunca foi designado pelas Autarquias, de acordo com o DL nº 28/2008, de 22 de Fevereiro.
<b>Participação/Consulta</b> (Ex: Comissão de utentes; Conselho consultivo; Conselho da comunidade; Comissão de trabalhadores)	Comissão de Utentes dos Concelhos do Seixal e Sesimbra  Parceria no Seixal Saudável, onde o ACES SS é membro efectivo.	O Conselho da Comunidade e o Conselho Executivo não estão constituídos, porque o Presidente do Conselho da Comunidade nunca foi designado pelas Autarquias, de acordo com o DL nº 28/2008, de 22 de Fevereiro.
<b>Apoio Técnico no domínio do acesso aos cuidados de saúde</b> (Ex: Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia; Unidade Hospitalar da Consulta a Tempo e Horas; Unidade Integrada para o Acesso a Cuidados de Saúde)	Conselho Clínico  Unidade de Saúde de Almada; Seixal e Sesimbra (articulação efectiva com o Hospital Garcia de Orta e ACES de Almada e o ACES Seixal-Sesimbra)  CPCJ  NACJ  NELI	São realizadas reuniões regulares onde são debatidos e resolvidos constrangimentos de acessibilidade aos cuidados hospitalares e aos cuidados primários.  Consultorias implementadas no âmbito da cardiologia; endocrinologia; oftalmologia e psiquiatria.

<b>Outras Comissões (apoio à gestão)</b> (Ex: Comissões de ética, Unidades funcionais)	UAG (Unidade de Apoio à Gestão)  Serviço de Gestão de Risco  Núcleo de Formação	
<b>Gabinete do Utente Telefone e-mail</b>	Gabinete Utente Amora – gabutente@csamora.min-saude.pt  Gabinete Utente Corroios – gabutente@cscorroios.min-saude.pt  Gabinete Utente Sesimbra – gabutente@cssesimbra.min-saude.pt  Gabinete Utente Seixal – gabutente@csseixal.min-saude.pt	

## SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

C.1. Aplicações informáticas em uso no(s) sector(es) que envolvem o acesso a cuidados e fornecidas pelo Ministério da Saúde/Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ou pelo antigo IGIF) no âmbito de contratos celebrados pelos serviços centrais (Assinalar com X)

1. SINUS	x
2. SAM	x
3. MEDICINE ONE	x
4. VITACARE	x
5. SAPE	x
6. CTH	x
7. SICA	x
8. eAgenda	x
9. SIARS	X
10. SGSR	X
11. BAS	X
12. SISO	X
13. GestCare CCI	x
14. SGTD	x

C.2. Outras aplicações informáticas utilizadas no(s) sector(es) que envolvem o acesso a cuidados de saúde

1. MIMUF	x
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	

C.3. Métodos e parâmetros de segurança e salvaguarda da confidencialidade da informação respeitante aos utentes, nos termos da legislação em vigor

O ACES SS cumpre a legislação no que respeita à metodologia de acesso reservado por perfis de acesso profissional.  
Acessoriamente está estabelecida a segurança física ao nível da acessibilidade restrita aos profissionais da área de informática e sistemas de informação.

**C. OUTROS ASPECTOS DE REGULAÇÃO, ORGANIZAÇÃO E CONTROLO INTERNO COM REFLEXO NO ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE**

<b>DOCUMENTOS DE ORIENTAÇÃO</b>	S	N	<b>Refª e/ou Observações</b>
<b>1.1</b> O Regulamento Interno (global) da instituição identifica as estruturas responsáveis pelo acesso a cuidados de saúde?	x		
<b>1.2.</b> Os Planos e Relatórios de Actividades incluem pontos relacionados com a matéria do acesso?	x		
<b>1.3.</b> Os Planos e Relatórios apresentam avaliação da capacidade instalada/rentabilização dos recursos materiais e humanos disponíveis, designadamente ao nível das consultas e outras áreas de cuidados dos centros de saúde, consultas externas, MCDT, Bloco Operatório (qd. aplicável)?	x		
<b>1.4.</b> Enumeração de Regulamentos/Manuais de Procedimentos de Sectores/Serviços fundamentais e/ou com afinidade temática com o acesso (gestão de doentes, Serviço Social, Gabinete do Utente, Serviços Financeiros/ Contratualização, ...)			Todas as Unidades Funcionais possuem cartas de compromisso assinadas; Regulamento Interno homologado pelo Director Executivo; Manual de articulação das Unidades Funcionais com o Director Executivo (em representação dos órgãos de gestão do ACES); os horários estão expostos aos utentes; Livros de Reclamações; ...
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. . ACES SS</li> <li>2. . UAG</li> <li>3. . USF</li> <li>4. . UCSP</li> <li>5. . UCC</li> <li>6. . Gabinete do Cidadão</li> <li>7. . URAP (Gabinetes de Utentes)</li> <li>8. . USP</li> </ol>			

**D. IMPLEMENTAÇÃO DA CARTA DOS DIREITOS DE ACESSO**

<b>Medidas implementadas</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Refª e/ou Observações</b>
<b>1.1</b> Existe estrutura multidisciplinar interna tendo em vista a implementação da carta dos direitos de acesso? <ul style="list-style-type: none"> <li>Indicar os serviços envolvidos e constituição</li> </ul>	x		Manuais de articulação Unidades Funcionais/órgãos de gestão
<b>1.2</b> No caso afirmativo, existe suporte de regulação de procedimentos para o efeito? <ul style="list-style-type: none"> <li>Indicar a data de deliberação do CA e Normativo Interno de publicitação</li> </ul>			DL nº 28/2008 de 22 de Fev.
<b>1.3</b> Estão definidos pela própria instituição, ou de acordo com a(s) instância(s) de contratualização, indicadores de resultados na componente do acesso e de produção? <ul style="list-style-type: none"> <li>Apresentar em anexo os indicadores definidos</li> </ul>	x		
<b>1.4.</b> Em caso afirmativo, os indicadores têm em conta os Tempos de Resposta Garantidos fixados pela instituição e integrados nos seus planos de actividades e de desempenho?	x		
<b>1.5</b> Os indicadores de resultados direccionados ao acesso são utilizados a todos os níveis da instituição (verticais e horizontais)? Especificar	x		Os próprios indicadores definem o tipo e a periodicidade de acesso a prestações (vigilância de saúde)
<b>1.6</b> A instituição utiliza estes indicadores para efectuar relatórios periódicos de situação (para além do relatório anual previsto na Lei n.º 41/2007, de 24 de Agosto)?	x		Avaliação intercalar trimestral
<b>1.7</b> Existem planos especiais de monitorização e correcção de desvios e/ou incumprimento de objectivos?	x		Avaliação intercalar trimestral
<b>1.8</b> Verificam-se, com regularidade, processos de revisão crítica da relevância e actualidade dos indicadores utilizados e respectiva comunicação às entidades e organismos competentes?	x		Semestralmente em sede de acompanhamento e contratualização com a ARSLVT
<b>1.9</b> Estão definidos procedimentos de controlo para minimizar o risco de erros, insuficiência, inadequação e eventual desvirtuação de informação (que constitui fonte ou está associada aos indicadores de resultados)?	x		Normas internas  Gestão de Risco
<b>1.10</b> Foram fixados, nos termos da lei, os Tempos de Resposta Garantidos?	x		Nas USF estão garantidos. Nas UCSP é difícil pelo elevado nº de utentes sem médico e sem enfermeiro atribuídos.
<b>1.11</b> Quais os Tempos de Resposta Garantidos que foram estabelecidos nas diferentes áreas de prestação de cuidados? (apresentar em mapa anexo)			

<b>1.12</b> Os Tempos de Resposta Garantidos fixados constam dos Planos e Relatórios de Actividades?		X	
<b>1.13</b> Os Tempos de Resposta Garantidos foram integrados no Contratos-programa/ Plano de Desempenho?		X	
<b>1.14</b> Está afixada, em locais de fácil acesso e consulta, informação actualizada relativa ao Tempos de Resposta Garantidos para os diversos tipos de prestações e por patologia ou grupos de patologias? Especificar		X	
<b>1.15</b> Está disponível, no sítio da <i>internet</i> , informação actualizada das áreas de actividade/serviços disponíveis e a capacidade instalada e, mais concretamente, os respectivos Tempos de Resposta Garantidos, nas diversas modalidades de prestação de cuidados de Saúde?		X	
<b>1.16</b> Existe comprovativo, mediante registo ou impresso próprio, da prestação de informação aos utentes no acto de pedido ou marcação de consulta, tratamento ou exame, sobre os Tempos de Resposta Garantidos para prestação dos cuidados de que necessita? Indicar.		X	
<b>1.17</b> Em caso de referenciação para outra unidade de saúde, estão definidos procedimentos para informar os utentes sobre o tempo máximo de resposta garantido para lhe serem prestados os respectivos cuidados no estabelecimento de referência? Indicar.		X	
<b>1.18</b> O relatório anual sobre o acesso foi divulgado e publicado em suporte autónomo ou consta do Relatório de Actividades e/ou do Plano de desempenho?	x		Divulgado no sítio da ARSLVT
<b>1.19</b> As reclamações e/ou sugestões relativas ao acesso são objecto de tratamento próprio, independentemente da sua génese/proveniência (Gabinete do Utente, Entidade Reguladora da Saúde, etc.)? Apresentar quadro-resumo discriminando tipo de reclamação, origem, objecto, consequências (anexo)	x		
<b>1.20</b> As sugestões e reclamações ou outras formas de participação dos utentes/cidadãos na melhoria do acesso são integradas na avaliação e medidas de correcção?	x		
<b>1.21</b> A Entidade Reguladora da Saúde promoveu diligências, intervenções ou outras medidas junto da instituição, em resultado de reclamações relativas ao acesso a cuidados de saúde?		x	No ano de 2011 em duas situações
<b>1.22</b> Foram constituídos/abertos processos sancionatórios em resultado de reclamação e/ou mero incumprimento da Lei? Quantificar e caracterizar		x	



<b>1.23</b> O Relatório sobre o Acesso foi objecto de auditoria pela Inspeção-Geral das Actividades em Saúde ?		x	
<b>1.24</b> As reclamações, sugestões e comentários foram comunicados à Direcção Geral da Saúde, no âmbito do projecto “SIM Cidadão”? (anexar um mapa com resumo do tratamento das reclamações)	x		No âmbito do SGSR o acesso dos utilizadores está ligado à ARSLVT. Os Gabinetes de Utente do ACES SS, integrados na URAP, enviam os dados ao Ministério da Saúde e à DGAEP.

**ANÁLISE GLOBAL DE TEMPOS MÁXIMOS DE RESPOSTA  
GARANTIDOS NO SNS**

**CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS  
CUIDADOS HOSPITALARES**

**(ACES, ULS, Hospitais EPE, Hospitais SPA)**

**Tempos máximos de resposta garantidos (TMRG), Tempos de resposta garantidos (TRG) da entidade e tempos de resposta (TR) da entidade em 2011**

(Lei nº 41/2007 de 28 de Agosto e Portaria nº1529/2008, de 26 de Dezembro)

<b>Nível de acesso e tipo de cuidados</b>	<b>TMRG</b>	<b>TRG da entidade</b>	<b>TR da entidade Ano 2011</b>
<b><i>CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS</i></b>			
<b>Cuidados prestados na unidade de saúde a pedido do utente</b>			
▪ Motivo relacionado com doença aguda	Atendimento no dia do pedido	X	Dados não disponíveis por insuficiência dos sistemas de informação
▪ Motivo não relacionado com doença aguda	10 (dez) dias úteis a partir da data do pedido	X	Dados não disponíveis por insuficiência dos sistemas de informação
▪ Renovação de medicação em caso de doença crónica	72 (setenta e duas) horas após a entrega do pedido	X	Dados não disponíveis por insuficiência dos sistemas de informação
▪ Relatórios, cartas de referenciação, orientações e outros documentos escritos (na sequência de consulta médica ou de enfermagem)	48 (quarenta e oito) horas após a entrega do pedido	X	Dados não disponíveis por insuficiência dos sistemas de informação
Consulta no domicílio a pedido do utente	24 (vinte e quatro) horas se a justificação do pedido for aceite pelo profissional	x	Dados não disponíveis por insuficiência dos sistemas de informação
<b><i>HOSPITAIS DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE</i></b>			
<b>Primeira consulta de especialidade hospitalar referenciada pelos centros de saúde</b>			
▪ De realização “muito prioritária” de acordo com a avaliação em triagem hospitalar	30 (trinta) dias a partir do registo do pedido da consulta no sistema informático CTH pelo médico assistente do centro de saúde		
▪ De realização “prioritária” de acordo com a avaliação em triagem hospitalar	60 (sessenta) dias a partir do registo do pedido da consulta no sistema		

	informático CTH pelo médico assistente do centro de saúde		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ De realização com prioridade “normal” de acordo com a avaliação em triagem hospitalar</li> </ul>	150 (cento e cinquenta) dias a partir do registo do pedido da consulta no sistema informático CTH pelo médico assistente do centro de saúde		
<b>Meios complementares de diagnóstico e terapêutica em doenças cardiovasculares</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cateterismo cardíaco</li> </ul>	30 (trinta) dias após a indicação clínica		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Pacemaker</i> cardíaco</li> </ul>	30 (trinta) dias após a indicação clínica		
<b>Cirurgia programada</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prioridade “de nível 4” de acordo com a avaliação da especialidade hospitalar</li> </ul>	72 (setenta e duas) horas após a indicação clínica		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prioridade “de nível 3” de acordo com a avaliação da especialidade hospitalar</li> </ul>	15 (quinze) dias após a indicação clínica		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prioridade “de nível 2” de acordo com a avaliação da especialidade hospitalar</li> </ul>	60 (sessenta) dias após a indicação clínica		
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prioridade “de nível 1” de acordo com a avaliação da especialidade hospitalar</li> </ul>	270 (duzentos e setenta) dias após a indicação clínica		

Notas

Existem especificações especiais para a doença oncológica – consultar a Portaria.

CTH – Consulta a Tempo e Horas

Para a realização de uma primeira consulta de infertilidade o TMRG é de 90 (noventa) dias.

**ANÁLISE ESPECÍFICA  
UNIDADES DE CUIDADOS DE SAÚDE  
PRIMÁRIOS  
(ACES e ULS)**

## ACES da Península de Setúbal II – Seixal-Sesimbra

### AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE / UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

(centros de saúde, USF, extensões)

Área de cuidados	Volume de cuidados prestados					
	Nº 1 <sup>as</sup> consultas o 2011	Nº 1 <sup>as</sup> consultas 2010	Variação 2011 –2010 (%)	Nº consultas subsequentes 2011	Nº consultas subsequentes 2010	Variação 2011 –2010 (%)
Consultas de Medicina Geral e Familiar (MGF)	104.812	100.865	3,7%	384.347	392.883	- 2,22%
Consultas de saúde infantil	23.947	23.083	3,6%	36.873	40.067	- 8,66%
Consultas de saúde materna	1.916	1.766	7,8%	9.375	10.601	- 13%
Consultas de planeamento familiar	8.422	7.490	11,06%	13.834	12.227	11,61%
Vigilância de doentes diabéticos	nd	nd		2.491	nd	
Vigilância de doentes hipertensos	nd	nd		nd	nd	
Consultas médicas no domicílio	nd	nd		5.362	4.976	7,19%
Consultas de enfermagem no domicílio	nd	nd		25.836	31.053	- 20,19%
Doença Aguda (SAP)				75.919	88.232	- 16,21%

## **ANÁLISE ESPECÍFICA**

### **HOSPITAIS**

**(Centros hospitalares, Hospitais EPE, SPA e ULS)**











### HOSPITAIS: MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA EM DOENÇAS CARDIOVASCULARES.

(Fonte: Registo de Doenças Cardiovasculares)

<b>Tipo de intervenção</b>	<b>Intervenções realizadas e tempo de resposta</b>			
	Nº de exames realizados 2011	Nº de exames realizados 2010	Variação 2011-2010 (%)	Nº de exames realizados até 30 dias seguidos após indicação clínica 2011
Cateterismo cardíaco				
Pacemaker cardíaco				



ACES PENÍSNULA DE SETÚBAL II  
SEIXAL-SESIMBRA



# PLANO DE DESEMPENHO

---

**2011**

AMORA, 11 DE FEVEREIRO DE 2011

# PLANO DE DESEMPENHO

---

## SUMÁRIO

---

1. Mensagem do Director Executivo
2. Enquadramento do ACES
3. Actividades Previstas
4. Recursos Disponíveis/Necessários

## ASPECTOS METODOLÓGICOS

- O Plano de Desempenho reflecte o propósito de intervenção a desenvolver pelos profissionais do *ACES SS* durante o ano de 2011 e, prevê o investimento que se preconiza como essencial.
- No Plano apresentam-se as estratégias de acção seleccionadas e os objectivos de saúde e operacionais a alcançar, pontos de ancoragem indispensáveis para o desenvolvimento de actividades consentâneas com as necessidades de saúde da população e, também, da adequação das Unidades Funcionais para responder a esses desafios. São, também, identificados os recursos (humanos e materiais) necessários à concretização das acções planeadas.
- O primeiro passo do processo utilizado na elaboração do Plano consistiu na análise dos principais problemas e necessidades de saúde da população residente nos concelhos do Seixal e de Sesimbra e inscritos nos *ACES SS* e, na identificação dos factores determinantes (de risco e de protecção) dos problemas detectados, nomeadamente, o agravamento da complexidade das situações sociais que resultam da actual conjuntura sócio-económica. Seguidamente, seleccionamos as estratégias de acção mais adequadas e definimos os resultados esperados, seja ao nível da saúde das pessoas (objectivos de saúde), seja ao nível das actividades, dos processos e dos recursos (objectivos operacionais).
- Para a execução deste documento recorreu-se às seguintes fontes de informação: INE – *Estimativas da População Residente*; INE – *Estatísticas Demográficas*; INE – *Projeções de População Residente*; INE – *Estatísticas da Saúde*; ARSLVT – *Caracterização dos principais indicadores dos ACES*; ARSLVT – *SIARS*; ACSS – *Plano de Desempenho – Agrupamento de Centros de Saúde*; Alto Comissariado da Saúde – [WWW.Websiq.acs.min-saude.pt](http://WWW.Websiq.acs.min-saude.pt); ACES SS – *Planeamento e Estatística*.



---

## 1. MENSAGEM DO DIRECTOR EXECUTIVO

---

### **NOTA INTRODUTÓRIA**

O presente Plano de Actividades reflecte as opções da Direcção do *ACES SS*, num quadro de escassez de recursos e no contexto sócio-económico do País.

Assumindo que a ARSLVT, IP definiu a estratégia, compete-nos hierarquizar as opções, programar as acções e mobilizar os recursos, pelo que este documento constitui-se como um instrumento fundamental que visa:

- Maior eficácia de gestão;
- Maior envolvimento e participação;
- Maior transparência;
- Maior controlo interno e externo.

O Plano de Desempenho é composto para além da presente introdução, por quatro partes. A segunda reporta-se ao enquadramento do *ACES SS*, nomeadamente, à caracterização demográfico-social e determinantes em saúde. A terceira às actividades previstas, onde se inclui a visão, missão, valores e objectivos operacionais e, finalmente a quarta e última parte, onde se discrimina o plano de investimentos previsto.

O Director Executivo

---

## 2. ENQUADRAMENTO DO ACES

---

### **CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICO-SOCIAL E DETERMINANTES EM SAÚDE**

O conhecimento das características sócio-demográficas, dos problemas e necessidades de saúde, dos factores de risco e de protecção da população alvo, é elemento essencial do processo de planeamento de uma instituição com as características de um ACES. A análise do diagnóstico da situação de saúde disponível serviu de base à priorização das principais áreas de intervenção, à selecção de estratégias a seguir e, à definição dos compromissos a assumir e que se apresentam aqui sob a forma de objectivos a alcançar.

O *ACES SS* integra as seguintes Unidades Funcionais: USF Amora Saudável; USF Rosinha; USF CSI Seixal; USF Cuidar Saúde; USF Torre; USF Pinhal de Frades; USF FF mais; USF Servir Saúde; USF Castelo; UCSP Amora; UCSP Corroios; UCSP Seixal; UCSP Sesimbra; UCSP da Quinta do Conde; USP; UCC do Seixal; UCC de Sesimbra; CDP; SAP de Sesimbra; Consulta Aberta da Amora; URAP e a UAG. No ano de 2010 foram ainda criados dois Serviços: O Gabinete do Cidadão que depende directamente do Director Executivo com a dupla função de gerir a informação no ACES e promoção do marketing interno e externo. Foi ainda criado o Serviço de Gestão de Risco onde estão integradas a Comissão de Controlo de Infecção e a Gestão de Resíduos Hospitalares. Pretende-se que este Serviço venha a ter uma ligação profunda com a Saúde Ocupacional, logo que a ARSLVT estabeleça o seu enquadramento institucional. O Serviço de Gestão de Risco depende hierarquicamente do Conselho Executivo, embora cada uma das Comissões tenha designado um Responsável pela operacionalização.

O *ACES SS* situa-se nos concelhos do Seixal e Sesimbra, cuja superfície é de 291,4 km<sup>2</sup>.

A população inscrita nas várias Unidades Funcionais é de 220.108 utentes, o que significa um aumento de 4.405 utentes (1,71%) relativamente a 2010, sendo que 54.395 não têm médico atribuído (24,71%) (SINUS-Dezembro 2010). Devemos, todavia referir, a existência de uma forte componente de população imigrante no concelho do Seixal e, de uma população flutuante estimada em cerca de 35.000 pessoas, nos meses de veraneio no concelho de Sesimbra (CMS 2009).

Os concelhos do Seixal e de Sesimbra, dois dos nove concelhos da Península de Setúbal, abrangem uma população residente estimada de 232.857 pessoas (2009 ACSS), distribuídas por 9 freguesias – Aldeia de Paio Pires; Amora; Arrentela; Corroios; Fernão Ferro; Seixal; Quinta do Conde; Castelo e Santiago. A densidade populacional nos dois concelhos é de 801 habitantes por Km<sup>2</sup>, superior em cerca de 155 habitantes por Km<sup>2</sup> relativamente à observada no censo 2001 (Quadro 1).

Em 2008, registaram-se 10,80 nascimentos vivos por 1.000 pessoas residentes, valor que tem vindo a decrescer desde 2001, posicionando-se o ACES SS com um valor abaixo da média da ARSLVT (11,1), mas acima da média nacional, que regista um valor de 9,80 nascimentos vivos por 1000 residentes.

**Quadro 1.** População residente nas freguesias dos concelhos do Seixal e de Sesimbra – 2001

Freguesias do concelho do Seixal	População residente			Km2
	HM	H	M	
Aldeia de Paio Pires	10.937	5.435	5.502	16,3
Amora	50.991	24.937	26.054	24,5
Arrentela	28.609	14.059	14.550	9,9
Corroios	46.475	22.774	23.701	17,3
Fernão Ferro	10.753	5.322	5.431	23,9
Seixal	2.506	1.191	1.315	3,9
<i>total</i>	<i>150.271</i>	<i>73.718</i>	<i>76.553</i>	<i>95,7</i>

Freguesias do concelho de Sesimbra	População residente			Km2
	HM	H	M	
Quinta do Conde	16.567	8.202	8.365	14,2
Castelo	15.207	7.658	7.549	179,2
Santiago	5.794	2.859	2.934	2,2
<i>total</i>	<i>37.567</i>	<i>18.719</i>	<i>18.848</i>	<i>195,7</i>
<b>Totais</b>	<b>187.838</b>	<b>92.437</b>	<b>95.401</b>	<b>291,4</b>

Fonte: INE – Censos 2001

Legenda: HM (Homens e Mulheres); H (Homens); M (Mulheres)

O quadro 2 apresenta a distribuição da população residente por sexo e grandes grupos etários, estimada em 2007.

Como se pode verificar, a proporção de mulheres é superior à dos homens nos grupos etários apresentados, com excepção do mais jovem, como seria expectável. Depois de uma razão de masculinidade à nascença <sup>1</sup> um pouco superior a 100 rapazes por cada 100 raparigas, o peso

<sup>1</sup> A razão da masculinidade à nascença, obtém-se do quociente entre o número de nados vivos do sexo masculino e o número de nados vivos do sexo feminino.

relativo do sexo masculino em relação ao feminino vai-se esbatendo à medida que se analisam grupos etários de maior idade, de tal forma que a partir dos 45 anos se dá uma inversão e, acima dos 65 anos, a razão de masculinidade é de 85 homens para 100 mulheres. Este comportamento é idêntico ao do país. Globalmente no *ACES SS* a Taxa de População Feminina é de 51,1%.

**Quadro 2.** População residente, estimada, nos concelhos do Seixal e Sesimbra por sexo e grupos etários - 2007

Grupos etários	HM	H	M
0 – 14 anos	36.907 (16,6%)	18.842 (17,3%)	18.065 (16,0%)
15 – 24 anos	25.144 (11,3%)	12.739 (11,7%)	12.405 (11,0%)
25 – 64 anos	130.760 (58,8%)	64.010 (58,6%)	66.750 (59,0%)
65 e mais anos	29.441 (13,3%)	13.550 (12,4%)	15.891 (14,0%)
Todas as idades	222.252	109.141	113.111

Fonte: INE – 2007

Legenda: HM (Homens e Mulheres); H (Homens); M (Mulheres)

O aumento do peso proporcional dos jovens e dos idosos, grupos que representam a população economicamente não-activa, a par da redução do grupo considerado activo, tem repercussões importantes no equilíbrio económico e social das comunidades. Estes aspectos são bem evidenciados pela evolução dos Índices de Dependência, conforme se pode observar no quadro 3.

**Quadro 3.** Índices de Dependência e Índice de Envelhecimento nos concelhos do Seixal e Sesimbra em 2001 e 2007.

Índices	2001	2007
Índice de Dependência de Jovens	23,4%	23,7%
Índice de Dependência de Idosos	15,5%	18,9%
Índice de Dependência Total	38,9%	42,6%
Índice de Envelhecimento	66,2%	79,8%

Fonte: INE: Censos 2001 e, estimativas 2007

No que diz respeito à análise do envelhecimento da população, em 2001, por cada 100 jovens residentes nos concelhos do Seixal e Sesimbra, existiam cerca de 66 idosos. Em 2007, o Índice agravou-se significativamente, dado consistente com o aumento do peso proporcional do grupo dos

mais idosos. Assim, em 2007, por cada 100 jovens passaram a existir cerca de 80 idosos. Todavia, o índice mantém-se abaixo do valor médio nacional em 2007 (que foi de 114 por 100).

A distribuição da população activa por sector de actividade, reflectida no Quadro 4., permite concluir que a grande maioria dos residentes, trabalha no sector terciário (dentro ou fora dos concelhos), reflectindo a condição periférica em relação a Lisboa, Setúbal e Almada.

**Quadro 4.** Distribuição da população activa por sector de actividade 2007.

	Sector de actividade		
	Primário	Secundário	Terciário
Portugal Continental	4,8%	35,5%	59,7%
Península de Setúbal	2,2%	28,6%	69,2%
Concelho do Seixal	0,4%	27,5%	72,1%
Concelho de Sesimbra	5,2%	28,9%	65,9%

Fonte: INE: Censos 2001

Quanto ao tipo de habitação, 92% são do tipo de alojamento clássico, beneficiando de água, electricidade e esgotos.

Existem, todavia, zonas muito carenciadas onde a intervenção dos técnicos de saúde têm levado a cabo um trabalho muito empenhado, nomeadamente, através do projecto ***Saúde Sobre Rodas***. Estas zonas carenciadas são o Vale de Chicharos; Sta Marta do Pinhal; Cocena; Quinta do Cabral e Quinta da Princesa. Em 2011 foi contratualizado com a UCC do Seixal alargar o seu âmbito de acção a todo o Concelho do Seixal (Freguesias da Amora e Corroios), aliás, situação já prevista para a ECCI. Esta acção incidirá com especial enfoque nos utentes inscritos sem médico atribuído. Todavia, esta actividade pode estar grandemente comprometida no resultado que se pretende atingir, por falta de recursos de transporte, visto a UCC não possuir viatura própria. É seguramente uma situação que a ARSLVT terá de resolver no curto prazo.

---

### 3. ACTIVIDADES PREVISTAS

---

#### **VISÃO**

“Desenvolver capacidades para a elaboração de uma estratégia local de saúde que permita o funcionamento articulado das Unidades Funcionais integradas no ACES e Instituições com quem se articula.”

#### **MISSÃO**

“Assegurar a promoção da saúde, a prestação de cuidados e a sua continuidade e, a racionalização da utilização de recursos, num quadro de articulação entre entidades, através de um processo de melhoria continua, envolvendo o cidadão”

#### **VALORES**

Definindo como pressuposto a priorização da intervenção nos grupos mais vulneráveis, quer pela fase do ciclo de vida, quer pelas condições sociais, económicas e culturais, estabelecemos os seguintes valores:

- Melhorar a acessibilidade, a qualidade e a efectividade;
- Melhorar a gestão dos recursos;
- Promover o trabalho em equipa, em parceria e em complementaridade;
- Estimular o trabalho na comunidade;
- Utilizar a avaliação e o benchmarking como ferramentas de motivação e envolvimento.

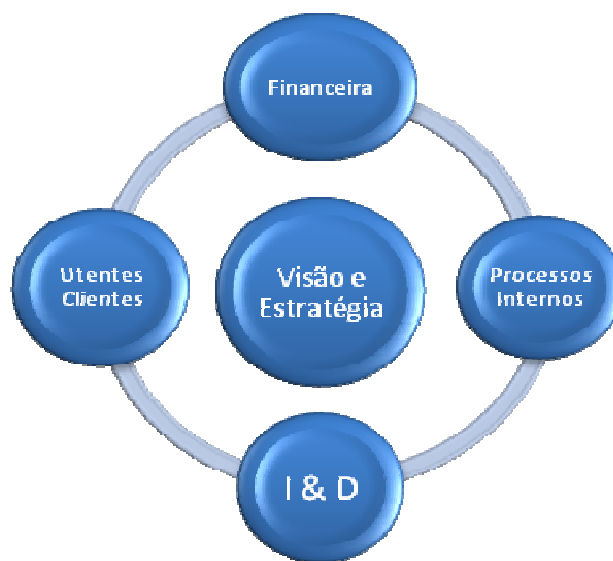
Com objectivo de melhor identificar as estratégias de intervenção no *ACES SS*, para além do recurso à análise dos indicadores de saúde que nos orientaram na contratualização interna, optou-se por elaborar um Balanced Scorecard e uma análise de SWOT, norteados pelo QUAR da ARSLVT, IP.

#### **BALANCED SCORECARD**

O Balanced Scorecard (BSC) é um sistema de gestão baseado em indicadores que impulsionam o desempenho, proporcionando às organizações, de modo abrangente, uma visão actual e futura da sua actividade. Assim, os aspectos mais importantes do BSC são a medição de resultados e a utilização de direccionadores que levam a organização a actuar de acordo com a sua estratégia. Esta nova metodologia baseia-se na representação equilibrada de indicadores financeiros e operacionais, organizados em quatro dimensões: a financeira propriamente dita, a dos clientes externos (cidadãos), a dos processos internos e a da aprendizagem e crescimento (desenvolvimento e inovação).

O equilíbrio entre as quatro dimensões permite, principalmente, estabelecer objectivos organizacionais e realinhar o processo contínuo da estratégia. Por isso ao criar o BSC do *ACES SS*, escolhemos um conjunto de indicadores que reflectem os factores críticos dos quais depende o sucesso da estratégia sugerida pelo Quadro de Avaliação e Responsabilização da ARSLVT – 2011 (QUAR – 2011).

**Figura 1. Balanced Scorecard**



**Quadro 6. Indicadores BSC**

***Quadro de Avaliação e Responsabilização – 2011***

***Objectivos Estratégicos (OE)***

OE 1 – Promover e melhorar a saúde da população

OE 2 – Reforçar o Sistema de Saúde

OE 3 – Garantir un Serviço Nacional de Saúde sustentável e bem gerido

**Que objectivos operacionais pretendemos atingir em 2011, tendo subjacente os Objectivos Estratégicos da ARSLVT e a estratégia e visão do ACES SS?**

**Quadro 5. Objectivos Operacionais (OO)**

**Eficácia**

<b>01</b>	<b>OE3</b>	Constituir 1 UCC por Concelho Inaugurar o Serviço de Gestão de Risco a 1 de Fevereiro Inaugurar a UCC de Sesimbra até 18 de Abril
<b>03</b>	<b>OE2</b>	Aumentar em 2,5% a população coberta por USF
<b>06</b>		Proporcionar a pelo menos 25% dos colaboradores uma acção de formação.

**Eficiência**

<b>07</b>	<b>OE3</b>	Custo médio (PVPE) de medicamentos facturados por utilizador de 200.
<b>07</b>	<b>OE3</b>	Custo médio (€) de MCDT facturados por utilizador de 73.
<b>08</b>	<b>OE2</b>	Implementar o SISP na USP até 31 de Dezembro.

**Qualidade**

<b>011</b>	<b>OE3</b>	Estabelecer um programa de monitorização de consumo de medicamentos no <i>ACES SS</i> , até 31 de Dezembro.
		Estabelecer um programa de boas práticas no <i>ACES SS</i> , pelo Conselho Clínico, até 31 de Dezembro.



## MAPA ESTRATÉGICO

DIMENSÕES	OBJECTIVOS	INDICADORES	METAS	ACTIVIDADES
<b>CIDADÃO</b>	<p>Responder ao aumento dos Índices de Dependência, motivados pelo envelhecimento da população do ACES SS.</p> <p>Aumentar a resposta a utentes sem médico atribuído.</p>	<p>1 UCC Seixal redefinição da estratégia (30%)</p> <p>1 Implementação da UCC de Sesimbra (30%)</p> <p>1 ECCI Seixal (15%) 1 ECCI Sesimbra (15%)</p> <p>Aumentar a cobertura de utentes inscritos na USF Torre e USF Pinhal de Frades (10%)</p>	<p>1 de Março</p> <p>18 de Abril</p> <p>1 de Março</p> <p>1 Março a 1 de Maio</p>	<p>Negociação/contratualização com a Equipa; alocar RH</p> <p>Discussão PA e parecer da ERA</p> <p>Discussão interna dos PA</p> <p>Ajustamento de Equipas</p>
<b>PROCESSOS</b>	<p>Dar a conhecer aos stakeholders, Unidades Funcionais e população em geral a estratégia do ACESSS.</p> <p>Operacionalizar a Gestão de Risco (CCI e GRH)</p> <p>Melhorar a decisão gestionária e clínica numa base epidemiológica.</p>	<p>Operacionalizar Site e intranet do ACESSS (10%).</p> <p>Auditar 100% das Salas de tratamento e locais de produção de resíduos hospitalares do ACESSS (CCI e GRH) (20%); Auditar a qualidade do ar a 100% das Salas de Espera do ACESSS (USP) (20%); Implementar estratégia interna de gestão de resíduos hospitalares (GRH) (20%).</p> <p>Promoção de 6 reuniões ordinárias de orientação estratégica com os responsáveis das UF do ACESSS (20%).</p> <p>Entrada em funcionamento do SISP (10%).</p>	<p>1 de Março a 31 Dezembro</p> <p>De 1 de Janeiro a 31 de Dezembro</p> <p>De 1 de Janeiro a 31 de Dezembro</p> <p>31 de Dezembro</p>	<p>Alimentar a informação do Site e da Intranet pelo Gab. Cidadão e envolvimento de todo o ACESSS.</p> <p>Auditar, Relatar e propor medidas de correcção.</p> <p>Correcção interna ou enviar proposta de correcção à ARSLVT</p> <p>Estratégia definida pelo DE e CC</p> <p>Articular com USP, GI, UGI</p>
<b>DESENVOLVIMENTO E INOVAÇÃO</b>	<p>Melhorar a efectividade da prescrição no ACES SS.</p> <p>Estabelecer um Plano de formação no ACES SS</p>	<p>Mecanismo de monitorização do consumo de medicamentos: % consumo de quinolonas e cefalosporinas de 3ª geração no consumo total de antibióticos. (30%);</p> <p>Aprovação do Programa de Boas Práticas (50%);</p> <p>Implementação de registos clínicos e codificação nas UCSP (20%);</p> <p>25% dos colaboradores frequentam pelo menos uma acção de formação</p>	<p>10% contratualizado até 31 de Dezembro</p> <p>100% a 31 de Dezembro</p> <p>De Abril a Dezembro</p> <p>De 1 de Janeiro a 31 de Dezembro</p>	<p>Análise de um trimestre de prescrição pelo SIARS;</p> <p>Auditoria em Março e em Setembro.</p> <p>Proposta do programa e discussão com os responsáveis das UF nas reuniões ordinárias.</p> <p>Proposta; discussão; auditoria em Setembro e Dezembro.</p> <p>Identificação de necessidades de formação. Planeamento e designação de formandos.</p>
<b>FINANCEIRA</b>	<p>Aumentar a eficiência na utilização de recursos alocados a medicamentos e MCDT</p>	<p>Custo med./utilizador (30%);</p> <p>Custo MCDT/consulta (70%).</p>	<p>Diminuir em 6% a despesa de medicamentos e MCDT por utilizador</p>	<p>Monitorização bimensal e divulgação pelos prescritores</p>

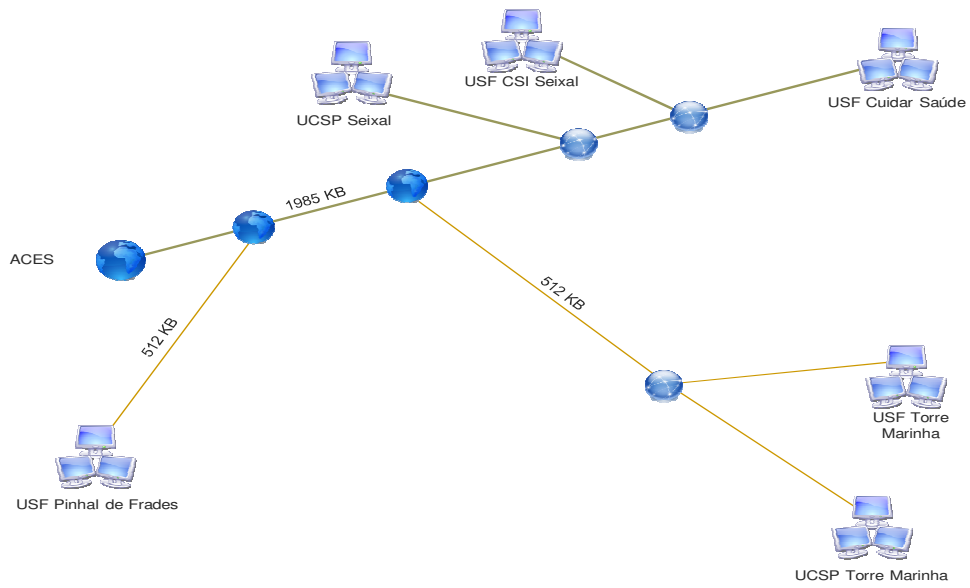
---

PROPOSTA DE METAS PARA OS INDICADORES DO CONTRATO PROGRAMA

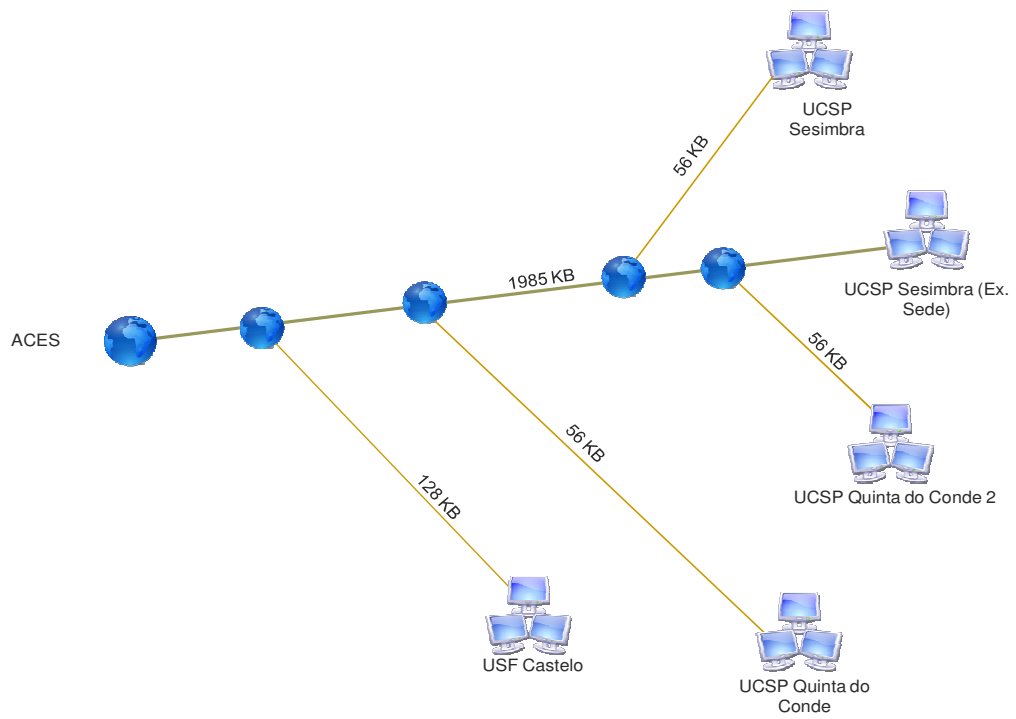
---

Os indicadores apresentados no quadro 7. reflectem essencialmente, os dados apurados a partir do SIARS que se baseiam quase exclusivamente na produção das 9 USF's. Logicamente, esta informação está longe de espelhar a verdadeira produção do ACES SS, considerando que ficam por apurar de uma forma fidedigna o trabalho produzido nas UCSP's, nomeadamente no que se refere aos determinantes em saúde, qualidade dos indicadores e actividade de enfermagem. Como exemplo, refira-se a "*Percentagem de utentes com PN Vacinação actualizado aos 13 anos*" que nos dados do SIARS é de 76,11% e dados SINUS Vacinação é de 93,7%; neste caso, pela inexistência de registos por parte das UCSP's. Tal discrepância, a nosso ver, prende-se com a inexistência de largura de banda suficiente que permita, tal como acontece nas USF's disponibilizar sistemas de apoio ao médico e de enfermagem nas UCSP's. A título de exemplo veja-se a figura 2 e 3 que representam as velocidades de comunicações existentes nas UCSP's do Seixal e Sesimbra.

**Figura 2** – Circuitos de comunicação Unidades Funcionais – Concelho do Seixal



**Figura 3** - Circuitos de comunicação Unidades Funcionais – Concelho do Sesimbra



**Quadro 7.** Indicadores do Contrato Programa para 2011

Indicadores do Contrato Programa 2010	Meta 2010	Realizado	Meta 2011
<b>Objectivos Nacionais de CSP - Eixo Nacional</b>			
Taxa de utilização global de consultas médicas	60	57,62	60
Taxa de utilização de consultas de planeamento familiar	25	18,87	25
Percentagem de recém-nascidos, de termo, com baixo peso (1.000 nados-vivos)	20		20
Percentagem de primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias	70	67,78	70
Percentagem de utentes com PN Vacinação actualizado aos 13 anos	85	76,11 SIARS 93,70 SV	95 SV
Percentagem de inscritos entre os 50-74 anos com rastreio de cancro colo-rectal efectuado	25	16,23	25
Incidência de amputações em diabéticos na população residente (10.000 residentes)	1,6		1,5
Incidência de acidentes vasculares cerebrais na população residente (10.000 residentes)	21	19,97	21
Consumo de medicamentos ansiolíticos, hipnóticos, sedativos e antidepressivos no mercado do SNS em ambulatório ( Dose Diária Definida/1000 habitantes)	85	93,7	90
Nº de episódios agudos que deram origem a codificação de episódio (ICPC2)/ nº total de episódios	NA	NA	NA
Percentagem de utilizadores satisfeitos e muito satisfeitos	NA	NA	NA
Percentagem de consumo de medicamentos genéricos em embalagens, no total de embalagens de medicamentos	26	32,05	35
Custo médio de medicamentos facturados por utilizador	190	185,11	188
Custo médio de MCDT facturados por utilizador	73	72,32	73
<b>Objectivos Nacionais de CSP - Eixo Regional</b>			
Percentagem de mulheres entre os 25-64 anos com colpocitologia actualizada ( uma em 3 anos)	32	27,07	32
Percentagem de mulheres entre os 50-69 anos com mamografia registada nos últimos 2 anos	35	34,94	38
Taxa de referência CTH por inscritos	4		NA
Percentagem de devoluções aos CSP por falta de informação clínica e administração	Não disponível		
Percentagem de consumo de quinolonas no consumo total de antibióticos em ambulatório	11	10,53	10
<b>Objectivos Nacionais de CSP - Eixo Local</b>			
Percentagem de hipertensos com registo de PA em cada semestre	70		NA
Percentagem de crianças com pelo menos 6 consultas de vigilância SI dos 0 aos 11 meses	40		NA
Percentagem de grávidas com revisão do puerpério realizada	55,35	77,36	80
Percentagem diabéticos abrangidos pela consulta de enfermagem	48,32	71,90	80

#### 4. RECURSOS DISPONÍVEIS/NECESSÁRIOS

##### Recursos Humanos

O ACES SS como referimos é composto por 9 USF's, 5 UCSP's, 1 UCC, 1 USP, 1 URAP, 1 UAG, 1 SAP 24h e 1 SAP 16h.

Os recursos humanos para o ano de 2011, permanecem os mesmos que no anos de 2010, tendo em consideração os objectivos operacionais da ARSLVT e, assumidos pelo ACES SS, que determinam genericamente a criação de mais 1 UCC e a implementação de todas as unidades funcionais. Também assumimos o compromisso de aumentar a percentagem da população abrangida por médico de família e, a criação de um Serviço de Gestão do Risco, bem como a redução de horas extraordinárias, salvaguardando, no entanto, a qualidade da prestação de cuidados.

Tendo por base o mapa aprovado pela ARSLVT, IP para o ano 2010, a proposta de ajustamento apresentado para 2011, descriminamos no Quadro 8. e 9. as necessidades para o ACES SS:

##### Quadro 8. Recursos Humanos

	Mapa aprovado ano 2010	RH existentes	Mapa das necessidades 2011
Director Executivo	01	01	01
Pessoal médico:			
Medicina Geral e Familiar	132	96	132
Saúde Pública	05	04	05
Hospitalar	01	01	01
Pessoal de Enfermagem	164	121	164
Técnico diagnóstico terapêutica	18	14	18
Técnico Superior:			
Serviço Social	05	04	05
Saúde	06	02	06
Regime geral	06	03	06
Pessoal de informática	03	02	03
Assistente técnico	137	109	137
Assistente operacional	65	43	65

##### Quadro 9. Recursos Humanos por grupo profissional e por Utentes inscritos 220108

	Méd. MGF	Méd. S.P.	Méd. Hosp.	Enfer.	Técnico Diag. Terap.(1)					Téc. Superiores(2)			Assist. téc.	Assist. oper.
					RX	TF	SA	F	HO	SS	S	RG		
Número	96	4	1	121	2	0	7	1	4	4	2	3	109	43
Rácio	2293	55027	220108	1819	110054		31444	200108	55027	55027	110054	73369	2019	5119

Legenda:

- 1- Rx- Radiologia; TF- Terapia da Fala; SA- Saúde Ambiental; F- Fisioterapia; HO- Higiene Oral;  
2- SS – Serviço Social; S- Saúde; RG- Regime Geral;

##### Quadro 10. Necessidades de RH por Unidades Funcional e Grupo Profissional

PLANO DE DESEMPENHO 2011 – ACES SS

Total Profissionais do ACES				
<i>Agrupamento de Centros de Saúde da Península de Setúbal II- Seixal-Sesimbra</i>	USF	Rosinha	Pessoal Médico	7
			Pessoal de Enfermagem	7
			Assistente Técnico	6
		Amora Saudável	Pessoal Médico	10
			Pessoal de Enfermagem	10
			Assistente Técnico	8
		Servir Saúde	Pessoal Médico	8
			Pessoal de Enfermagem	8
			Assistente Técnico	6
		FF Mais	Pessoal Médico	8
			Pessoal de Enfermagem	7
			Assistente Técnico	6
		Torre	Pessoal Médico	8
			Pessoal de Enfermagem	7
			Assistente Técnico	6
		CSI	Pessoal Médico	7
			Pessoal de Enfermagem	7
			Assistente Técnico	6
		Cuidar Saúde	Pessoal Médico	7
			Pessoal de Enfermagem	6
			Assistente Técnico	6
		Castelo	Pessoal Médico	9
			Pessoal de Enfermagem	8
			Assistente Técnico	7
		Pinhal de Frades	Pessoal Médico	5
			Pessoal de Enfermagem	4
			Assistente Técnico	4
	UCSP	Amora	Pessoal Médico	17
			Pessoal de Enfermagem	16
			Assistente Técnico	10
		Corroios	Pessoal Médico	21
			Pessoal de Enfermagem	20
			Assistente Técnico	13
Seixal	Pessoal Médico	6		
	Pessoal de Enfermagem	6		
	Assistente Técnico	5		

<b>Agrupamento de Centros de Saúde da Península de Setúbal II- Seixal-Sesimbra</b>	<b>UCSP</b>	Sesimbra	Pessoal Médico	6
			Pessoal de Enfermagem	6
			Assistente Técnico	5
		Quinta do Conde	Pessoal Médico	13
			Pessoal de Enfermagem	11
			Assistente Técnico	10
	<b>USP</b>		Pessoal Médico	5
			TDT – Saúde Ambiental	7
			Assistente Técnico	3
	<b>UCC</b>	Seixal	Pessoal de Enfermagem	12
			TDT – Fisioterapeutas	1
			TDT – Terapia da Fala	1
			Técnico Superior nutrição	1
			Assistente Técnico	1
		Sesimbra	Pessoal de Enfermagem	12
			TDT – Fisioterapeutas	1
			TDT – Terapia da Fala	1
			Técnico Superior nutrição	1
			Assistente Técnico	1
	<b>SAP</b>	Concelho do Seixal	Pessoal de Enfermagem	8
			Assistente Técnico	5
		Concelho de Sesimbra	Pessoal de Enfermagem	7
			Assistente Técnico	5
	<b>URAP</b>		Técnico Superior - Psicologia	4
			Pessoal Médico	1
			TDT – RX	2
			TDT – Higiene Oral	4
			Técnico Superior Serviço Social	5
			Assistente Técnico	2
			TDT – Fisioterapeutas	1
	<b>UAG</b>	Responsável	Técnico Superior	1
		Recursos Humanos	Técnico Superior	1
			Assistente Técnico	5
		Gestão Financeira	Técnico Superior	1
			Assistente Técnico	8
Gestão de Informação		Técnico Superior	1	
		Pessoal de Informática	3	
		Assistente Técnico	2	
Serviços Gerais		Assistente Técnico	5	
		Técnico Superior	1	
		Assistentes Operacionais	65	
Gabinete Cidadão		Técnico Superior	1	
		Assistente Técnico	1	
Gestão do Risco		Pessoal de Enfermagem	2	
	Assistente Técnico	1		
<b>Formação</b>		Internos	35	

O *ACES SS* para colmatar e diminuir as carências de recursos humanos, foi obrigado a recorrer a profissionais em regime de Outsourcing, com a seguinte distribuição por grupo profissional e sector de actividade:

O SAP Concelhio de Sesimbra tem um médico 24h/dia, 7 dias por semana;

O SAP Concelhio do Seixal: nos dias úteis, 2 médico das 8h às 12h; 3 médicos das 12h às 24h. Aos fins-de-semana e feriados, 3 médicos das 8h às 24h;

Para as UCSP's 106 horas semanais para atenderem utentes sem médicos, equivalente a 3 médicos. Contratou-se, ainda, neste regime 14 enfermeiros com 35 horas semanais; 15 Assistentes Técnicos com 35 horas semanais; 7 Assistentes Operacionais com 35 horas semanais.



## Formação

O presente plano de formação resulta do levantamento de necessidades efectuado junto de todos os profissionais, através da distribuição de um questionário. O tratamento dos dados deu origem a uma proposta submetida ao CD da ARSLVT, da qual após aprovação, resultou a matriz descrita no Quadro 11.

**Quadro 11.** Plano de Formação aprovado pela ARSLVT, IP - 2011

Designação da Formação	Grupo Profissional	Nº Profissionais
Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem	Enfermeiros	48
Gestão do Risco	Todos os grupos profissionais	32
Plano Nacional de Vacinação	Enfermeiros	32
Gestão do Tempo	Todos os grupos profissionais	16
Comunicação Responsável	Todos os grupos profissionais	36
Tratamento de feridas	Médicos, Enfermeiros	32
Programa de substituição de opiáceos	Médicos, Enfermeiros	40

## **Plano de Equipamentos / Investimentos**

Era nosso desejo transformar as UCSP's em USF's, no entanto com a carência de infra-estruturas próprias não é possível captar mais recursos humanos que permitam esta transição.

Existem actualmente três terrenos cedidos pelas Câmaras Municipais do Seixal e Sesimbra para construção de três novas unidades, a saber:

Um em Santa Marta de Corroios (já com programa funcional desenvolvido e submetido à ARSLVT para aprovação e promoção de concurso de construção), o que permitiria a criação de três USF's, e o realojamento da USP precariamente instalados, estando já previsto o concurso público para que este projecto se inicie em 2011;

Um terreno nos Foros da Amora, com a possibilidade de construção para duas USF's, o que permitiria criar condições para a prestação de cuidados a 20.000 utentes, actualmente sem médico de família, atendidos na UCSP da Amora, com recurso a médicos de outsourcing, em condições físicas caóticas. Esta solução contribuiria para a reestruturação do SAP Concelhio divergindo eventualmente para um atendimento complementar. De salientar que o SAP ocupa, o mesmo edifício, que actualmente comporta 1 USF, 1 UCSP, atendimento a utentes sem médico e a sede do ACES, o que facilmente contribui para uma elevada conflitualidade entre utentes, dado o atendimento qualitativamente díspar, facilmente percebido por estes, no entanto encontra-se já autorizado pelo Ministério das Finanças e pelo CD da ARSLVT um espaço na Amora, com cerca de 400 m<sup>2</sup> que irá minorar os constrangimentos existentes no espaço atrás referido, que com as obras necessárias irá absorver apenas a UCSP da Amora, não resolvendo a totalidade das necessidades existentes nesta área geográfica;

Finalmente, o terceiro terreno cedido pela CM Sesimbra, que permitiria construir uma nova USF, libertando o espaço que actualmente é ocupado pela UCSP de Sesimbra, para o seu legítimo proprietário, que o reclama, e, que não possui as condições mínimas adequadas à prestação de cuidados (ausência de rampas para deficientes, circulação dentro do edifício apenas com escadas, ausência de gabinetes, ausência de estacionamento tanto para utentes como para profissionais, etc.). De salientar a necessidade de promover a resolução ao nível da tutela, do SAP Concelhio de Sesimbra.

Sabendo nós que no ano em curso e provavelmente no próximo, não é possível a resolução deste tipo de problemas, importa todavia por um lado, chamar uma vez mais a atenção para o drama deste ACES – utentes sem médico atribuído e sem espaço físico para captar profissionais – e, por outro, propor medidas de curto prazo, que vão de encontro à resolução, em parte, daqueles constrangimentos.

Assim, consideramos que sejam de autorizar as seguintes medidas para 2011 e que em 2010 não obtiveram acolhimento, mantendo-se como necessárias:

**70.000 Euros** como custo estimado para ampliação da USF do Castelo e criação de armazéns do ACES SS, tentando desta forma eliminar definitivamente a existência de utentes sem médico nesta freguesia, e por outro lado, criar um espaço (neste momento ocupado com arquivo da conferência de facturas) para um armazém geral do ACES SS.

**300.000 Euros** destinados à requalificação de um edifício (próprio – Ex-SLAT) no centro de Sesimbra, criando condições para a instalação de uma USF

Relativamente ao aumento da cobertura de utentes com médico de família, tendo já autorização de arrendamento do espaço na Amora, prevê-se um investimento nunca inferior a **300.000 Euros**, tendo em vista a criação do espaço para a UCSP Amora como reforço ao edifício da Amora, completamente sobrelotado e sem condições mínimas para suportar a procura, como descrito anteriormente.

Designação do Investimento	Prioridade *	Justificação da necessidade	Valor estimado (€)
Requalificação de edifícios e substituição de equipamentos	1ª	Dada a degradação de alguns equipamentos e edifícios, são sempre necessárias pequenas obras de manutenção e substituição pontual de equipamentos, de forma a não colocar em causa a prestação de cuidados e as condições de trabalho dos profissionais	100.000
Requalificação edifício de Santana	1ª	Alargamento USF Castelo Criação armazém ACES SS	70.000
Requalificação edifício EX-Slat - Sesimbra	1ª	Criação USF Sesimbra	300.000
Criação de UCSP Amora – Espaço arrendado	1ª	Reforço do atendimento actualmente na UCSP Amora	300.000
<b>TOTAL</b>			<b>770.000</b>

## Quadro 12. Plano de Investimento 2011

## Conclusão

O presente plano de actividades pretende traduzir a realidade das necessidades mais prementes do *ACES SS*, partindo de uma caracterização demográfico-social e principais determinantes em saúde.

Da elaboração do Plano de Desempenho resulta como principais ideias:

- O ACES SS continua a debater-se com falta de recursos humanos (médicos; enfermeiros; assistentes técnicos e assistentes operacionais) e, continua a não ser considerada importante a inclusão de novas profissões de saúde, que ao nível das UCC e da URAP contribuiriam, seguramente, para atingir mais ganhos em saúde a custos economicamente controlados. A despesa com o recurso à prestação de cuidados convencionados seria certamente menor e os resultados de saúde melhores (fisioterapia; terapia da fala; nutrição; psicologia ...).
- O ACES SS continua a empenhar-se na formação pós-graduada em medicina com um forte investimento, sem retorno, já que as quotas atribuídas para a colocação dos futuros especialistas em MGF, não têm este aspecto em consideração.
- O número de utentes sem médico atribuído tem vindo a crescer e irá agravar-se com a saída de médicos (previsível a curto prazo de mais 4 especialistas de MGF) que solicitaram a aposentação.
- A falta de recursos físicos é dramática no Centro de Saúde da Amora e no Centro de Saúde de Corroios (este último, com as obras de beneficiação de Vale de Milhaços e com a construção da nova Unidade de Santa Marta do Pinhal o problema ficará resolvido). Todavia, persiste a freguesia da Amora com cerca de 18000 utentes sem médico, e sem espaço para a sua acomodação.

- É fundamental resolver o problema do SAP de Sesimbra, que funciona 24h num edifício sem as mínimas condições físicas para funcionar como Unidade de Saúde. Por outro lado, a procura a partir das 22h é diminuta (com uma média de procura de 0,8 utentes/hora) o que não justifica manter o serviço a partir dessa hora. O encerramento é um imperativo de eficiência. A moeda de troca para a negociação com a CMS poderia e deveria passar pela requalificação do edifício do ex-SLAT, que se encontra a degradar com a passagem do tempo, e constituir uma USF para os utentes da Vila de Sesimbra.
- É ainda fundamental dotar o ACESSS com viaturas suficientes para apoio aos cuidados (UCC do Seixal e ECCI), não esquecendo que a contratualização das USF e UCC impõem serviço domiciliário constante. O recurso a serviço de táxi tem sido inevitável bem como toda a manutenção do parque automóvel detido pelo ACES, que se encontra em elevado estado de obsolescência, traduzindo-se estes factores em custos astronómicos.