Unidade de Saúde da Ilha do Faial

Relatório de Gestão

2025



Horta

Março de 2026

Índice

1- INTRODUÇÃO 4

2- CARACTERIZAÇÃO DA USIFaial 7

3- CONTEXTO ORGANIZACIONAL 9

a) Organograma Funcional Nominativo de Dirigentes e Chefias Intermédias 9

b) Organograma Completo 10

4 - ANÁLISE DA POPULAÇÃO 11

a) Caraterização da População 11

b) Inscritos na USIFaial 11

c) População Abrangida 12

d) População com e sem Médico de Família 13

5 - CARTEIRA DE SERVIÇOS 14

6 - OBJETIVOS E METAS 16

a) Objetivos Gerais 2025 16

b) QUAR 16

7 – DESEMPENHO FINANCEIRO 21

Análise Orçamental 21

Análise Económica e Financeira 26

8 - DESEMPENHO OPERACIONAL 34

a) Indicadores contratualizados 34

i. Contratualização Externa 34

ii. Contratualização Interna 36

b) Acesso a Cuidados de Saúde 37

c) Prestação de Cuidados de Saúde 40

i. Processos Assistenciais 40

ii. Situações de doença aguda 55
iii. Rastreios oncológicos (ROCCA, PICCOA) 55
iv. Vigilância do doente em contexto domiciliário 56
v. Outros serviços e atividades assistenciais 56
vi. Projetos desenvolvidos 58
vii. Secretariado Clínico e Deslocação de Doentes 60
d) Processos de Suporte 61
e) Gabinete do Utente 65
f) Risco e Segurança 66
g) Resultados Finais 68
9 - RECURSOS HUMANOS 70
a) Situação Atual 70
b) Avaliação de Desempenho 72
c) Formação 72
10 - EQUIPAMENTOS DISPONÍVEIS 74
11 - INSTRUMENTOS PARA GERIR E PROMOVER A QUALIDADE 76
a) Gabinete da Gestão da Qualidade 76
b) Ferramentas de Conduta e de Prevenção da Corrupção e Fraude 78
c) Sistema de Controlo Interno 79
12- CONCLUSÃO 80
13 - SIGLAS 81
14 – ANEXOS 83
ANEXO I - CONTRATO DE GESTÃO 2025-2027 e Cláusulas especificas para o ano de 2025 84
ANEXO II – Carta de Compromisso 2025 98
ANEXO III - QUADRO DE AVALIAÇÃO E RESPONSABILIZAÇÃO (QUAR) 2025 105

1- INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Gestão tem como objetivo apresentar, de forma clara e sistematizada, os resultados da atividade desenvolvida na Unidade de Saúde da Ilha do Faial (doravante designada por **USIFaial**) ao longo do ano de **2025**, bem como refletir o desempenho assistencial, organizacional, financeiro e estratégico da instituição. Este documento constitui um importante instrumento de prestação de contas, transparência e avaliação, permitindo analisar os principais resultados alcançados, os constrangimentos identificados e as oportunidades de melhoria.

Num contexto marcado por crescentes desafios no setor da saúde, nomeadamente ao nível da escassez de recursos humanos, da exigência de elevados padrões de qualidade e da necessidade de garantir respostas eficazes às necessidades da população, a USIFaial manteve o seu compromisso com a prestação de cuidados de saúde seguros, acessíveis e centrados no utente. Ao longo de 2025, foram desenvolvidas diversas ações orientadas para a melhoria contínua, o reforço da cultura da qualidade e da segurança e a sustentabilidade da organização.

Para o ano de 2025, foram definidas as seguintes **linhas orientadoras e objetivos estratégicos**, que enquadraram a atividade da Unidade de Saúde:

- Insistir junto da tutela na necessidade de recrutamento de técnicos superiores para as áreas de recursos humanos e aprovisionamento;
- Voltar a garantir a abertura de novos concursos, nomeadamente para Médicos da especialidade de Medicina Geral e Familiar, de forma a colmatar as necessidades existentes;
- Sensibilizar e motivar os profissionais de saúde para a necessidade de melhorar os resultados assistenciais, com particular enfoque nos Núcleos de Saúde Familiar;
- Envolver toda a organização na continuidade do processo de melhoria contínua, no fortalecimento da Cultura da Qualidade e da Segurança;
- Preparar a candidatura para a segunda renovação da Certificação da Unidade.

A informação apresentada neste relatório pretende apoiar a reflexão interna, informar as entidades internas e externas relevantes e servir de base à tomada de decisão futura, contribuindo para o reforço da eficiência, da qualidade dos cuidados prestados e da missão da USIFaial ao serviço da população da Ilha do Faial.

Considerando que a Comissão de Serviço do anterior Presidente do Conselho de Administração terminou a 31 de outubro de 2025, a gestão da unidade foi assegurada, no período subsequente, pelas vogais executivas, garantindo a continuidade operacional e administrativa da USIFaial.

Em 01 de fevereiro de 2026, tomou posse a atual Presidente do Conselho de Administração, Dra. Maria José Rodrigues, ficando, a partir dessa data, completa a constituição do Conselho de Administração.

Relativamente à área administrativa, a gestão da Secção de Pessoal, Arquivo e Expediente foi assegurada internamente por Marta Dias, na sequência da aposentação da anterior Coordenadora Técnica, Manuela Rocha, ocorrida em 28/2/2025.

Posteriormente, por mobilidade intercarreiras, e ao abrigo do Despacho n.º 15/2025, Marta Dias passou a exercer formalmente funções de Coordenadora Técnica da USIFaial, com efeitos a de 1 de janeiro de 2026.

Para a elaboração do presente Relatório de Atividades e de Gestão 2025 foram envolvidos os dirigentes, as chefias e os responsáveis de áreas/equipas das seguintes áreas/equipas:

- Aprovisionamento E Armazém;
- Área Financeira;
- Conduta E Corrupção;
- Gestão da Qualidade;
- Núcleo de Formação;
- Organização dos Processos de Deslocação de Doentes;
- Risco E Segurança;
- Equipa do Risco e Segurança;
- Serviço Social e Gabinete do Utente;
- Património E Serviço de Instalações e Equipamentos;
- Secção de Pessoal, Expediente e Arquivo;
- Secretariado Clínico.

Além dos contributos acima referidos o Conselho de Administração teve o apoio da equipa afeta ao Gabinete de Gestão da Qualidade e do responsável pela Gestão dos Objetivos e Acordos Contratualizados.

O Relatório de Atividades e de Gestão 2025 depois de aprovado será enviado à tutela e disponibilizado na intranet e no site oficial da USIFaial (https://usifaial.saude.azores.gov.pt).

Horta, 27 de março de 2026

O Conselho de Administração,

Assinado por: **Maria José Santos Alves Rodrigues**
Num. de Identificação: 09794879
Data: 2026.04.28 15:46:48+00'00'
Certificado por: **Governo Regional dos Açores**
Atributos certificados: **Presidente do Conselho de Administração da Unidade de Saúde de Ilha do Faial**

CHAVE MÓVEL drigues

Assinado por: **NÍDIA DE FÁTIMA NEVES FARIA**
Num. de Identificação: 11650015
Certificado por: **Governo Regional dos Açores**
Atributos certificados: **Vogal Executiva do Conselho de Administração da Unidade de Saúde de Ilha do Faial**

CARTÃO DE CIDADÃO

Assinado por: **Maria Manuela Ferreira de Oliveira**
Num. de Identificação: 09895858
Certificado por: **Governo Regional dos Açores**
Atributos certificados: **Vogal Executiva do Conselho de Administração da Unidade de Saúde de Ilha do Faial**

CHAVE MÓVEL

Oliveira

2- CARACTERIZAÇÃO DA USIFaial

A USIFaial é uma pessoa coletiva de direito público, contribuinte fiscal n.º 510 183 085, com sede social em Estrada Príncipe Alberto do Mónaco, Freguesia das Angústias, Concelho da Horta, Ilha do Faial, sendo por isso um organismo dotado de autonomia administrativa e financeira, sujeita à tutela da Secretaria Regional da Saúde e Segurança Social.

Criada em janeiro de 2011, a USIFaial é constituída por um Centro de Saúde e abrange toda a ilha do Faial. A sua orgânica decorre do Decreto Regulamentar Regional nº3/2011/A, de 28 de janeiro.

A Carta de Missão e Valores da USIFaial (aprovada pelo Conselho de Administração em 7 de julho de 2022) demonstra o compromisso desta instituição para com os profissionais e os seus utentes e é orientada por critérios de qualidade, eficácia e eficiência, simplificação de procedimentos, cooperação, comunicação eficaz e aproximação ao cidadão. A USIFaial é uma organização de prestação de Cuidados de Saúde Primários, que integra o Serviço Regional de Saúde.

Na sua Carta de Missão e Valores o Conselho de Administração expressa a vontade de alcançar um elevado nível ético, promovendo a sua divulgação interna e externa, de forma aberta e transparente, com vista à melhor prossecução do interesse público.

Missão

A ***missão*** da USIFaial é a de prestar cuidados de saúde humanizados e de proximidade aos utentes, contribuindo para a melhoria da saúde das famílias e da comunidade e colocar o utente no centro de toda a atividade desenvolvida. Para cumprimento da sua Missão o grupo de profissionais organiza-se em equipas multidisciplinares, de modo que, seja possível que todos os utentes inscritos tenham médico e enfermeiro de família.

O objetivo das Equipas é o de contribuir para que todos os serviços sejam prestados com um elevado **nível ético**, de forma **cortês e profissional**, com **rigor e qualidade técnico-científica**; utilizando as **boas práticas e as normas de ética e deontologia profissionais**.

Visão

A nossa ***visão é a de ser um parceiro de confiança do Serviço Regional de Saúde caminhando*** com vista à melhoria contínua, fazer sempre o melhor. Trabalhamos para ser uma unidade de saúde de referência a nível regional, por um lado, a nível de satisfação dos utentes e dos profissionais e, por outro, para garantir um atendimento de qualidade, de eficiência e de acessibilidade dos utentes.

Valores

Como ***valores*** das Equipas salientamos os seguintes:

- **Integridade**: promover a honestidade, imparcialidade, respeito e solidariedade na conduta profissional, demonstrando a todos, e em especial àqueles com quem se relacionam, interna e externamente, um ambiente geral de confiança e integridade.
- **Confiança:** incentivar uma cultura de abertura, transparência, proximidade e responsabilização, promovendo uma participação ativa dos profissionais, colaboradores, parceiros e utentes.
- **Inovação**: traçar caminhos inovadores para criação de valores nas áreas chave com vista à melhoria contínua através de métodos e soluções originais e pioneiras.

Para cumprir a missão e atingir a visão traçada assume uma Carta de Missão e Valores ancorada nos princípios éticos da gestão pública, observando os princípios da atividade administrativa consagrados na Constituição e na lei, designadamente os de Serviço Público, Integridade, Justiça e Imparcialidade, Igualdade, Proporcionalidade, Transparência, Colaboração e da Boa-Fé, Informação e da Qualidade, Lealdade, Integridade, Competência e Responsabilidade e Urbanidade, por forma a assegurar o respeito e confiança dos vários intervenientes, todos constantes no Código de Ética e de Conduta, perante o qual todos os colaboradores e dirigentes têm de declarar a sua adesão.

Objetivos

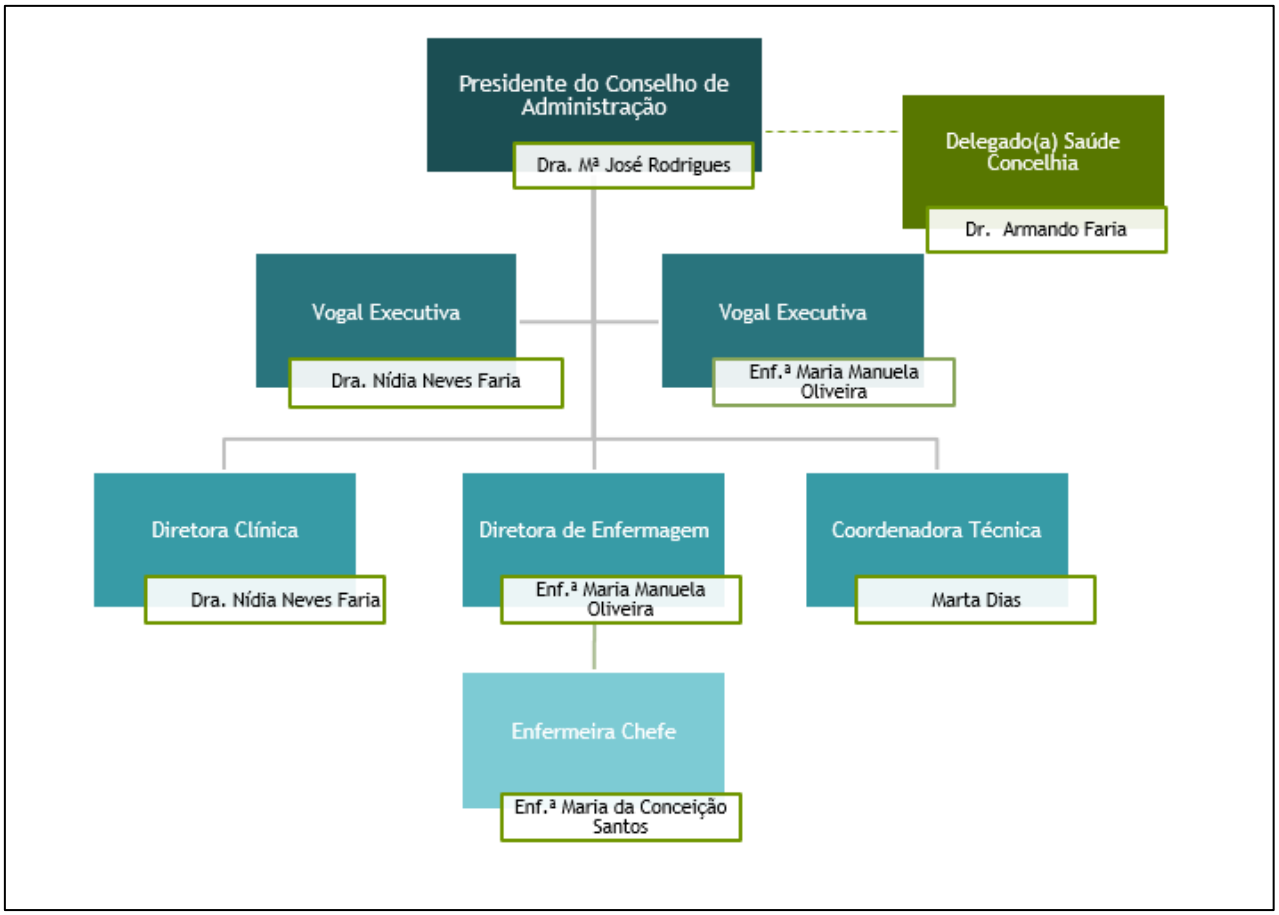
O objetivo da USIFaial é seguir a sua missão de acordo com os valores éticos e deontológicos subjacentes à melhor prossecução do interesse público, concretamente:

1. Promover uma cultura organizacional e individual de conformidade com os valores e princípios adotados, bem como para o desenvolvimento das melhores práticas de conduta ética, com vista à excelência, enquanto entidade que presta um serviço público em cuidados de saúde primários;
2. Assegurar os valores, princípios, normas e regras de conduta que norteiam o relacionamento interpessoal e as várias entidades e parceiros;
3. Garantir elevados padrões de referência e de atuação no exercício da sua atividade.

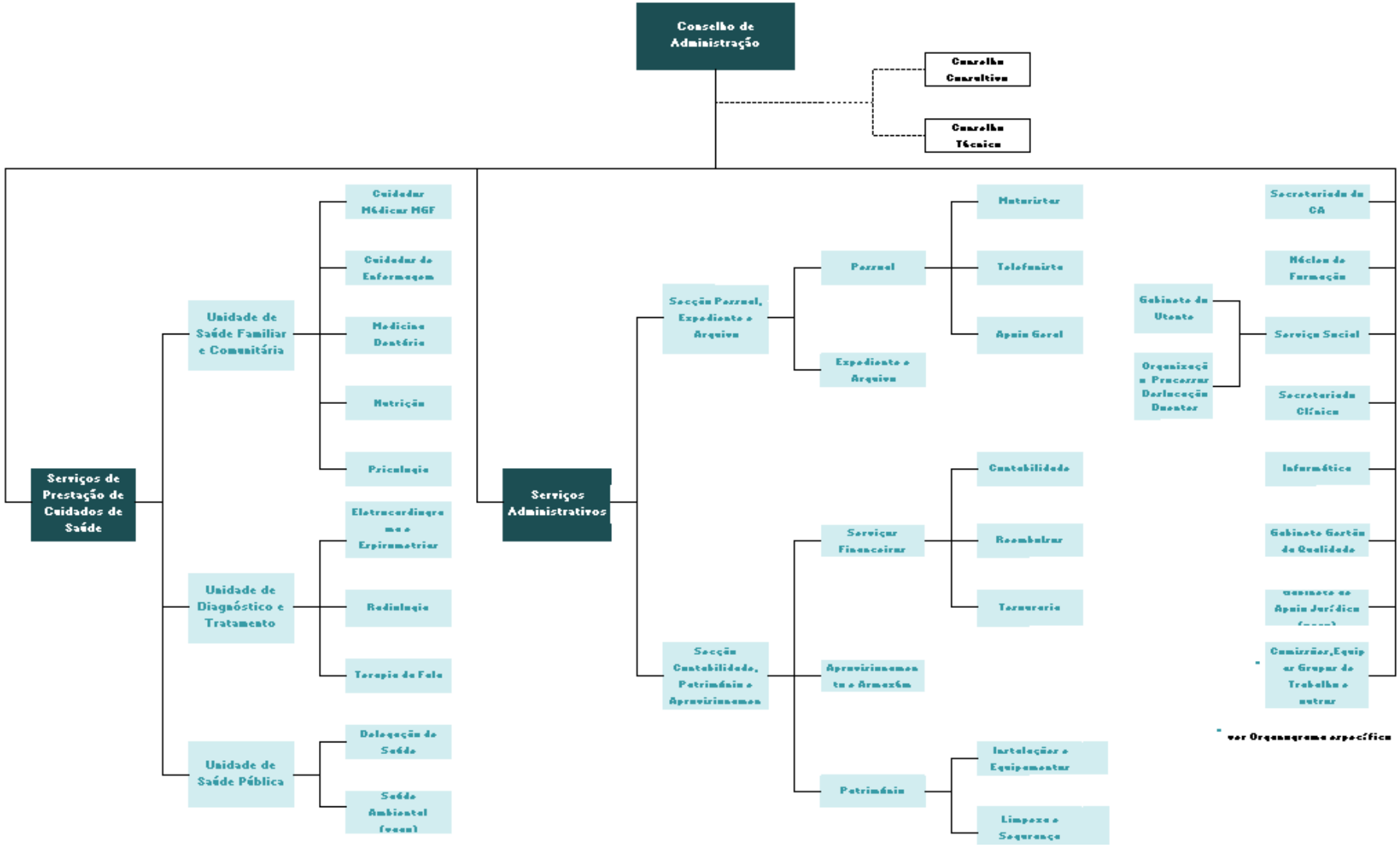
3- CONTEXTO ORGANIZACIONAL

a) Organograma Funcional Nominativo de Dirigentes e Chefias Intermédias

Atual organograma nominativo dos dirigentes e chefias:



b) Organograma Completo



4 - ANÁLISE DA POPULAÇÃO

a) Caraterização da População

Segundo dados do INE, a população residente nos Açores nos últimos 2 anos tem aumentado embora não tenha atingido os valores de 2020, tendência acompanhada pelo número de residentes na ilha do Faial.

Estimativas da População Residente	Anos				
	2020	2021	2022	2023	2024
Açores	242 497	236 413	239942	241025	241718
Ilha do Faial	14 482	14 331	14423	14331	14466

Fonte: INE / 2025

Esta diminuição poderá ser explicada por consecutivos saldos naturais negativos, resultantes da diminuição de nascimentos, mas também por aumento da mortalidade, eventualmente relacionada com o envelhecimento da população.

Saldo Natural	2023			2024			2025		
	Nados vivos	Óbitos	Saldo	Nados vivos	Óbitos	Saldo	Nados vivos	Óbitos	Saldo
Açores	**2042**	**2369**	**- 327**	**1388**	**1841**	**-453**	**ND**	**ND**	**ND**
Faial	118	162	- 44	106	123	-17	98	143	-45

Fonte: INE / 2026 e inscritos na USIFaial (SISA)

b) Inscritos na USIFaial

Relativamente ao número de inscritos verifica-se que é superior ao número de residentes disponibilizado pelo INE, o que poderá estar relacionado com o fluxo de inscritos que residam em tempo parcial no Faial.

A população inscrita e as unidades ponderadas aumentam, a primeira por via da imigração e a segunda por envelhecimento da população, podendo-se inferir por este aspeto a necessidade crescente de cuidados de saúde nos vários níveis de prevenção incluindo o tratamento e a reabilitação.

Grupos etários	2022		2023		2024		2025	
	Inscritos	UP*	Inscritos	UP*	Inscritos	UP*	Inscritos	UP*
0 aos 6	829	1 244	807	1 211	818	1227	801	1202
7 aos 64	11 283	11 283	11 223	11 223	11209	11209	11247	11247
65 aos 74	1 718	3 436	1 732	3 464	1752	3504	1 791	3 582
75 e + anos	1 370	3 425	1 410	3 525	1459	3648	1 505	3 763
Total	**15 200**	**19 388**	**15 172**	**19 423**	**15238**	**19588**	**15344**	**19793**

*UP – Unidades Ponderadas, dados SISA referentes a 31/12/2025.

c) População Abrangida

A população abrangida é constituída pelos residentes no Faial e inscritos, bem como por utentes esporádicos, com maior expressão na primavera e verão. Esta sazonalidade está diretamente relacionada com o turismo e com o histórico e consolidado movimento de iates que encontram abrigo na marina da Horta.

População Abrangida		2024	2025
Utentes Inscritos 2024 (dezembro)	Com Médico de Família	9986	10784
	Sem Médico de Família por opção	104	98
	Sem Médico de Família	5148	4 463
	Total	15 238	15345
Cidadãos Residentes*		14 466	15063
N.º de Famílias*		5449	5544

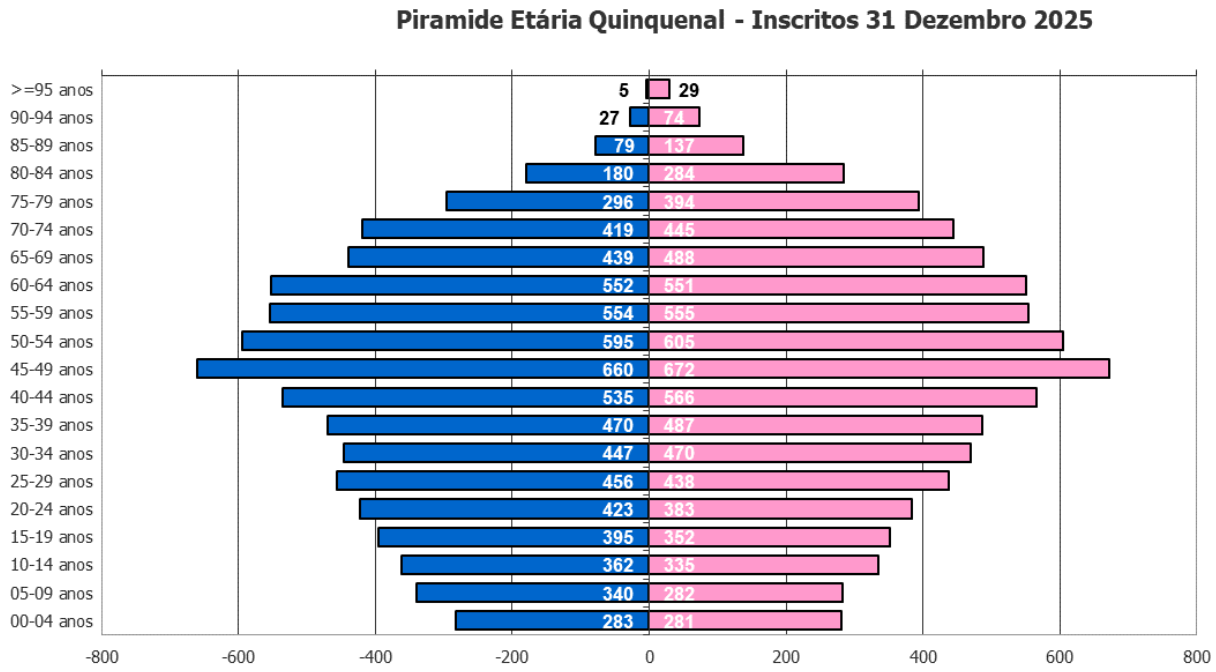
*Estimativa INE Fonte: SISA – Sistema Integrado de Saúde dos Açores e INE 2026

A população inscrita a 31 de dezembro de 2025 na USIFaial é de 15.345 utentes, como se observa no quadro infra. É uma população envelhecida por estreitamento da base, conforme pirâmide etária quinquenal, sendo o número de nascimentos de 98 em 2025.

Quadro - População inscrita na USIFaial

Grupo Etário	Género		
	Homem	Mulher	Total
>=95	5	29	34
90-94	27	74	101
85-89	79	137	216
80-84	180	284	464
75-79	296	394	690
70-74	419	445	864
65-69	439	488	927
60-64	552	551	1 103
55-59	554	555	1 109
50-54	595	605	1 200
45-49	660	672	1 332
40-44	535	566	1 101
35-39	470	487	957
30-34	447	470	917
25-29	456	438	894
20-24	423	383	806
15-19	395	352	747
10-14	362	335	697
05-09	340	282	622
00-04	283	281	564
Total	7 517	7 828	15 345

FIGURA 1 – PIRÂMIDE ETÁRIA DA POPULAÇÃO INSCRITA NA USIFAIAL (2025)



d) População com e sem Médico de Família

No final de 2025, o número de utentes sem Médico de Família ascendia a 4463, o que representa 29,08 % dos inscritos na USIFaial (15238).

A distribuição de inscritos na USIFaial por Médico de Família/NSF é como consta do quadro.

QUADRO - DISTRIBUIÇÃO DE UTENTES POR NSF

Núcleo de Saúde Familiar		Nº. Utentes
NSF1		1 822
NSF3		1 622
NSF4		1378
NSF7		1696
NSF8		1745
NSF9		1723
NSF2	**Sem Médico de Família**	5148
NSF5		
NSF6		
Sem Médico de Família por opção		104
Total		**15 238**

5 - CARTEIRA DE SERVIÇOS

Consultas:

- Cessação Tabágica (médicas e/ou enfermagem);
- Consulta Complementar (médicas);
- Diabetes Mellitus (enfermagem e /ou médicas);
- Medicina Dentária (Médicos dentistas);
- Nutrição (Nutricionistas);
- Planeamento Familiar (enfermagem e/ou médicas);
- Psicologia (Psicólogas);
- Risco Cardiovascular/Hipertensão Arterial (enfermagem e/ou médicas);
- Saúde da Mulher (enfermagem e/ou médicas);
- Saúde do Adulto (médicas);
- Saúde Infanto juvenil (enfermagem e/ou médicas, e medicina dentária nos Exames Globais de Saúde (EGS);
- Saúde Materna (enfermagem e/ou médicas);
- Terapia da Fala;
- Viajante (Delegação de Saúde).

Meios complementares de diagnóstico e terapêutica:

- Eletrocardiogramas;
- Espirometrias;
- Raio X convencional (parceria com o Hospital da Horta).

Outros serviços clínicos:

- Cuidados de Enfermagem;
- Vacinação.

Prestação de serviços nos domicílios:

- Cuidados de saúde (médicos, de enfermagem e de outros profissionais de saúde).

Prestação de serviços nas extensões de saúde:

- Cuidados de saúde (médicos, de enfermagem e de outros profissionais de saúde).

Outros serviços:

- Intervenção Precoce;
- Serviço Social;
- Gabinete do Utente;
- Deslocação de Doentes;
- Reembolsos de Despesas Médicas;
- Apoios diversificados prestados por equipas multidisciplinares para a continuidade assistencial:
    - Comissão de Dissuasão à Toxicodependência;
    - Núcleo de Apoio à Criança e Jovens em Risco;
    - Grupo de Apoio aos Cuidadores Informais.

Sistema de atribuição de produtos de apoio (SAPA) – mediante prescrição médica:

- Artigos de Incontinência para adulto;
- Auxiliares de terapêutica respiratória e circulatória;
- Produtos de apoio para a higiene pessoal;
- Produtos de apoio relacionados com a alimentação;
- Produtos de apoio para utentes acamados.

6 - OBJETIVOS E METAS

a) Objetivos Gerais 2025

Como referido anteriormente os grandes objetivos/linhas orientadoras para 2025 foram os seguintes:

- Insistir com a tutela para a necessidade de recrutamento de técnicos superiores para as áreas de recursos humanos e aprovisionamento;
- Voltar a garantir a abertura de novos concursos nomeadamente Médicos da especialidade de Medicina Geral e Familiar de forma a colmatar as necessidades existentes;
- Sensibilizar e motivar os profissionais de saúde para a necessidade de melhorar os resultados assistenciais (Núcleos de Saúde Familiar);
- Envolver toda a organização para a continuidade do processo de melhoria contínua, da Cultura da Qualidade e da Segurança;
- Preparar a candidatura para a segunda renovação da Certificação da Unidade.

b) QUAR

O Programa do XIII Governo dos Açores e os diferentes instrumentos de gestão, entre eles o Contrato de Gestão 2025 - 2027, servem de base à definição dos objetivos estratégicos que constam do QUAR 2025 (anexo III).

Objetivos Estratégicos (OE) – Plurianuais

OE1 - Desenvolver estratégias prioritárias de intervenção nas principais co-morbilidades de saúde que afetam os Faialenses;

OE2 - Promover a existência de ferramentas para a gestão da qualidade;

OE3 - Melhorar acesso aos cuidados de saúde;

OE4 - Implementar instrumentos de apoio à gestão que promovam a melhoria do desempenho

Objetivos Operacionais (OO) – Anuais

Objetivos operacionais de eficácia:

OO 1 – Melhorar os resultados dos indicadores relacionados com os Processos Assistenciais da USIFaial

Peso na ponderação - 20%

Indicadores:

Percentagem de indicadores atingidos ou superados relacionados com os Processos Assistenciais da USIFaial

Percentagem de utentes rastreados nos vários rastreios organizados pelo COA a decorrer no ano.

As metas destes indicadores foram atingidas ou superadas, sendo que a percentagem global foi de 69,04%

OO 2 – Melhorar a qualidade dos registos clínicos;

Peso na ponderação - 10%

Indicadores:

Média de qualidade dos registos clínicos.

Percentagem de execução da migração manual dos registos de Vacinação do M1 para a nova plataforma de vacinação.

Metas superadas, taxa de cumprimento de 92%.

OO 3 - Garantir o planeamento e acompanhamento do Plano de Atividades

Peso na ponderação - 10%

Indicador:

- ✓ Taxa de execução do plano de atividades
- ✓ Existência de Acompanhamento (monitorização e ações de melhoria)

Metas atingidas, resultado de 83%.

Objetivos operacionais de eficiência:

OO 4 – Gerir eficazmente o orçamento da USIFaial

Peso na ponderação - 10%

Indicadores:

- ✓ Taxa de execução financeira do orçamento

Resultado obtido a decimas da meta 79,13%

OO 5 - Garantir o cumprimento dos indicadores contratualizados externamente

Peso na ponderação - 10%

Indicador:

Cumprimento dos indicadores contratualizados externamente para o ano 2025

O resultado do indicador ficou aquém da meta fixada em 50%, pelo que foi atingido 32% das metas contratualizadas externamente.

Porém, dos 25 indicadores monitorizados existiu melhoria ou superação em 14, o que representa cerca de 56%.

OO 6 - Reforçar a interação com parceiros externos

Peso na ponderação - 5%

Indicadores:

Atividades decorrentes de projetos com entidades parceiras (ex: ODS Local, Hospital da Horta, etc.)

Objetivo superado pelo resultado de 85%.

Objetivos operacionais de qualidade:

OO 7 - Garantir as existências das ferramentas de gestão da qualidade

Peso na ponderação - 15%

Indicadores:

- ✓ Candidatura para a renovação da certificação
- ✓ Implementação das ações no âmbito Instrumentos da Corrupção e Fraude
- ✓ Projeto de Melhoria do Sistema de Gestão Documental/Gestão da Informação
- ✓ Percentagem de standarts do Grupo 1 com ações de melhoria (Plataforma @Qredita)

Os resultados dos 4 indicadores superaram as metas sendo que o resultado obtido foi de 95%.

OO 8 - Melhorar o acesso aos serviços da USIFaial

Peso na ponderação - 10%

Indicadores:

- ✓ Aumentar o número de consultas de psicologia dentro do TMRG
- ✓ Aumentar o número de consultas de nutrição dentro do TMRG
- ✓ Aumentar o número de consultas de MGF dentro do TMRG
- ✓ Percentagem de utentes inscritos com Médico de Família, com pelo menos 1 consulta médica no ano.

Resultados obtidos de 73,24%, sendo que dois dos quatro indicadores não atingiram a metas.

OO9 - Promover e desenvolver competências dos profissionais

Peso na ponderação - 5%

Indicador:

- ✓ Percentagem de execução do Plano de Formação Interno

Esta taxa de execução foi de 100%, o que superou a meta.

Da análise efetuada a 31 de dezembro de 2025, aos resultados dos 18 indicadores dos Objetivos Operacionais do Quar 2024, verifica-se que 15 atingiram ou superaram a meta, o que corresponde a cerca de 83 %.

A taxa global obtida, resultado das diversas ponderações é de 78,11%.

Gráfico – Peso de cada parâmetro no resultado final.

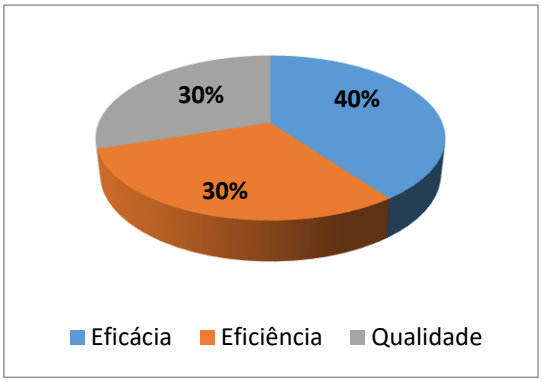


Gráfico – Resultado global do QUAR e por parâmetro.

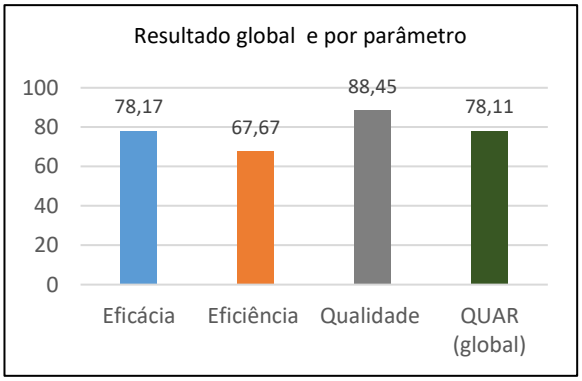
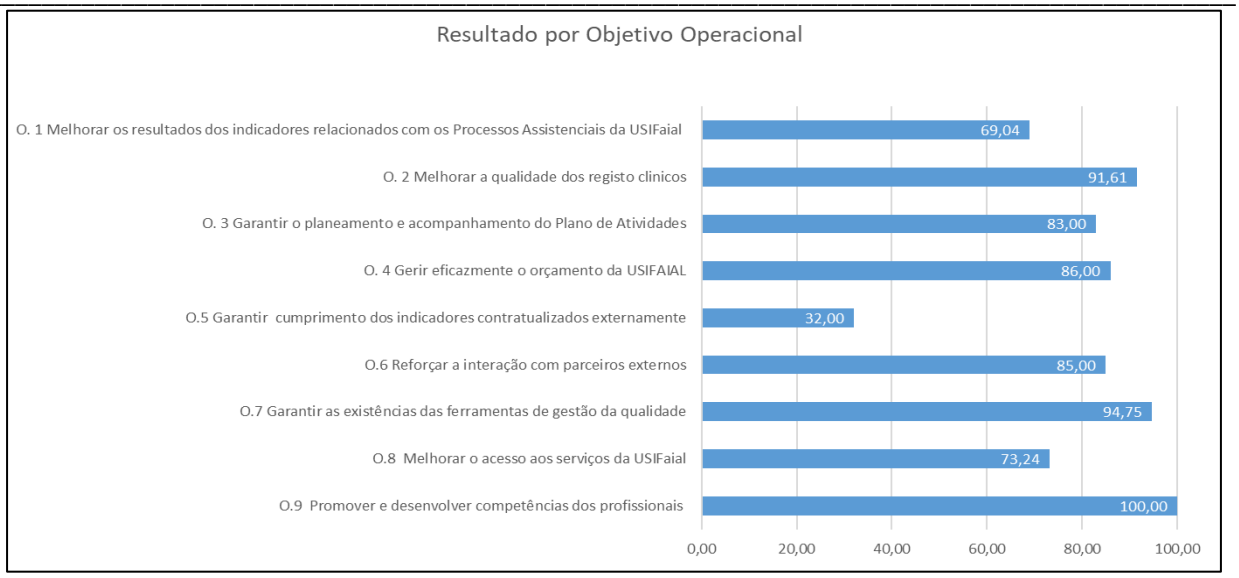


Gráfico – Resultado percentual do cumprimento de cada objetivo operacional


Resultado por Objetivo Operacional
O. 1 Melhorar os resultados dos indicadores relacionados com os Processos Assistenciais da USIFaial
69,04
O. 2 Melhorar a qualidade dos registo clinicos
91,61
O. 3 Garantir o planeamento e acompanhamento do Plano de Atividades
83,00
O. 4 Gerir eficazmente o orçamento da USIFAIAL
86,00
O.5 Garantir cumprimento dos indicadores contratualizados externamente
32,00
O.6 Reforçar a interação com parceiros externos
85,00
O.7 Garantir as existências das ferramentas de gestão da qualidade
94,75
O.8 Melhorar o acesso aos serviços da USIFaial
73,24
O.9 Promover e desenvolver competências dos profissionais
100,00
0,00
20,00
40,00
60,00
80,00
100,00

7 – DESEMPENHO FINANCEIRO

De seguida será apresentada uma análise orçamental e financeira da Instituição.

Análise Orçamental

O valor do orçamento proposto e aprovado para a USIFaial para o exercício de 2025, publicado pelo Decreto Legislativo Regional n.º 15/2024/A, de 30 de dezembro, foi de 6.716.000 EUR. Este valor inclui as transferências da Região Autónoma dos Açores, no montante de 6.715.000 EUR e as receitas próprias no valor de 1.000 EUR.

A este, acresce a dívida da Região Autónoma dos Açores, correspondente aos duodécimos que ficaram por pagar nos anos de 2021 e 2022, no valor global de 1.584.208 EUR, o valor atribuído através do plano de investimentos, no valor global de 118.698 EUR, a verba atribuída pelo ISSA para os Benefícios Adicionais de Saúde, no valor de 3.400 EUR, e o saldo de gerência de 2024 no valor de 294.153 EUR.

O orçamento final de 2025 cifrou-se nos 8.716.459 EUR tendo sido efetuadas 16 Alterações Orçamentais. A execução orçamental atingiu os 86,07% (compromissos assumidos e pagos).

Comparando o orçamento inicial aprovado com o de 2024, verifica-se um aumento na ordem dos 382.250 EUR o que em termos percentuais corresponde a um aumento de 5,7%.

Principais indicadores orçamentais

Situação Orçamental	Orçamento Inicial	Orçamento Corrigido	Receita Cobrada	Despesa Paga	Saldo de Gerência	
	6 716 000,00 €	8 716 459,00 €	8 688 914,99 €	7 502 226,21 €	1 186 688,78 €	2025
	6 333 750,00 € ↑ 5,7%	9 175 414,00 € ↓ -5,3%	7 596 173,93 € ↑ 12,6%	7 302 020,95 € ↑ 2,7%	294 152,98 € ↑ 75,2%	2024

Nos quadros seguintes é possível analisarmos, e compararmos, a origem e aplicação das fontes de financiamento do orçamento para 2025. Assim,

Comparativo do orçamento por fonte de financiamento

Fontes de Financiamento	2024					2025					Variação 2025 / 2024	
	Orç. Inicial (OI)	%	Orç. Corrigido (OC)	%	Δ OI/OC	Orç. Inicial (OI)	%	Orç. Corrigido (OC)	%	Δ OI/OC	OC (€)	OC (%)
311/310 - RG não afetas a prj. cofinanciados	6 330 000,00 €	99,9%	9 098 502,00 €	99,2%	43,7%	6 715 000,00 €	100,0%	8 603 599,00 €	98,7%	28,1%	-494 903,00 €	-5,4%
483/31Z - Plano de Recuperação e Resiliência	0,00 €		73 162,00 €	0,8%		0,00 €		111 860,00 €	1,3%		38 698,00 €	52,9%
500 - RP não afetas a prj. cofinanciados	3 750,00 €	0,1%	3 750,00 €	0,0%	0,0%	1 000,00 €	0,0%	1 000,00 €	0,0%	0,0%	-2 750,00 €	-73,3%
TOTAL	6 333 750,00 €	100,0%	9 175 414,00 €	99,2%	44,9%	6 716 000,00 €	100,0%	8 716 459,00 €	100,0%	29,8%	-458 955,00 €	-5,0%

O *orçamento corrigido* ascendeu a 8.716.459 EUR, o que corresponde a uma variação absoluta de 2.009.459 EUR (77%) face ao *orçamento inicial* aprovado.

Origem de Fundos

Em 2025, a receita cobrada foi de 8.394.762 EUR, representando um grau de execução do orçamento face ao *orçamento do ano* na ordem dos 96%, um acréscimo de 14 p.p. comparativamente a 2024. O *saldo de gerência integrado no ano* foi de 295.152 EUR perfazendo uma receita cobrada total de 8.688.915 EUR e um grau de execução global do orçamento da receita de 99%.

Comparativamente ao ano precedente, verifica-se um aumento da *receita cobrada do ano* de 956.044 EUR (11%).

Execução da receita por tipo de receita

Tipo de Receita	2024				2025				2024/2025	
	Orçamento do Ano (OA)	Orçamento Disponível (OD)	Receita Cobrada no Ano	Grau de Execução	Orçamento do Ano (OA)	Orçamento Disponível (OD)	Receita Cobrada no Ano	Grau de Execução	Δ Receita cobrada no ano (€)	Δ Receita cobrada no ano (%)
Transf. da RAA - Administ. Regional	9 014 208,00 €	8 848 831,56 €	7 430 000,00 €	82,4%	8 299 208,00 €	8 115 440,00 €	8 299 208,00 €	100,0%	869 208,00 €	10,5%
Taxas, multas e outras penalidades	1 100,00 €	1 100,00 €	1 950,00 €	177,3%	450,00 €	450,00 €	1 755,00 €	390,0%	-195,00 €	-11,1%
Vendas de bens e serviços correntes	1 780,00 €	1 780,00 €	6 377,18 €	358,3%	300,00 €	300,00 €	2 144,59 €	714,9%	-4 232,59 €	-197,4%
Outras receitas correntes	870,00 €	870,00 €	391,25 €	45,0%	3 650,00 €	3 650,00 €	11 654,42 €	319,3%	11 263,17 €	
Receitas de Capital - Trf. RAA - Adm. Reg.	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,0%	118 698,00 €	118 698,00 €	80 000,00 €	0,0%	80 000,00 €	0,0%
Saldo de Gerência		157 456,00 €		0,0%	294 153,00 €	294 152,98 €		0,0%		
Total Tipo de Receita	9 017 958,00 €	9 010 087,56 €	7 438 718,43 €	82,5%	8 716 459,00 €	8 532 690,98 €	8 394 762,01 €	96,3%	956 043,58 €	11,4%

As ***Transferências da Administração Regional*** constituem uma origem de fundos estrutural no quadro do sistema de financiamento da Saúde na Região. Em 2025, o financiamento orçamental direto da Região ascendeu a 8.299.208 EUR que corresponde a 99,9% da receita cobrada pela USIFaial.

A receita cobrada de ***Taxas multas e outras penalidades*** obteve um decréscimo de 11% face a 2024 e da ***Vendas de bens e serviços correntes*** *197%*.

Aplicação de Fundos

Execução da despesa por tipo de despesa

Tipo de Despesa	2024						2025						2024/2025	
	Orçamento do Ano (OA)	Saldo de Gerência Anterior	Cativos Legais/ Congelamentos	Orçamento Disponível (OD)	Despesa Paga	Grau de Execução	Orçamento do Ano (OA)	Saldo de Gerência Anterior	Cativos Legais/ Congelamentos	Orçamento Disponível (OD)	Despesa Paga	Grau de Execução	Δ Despesa paga (€)	Δ Despesa paga (%)
Despesas com o pessoal	3 874 076,00 €			3 874 076,00 €	3 365 687,55 €	86,9%	4 017 840,00 €			4 017 840,00 €	3 681 750,03 €	91,6%	316 062,48 €	8,6%
Aquisição de bens e serviços correntes	5 091 359,00 €	157 455,50 €	165 376,44 €	5 083 438,06 €	3 818 511,36 €	75,1%	4 542 509,00 €	294 152,98 €	183 768,00 €	4 652 893,98 €	3 785 295,12 €	81,4%	-33 216,24 €	-0,9%
Juros e outros encargos	53 300,00 €			53 300,00 €	41 306,09 €	77,5%	27 500,00 €			27 500,00 €	21 085,50 €	76,7%	-20 220,59 €	-95,9%
Transferências correntes - Famílias	11 200,00 €			11 200,00 €	7 566,91 €	67,6%	11 900,00 €			11 900,00 €	7 053,50 €	n.d.	-513,41 €	-7,3%
Outras despesas correntes	3 020,00 €			3 020,00 €	0,00 €	0,0%	4 700,00 €			4 700,00 €	1 716,40 €	36,5%	1 716,40 €	100,0%
Investimento	142 459,00 €			142 459,00 €	68 949,04 €	48,4%	112 010,00 €			112 010,00 €	5 325,66 €	4,8%	-63 623,38 €	-1194,7%
Total Tipo de Despesa	9 175 414,00 €	157 455,50 €	165 376,44 €	9 167 493,06 €	7 302 020,95 €	79,7%	8 716 459,00 €	294 152,98 €	183 768,00 €	8 826 843,98 €	7 502 226,21 €	85,0%	200 205,26 €	2,7%

A *despesa paga* ascendeu a 7.502.226 EUR, correspondendo a um grau de execução de 86% quando comparado com o "*orçamento do ano*" (exclui saldo de gerência integrado) e de 85% quando comparada com o "*orçamento disponível*" (orçamento do ano + saldo de gerência – cativos). A verba cativada, no montante de 183.768 EUR, referente a 6% do orçamento da USIFaial em aquisições de bens e serviços, foi totalmente descativada.

Em 2025, verificou-se um crescimento total da *despesa paga* de 200.205 EUR o que representa 2,7%. Este crescimento deveu-se ao aumento das ***Despesas com o pessoal*** no montante de 316.062 EUR (8,6%) e das ***outras despesas correntes,*** no montante de 1.716 EUR (100%). As restantes rúbricas registaram um decréscimo, nomeadamente, a ***aquisição de bens e serviços correntes*** no montante 33.216 EUR (0,9%), os ***juros e outros encargos*** no montante de 20.220 EUR (95,9%), as ***transferências correntes – famílias*** no montante de 513 EUR (7,3%) e o ***investimento,*** no montante de 63.623 EUR. (1197%)

Resultados da Execução Orçamental

De acordo com a execução orçamental de 2025, o "*saldo de gerência*" *do exercício* ascende a 1.186.689 EUR.

Execução saldo orçamental por fonte de financiamento

Fontes de Financiamento	Orçamento Corrigido (1)	Receita do Ano (2)	Receita Ano Anterior (3)	Saldo de Gerência Anterior (4)	Receita Total 4=2+3+4	Grau de execução 5=4/1	Despesa Paga (6)	Grau de execução 7=6/1	Saldo de Gerência 8=4-6	
310 - Estado Receitas Gerais (RG) não afetas a projetos	8 382 608,00 €	6 806 654,42 €	1 584 208,00 €	294 152,98 €	8 685 015,40 €	103,6%	7 497 046,87 €	89,4%	1 187 968,53 €	2025
500 - Receita Própria (RP) não afeta a projetos cofinanc	1 000,00 €	3 899,59 €	0,00 €		3 899,59 €	390,0%	0,00 €	0,0%	3 899,59 €	
31Z- PRR - Açores	38 698,00 €	0,00 €	0,00 €		0,00 €	0,0%	5 179,34 €	13,4%	-5 179,34 €	
TOTAL	8 422 306,00 €	6 810 554,01 €	1 584 208,00 €	294 152,98 €	8 688 914,99 €	103,2%	7 502 226,21 €	89,1%	1 186 688,78 €	

Análise Económica e Financeira

Situação Financeira

A estrutura patrimonial da Instituição é como se apresenta no quadro seguinte:

Estrutura patrimonial

Aplicações de Fundos	2025	Origens de Fundos	2025
Ativo Fixo	115 664,44 €	Capitais Permanentes	238 674,21 €
Ativo Circulante	1 387 673,55 €	Capitais Alheios	1 264 663,78 €
Acréscimos e Dif. (Ativo)	0,00 €	Acréscimos e Dif. (Passivo)	0,00 €
	1 503 337,99 €		1 503 337,99 €

Estrutura do ativo

Ativo	2025	Estrutura	2024
Ativos fixos	115 664,44 €	7,7%	145 535,26 €
Investimentos Financeiros	0,00 €	0,0%	0,00 €
Inventários e Dívidas de Terceiros	200 984,77 €	13,4%	1 697 962,85 €
Disponibilidades	1 186 688,78 €	78,9%	294 152,98 €
Acréscimos e Diferimentos	0,00 €	0,0%	1 117,15 €
TOTAL	1 503 337,99 €	100,0%	2 138 768,24 €

Na ótica patrimonial, o ***ativo líquido*** da USIFaial situou-se nos 1.503.337,99 EUR, apresentando uma diminuição de 42,27% quando comparado com 2024.

O ***ativo fixo*** (ativos fixos e investimentos financeiros) ascende a 115.664,44 EUR e representa 7% do *ativo total*. A diminuição verificada nesta rúbrica, deve-se ao facto de em 2025 não ter havido aquisições de equipamentos e da depreciação do exercício.

O ***ativo circulante*** ascende a 1.387.673,55 EUR representando 93% do ativo total.

As ***disponibilidades*** a 31 de dezembro de 2025 assumem um peso de 78,9% na estrutura do ativo e totalizam 1.186.688,78 EUR, correspondendo ao saldo de gerência para 2026.

Estrutura dos fundos próprios e passivo

Fundos Próprios e Passivo	2025	Estrutura	2024
Fundos Próprios	238 674,21 €	15,9%	994 197,29 €
Património	46 947,14 €	3,1%	46 947,14 €
Outras variações no Patrim. Líquido	1 627 658,23 €	108,3%	1 627 658,23 €
Resultados Transitados	-675 842,25 €	-45,0%	-1 064 365,03 €
Resultado Líquido do Exercício	-760 088,91 €	-50,6%	383 956,95 €
Passivo	1 264 663,78 €	84,1%	1 144 570,95 €
Provisões	0,00 €	0,0%	0,00 €
Dívidas a Terceiros	1 264 663,78 €	84,1%	1 144 570,95 €
Acréscimos e Diferimentos	0,00 €	0,0%	0,00 €
TOTAL	1 503 337,99 €	100,0%	2 138 768,24 €

O valor dos ***"fundos próprios"*** é de 238.674,21 EUR inferior ao de 2024 em 755.523,08 EUR. Esta diferença é explicada pelos resultados obtidos no exercício de 2025.

O ***passivo*** a 31 de dezembro de 2025 ascende a 1.264.663,78 euros, um aumento de 120.092,83

EUR quando comparado com o exercício de 2024.

Situação Económica

Análise dos Rendimentos

Rendimentos

RENDIMENTOS	2024	2025	Δ ABS. 2024/2025	Δ % 2024/2025
IMPOSTOS CONTRIBUIÇÕES E TAXAS	1 950,00 €	1 755,00 €	195,00 €	-11,1%
VENDAS	191,16 €	91,52 €	99,64 €	-108,9%
PRESTAÇÕES DE SERVIÇOS E CONCESSÕES	3 140,95 €	1 426,00 €	1 714,95 €	-120,3%
VARIAÇÕES NOS INVENTÁRIOS DA PRODUÇÃO	0,00 €	0,00 €	0,00 €	n.d.
TRABALHOS P/PRÓPRIA ENTIDADE	0,00 €	0,00 €	0,00 €	n.d.
TRANSF. E SUBSÍDIOS CORR. OBTIDOS	7 430 190,70 €	6 845 352,42 €	584 838,28 €	-8,5%
REVERSÕES	0,00 €	0,00 €	0,00 €	n.d.
GANHOS POR AUMENTO DE JUSTO VALOR	0,00 €	0,00 €	0,00 €	n.d.
OUTROS RENDIMENTOS E GANHOS	3 520,84 €	257 631,72 €	-254 110,88 €	98,6%
JUROS, DIVIDENDOS E OUTROS REND. SIMILARES	0,00 €	0,00 €	0,00 €	n.d.
TOTAL RENDIMENTOS	7 438 993,65 €	7 106 256,66 €	332 736,99 €	-4,7%

Em 2025 o total de *rendimentos* da USIFaial ascendeu a 7.106.26,66 EUR, uma diminuição de 332.736,99 EUR (4,7%) relativamente ao ano precedente. Esta diminuição deveu-se sobretudo ao decréscimo das *Transferências e subsídios correntes obtidos* no montante de 584.838,28 EUR.

Prestações de serviços e concessões

TAXAS E PRESTAÇÕES DE SERVIÇOS E CONCESSÕES	2024	2025	Δ ABS. 2024/2025	Δ % 2024/2025
TAXAS	1 950,00 €	1 755,00 €	195,00 €	-11,1%
PRESTAÇÕES DE SERVIÇOS E CONCESSÕES	3 140,95 €	1 426,00 €	1 714,95 €	-120,3%
TOTAL	5 090,95 €	3 181,00 €	1 909,95 €	-131,37%

As prestações de serviços e concessões apresentam uma diminuição na ordem dos 131,37% quando comparados com o exercício de 2024. No entanto, em termos absolutos, a variação é de 1.909,95 EUR.

Transferências e subsídios correntes obtidos

TRANSFERÊNCIAS E SUBS. CORRENTES OBTIDOS	2024	2025	Δ ABS. 2024/2025	Δ % 2024/2025
Transferências - Tesouro	7 430 000,00 €	6 715 000,00 €	715 000,00 €	-10,6%
Outras transferências correntes obtidas	0,00 €	118 698,00 €	-118 698,00 €	100,0%
Subsídio Social Mobilidade	190,70 €	11 654,42 €	-11 463,72 €	98,4%
TOTALTRANSFERÊNCIAS E SUBS. CORRENTES OBTIDOS	7 430 190,70 €	6 845 352,42 €	584 838,28 €	-8,5%

No que concerne às transferências e subsídios obtidos, verifica-se um decréscimo, em valor absoluto na ordem dos 584.838,28 EUR o que corresponde a uma diminuição de 8,5%.

Outros rendimentos

OUTROS RENDIMENTOS	2024	2025	Δ ABS. 2024/2025	Δ % 2024/2025
OUTROS RENDIMENTOS SUPLEMENTARES MONETÁRIOS	3 045,07 €	627,07 €	2 418,00 €	-385,6%
GANHOS EM INVENTÁRIOS - SOBRAS	90,10 €	1 254,76 €	-1 164,66 €	92,8%
OUTROS GANHOS	0,00 €	0,00 €	0,00 €	n.d.
SINISTROS	0,00 €	0,00 €	0,00 €	n.d.
CORREÇOES RELATIVAS A PERÍODOS ANTERIORES	369,41 €	255 749,89 €	-255 380,48 €	99,9%
Prestações de serviços	0,00 €	0,00 €	0,00 €	n.d.
Cobrança adicional de taxas	0,00 €	0,00 €	0,00 €	n.d.
Outras entidades	0,00 €	0,00 €	0,00 €	n.d.
Outros Credores	0,00 €	0,00 €	0,00 €	n.d.
Outras correções de especialização exercício - Estimativa F+SF	369,41 €	0,00 €	369,41 €	n.d.
Outros	0,00 €	0,00 €	0,00 €	n.d.
INPUTAÇÃO DE SUBSÍDIOS E TRANSFERÊNCIAS	0,00 €	0,00 €	0,00 €	#DIV/0!
OUTROS NÃO ESPECIFICADOS	16,26 €	0,00 €	16,26 €	n.d.
TOTAL OUTROS RENDIMENTOS	3 520,84 €	257 631,72 €	-254 110,88 €	98,6%

A rubrica de outros rendimentos apresentou um aumento considerável, no montante de 254.110,88 EUR, em valor absoluto.

Análise dos Gastos

Os gastos da USIFaial em 2025 totalizaram 7.866.345,57 EUR verificando-se, relativamente a 2024, um acréscimo de 811.308,87 EUR o que representa, em termos relativos um crescimento na ordem dos 10,3%.

Gastos

GASTOS	2024	2025	Δ ABS. 2024/2025	Δ % 2024/2025
TRANSF. E SUBSÍDIOS CONCEDIDOS	6 593,53	7 053,50	459,97 €	7,0%
CUSTO DAS MERC. VEND. E MAT. CONS.	206 526,32 €	225 247,40 €	18 721,08 €	9,1%
FORNECIMENTOS E SERVIÇOS EXTERNOS	3 279 466,44 €	3 712 606,25 €	433 139,81 €	13,2%
GASTOS COM O PESSOAL	3 430 033,60 €	3 688 438,24 €	258 404,64 €	7,5%
GASTOS DE DEPRECIAÇÃO E AMORTIZAÇÃO	39 798,96 €	35 196,48 €	-4 602,48 €	-11,6%
PERDAS POR IMPARIDADE	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,0%
PERDASPOR REDUÇÕES DE JUSTO VALOR	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,0%
PREVISÕES DO PERÍODO	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,0%
OUTROS GASTOS	53 630,01 €	175 578,49 €	121 948,48 €	227,4%
GASTOS POR JUROS E OUTROS ENCARGOS	38 987,84 €	22 225,21 €	-16 762,63 €	-43,0%
TOTAL DE GASTOS	7 055 036,70 €	7 866 345,57 €	811 308,87 €	10,3%

A rúbrica de ***transferências e subsídios concedidos,*** apresenta, em 2025, um aumento na ordem dos 7% relativamente ao ano anterior.

À semelhança da rúbrica de anterior, também a rubrica de ***custo das mercadorias vendidas e matérias consumidas,*** apresenta, em 2025, um acréscimo de 9,1% o que se traduz, em valor absoluto, mais 18.721,08 EUR que o valor verificado em 2024.

Já os ***fornecimentos e serviços externos***, aumentaram 433.139,81 EUR, o que representa cerca de 13% face ao ano anterior.

Os ***gastos com pessoal***, que pela natureza da missão da USIFaial detêm tradicionalmente um peso decisivo na estrutura de custos (47%), registaram um crescimento de 7,5%. Totalizando 3.688.438,24 EUR contra os 3.430.033,60 EUR de 2024. Este aumento deve-se essencialmente a atualizações e reposicionamento de carreiras.

As ***depreciações do exercício*** registam uma diminuição de 11,6% (4.602,48 EUR). Esta diminuição é justificada pela diminuta aquisição de novos materiais e equipamentos para esta Unidade de Saúde.

A rúbrica ***outros gastos*** teve um aumento de 227,4%, totalizando 175.578,49 EUR.

Os ***Gastos por juros e outros encargos***, respeita a juros suportados com a *Associação Nacional de Farmácias,* e apresenta uma diminuição de 43% o que equivale em termos absolutos a 16.762,63 EUR.

Custo das Matérias Vendidas Matérias Consumidas

CMVMC	2024	2025	Δ ABS. 2024/2025	Δ % 2024/2025
MERCADORIAS	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,0%
PRODUTOS FARMACÊUTICOS	151 604,61 €	142 617,13 €	8 987,48 €	-6,3%
Medicamentos	128 414,93 €	114 400,92 €	14 014,01 €	-12,2%
Reagentes e produtos de diagnóst rapido	5 547,64 €	4 866,72 €	680,92 €	-14,0%
Outros produtos farmacêuticos	17 642,04 €	23 349,49 €	-5 707,45 €	24,4%
MATERIAL DE CONSUMO CLÍNICO	40 971,27 €	68 474,70 €	-27 503,43 €	40,2%
PRODUTOS ALIMENTARES	0,00 €	0,00 €	0,00 €	n.d.
MATERIAL DE CONSUMO HOTELEIRO	4 329,90 €	5 021,25 €	-691,35 €	13,8%
MATERIAL DE CONSUMO ADMINISTRATIVO	9 278,58 €	8 819,18 €	459,40 €	-5,2%
MATERIAL DE MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO	168,52 €	95,20 €	72,94 €	-77,0%
OUTRO MATERIAL DE CONSUMO	173,44 €	219,94 €	45,64 €	21,1%
TOTAL DE CMCMC	206 526,32 €	225 247,40 €	-18 721,08 €	8,3%

O **CMVMC** aumentou 8,3% comparativamente a 2024, cifrando-se nos 225.247,40 EUR, Este aumento deve-se em especial ao aumento do consumo de ***outros produtos farmacêuticos,*** que registou um acréscimo em termos absolutos de 5.707,45 EUR (24,4%), do consumo de ***material de consumo clínico*** (40,2%), no consumo de ***material de consumo hoteleiro*** (13,8%) ***e*** no consumo de ***outro material de consumo*** (21,1%).

Fornecimentos e serviços externos

FORNECIMENTOS E SERVIÇOS EXTERNOS	2024	2025	Δ ABS. 2024/2025	Δ % 2024/2025
SUBCONTRATOS E PARCERIAS	2 932 211,83 €	3 248 677,12 €	-316 465,29 €	9,7%
SERVIÇOS ESPECIALIZADOS	229 523,38 €	342 642,67 €	-113 119,29 €	33,0%
MATERIAIS DE CONSUMO	907,60 €	489,38 €	418,22 €	-85,5%
ENERGIA E FLUÍDOS	10 483,03 €	10 593,66 €	-110,63 €	1,0%
DESLOCAÇÕES ESTADAS E TRANSPORTES	12 244,47 €	7 165,22 €	5 079,25 €	-70,9%
SERVIÇOS DIVERSOS	94 096,13 €	103 038,20 €	-8 942,07 €	8,7%
TOTAL FORNECIMENTOS E SERVIÇOS	3 279 466,44 €	3 712 606,25 €	-433 139,81 €	11,7%

Os fornecimentos e serviços externos apresentam um aumento de 11,7%.

O detalhe da rubrica de subcontratos é a que a seguir se apresenta:

Rubrica de subcontratos

SUBCONTRATOS E PARCERIAS	2024	2025	Δ ABS. 2024/2025	Δ % 2024/2025
SC - ASSISTÊNCIA AMBULATÓRIA	0,00 €	0,00 €	0,00 €	-100%
SC - MEIOS COMPLEMENTARES DIAGNÓSTICO	117 568,93 €	176 246,88 €	58 677,95 €	49,9%
SC - MCD - Patologia clínica	92 191,42 €	88 571,53 €	-3 619,89 €	-3,9%
SC - MCD - Anatomia Patológica	0,00 €	20 580,00 €	20 580,00 €	#DIV/0!
SC - MCD - Radiologia convencional	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,0%
SC - MCD - Tomografias axiais computorizadas	7 988,10 €	41 803,88 €	33 815,78 €	100,0%
SC - MCD - Ecografias	11 886,51 €	15 824,77 €	3 938,26 €	100,0%
SC - MCD - Ressonâncias magnéticas	5 502,90 €	9 466,70 €	3 963,80 €	72,0%
SC - MCD - Cardiologia	0,00 €	0,00 €	0,00 €	100,0%
SC - MCD - Pneumologia/Imunoalergologia	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,0%
SC - MCD - Outros	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,0%
SC - MEIOS COMPLEMENTARES TERAPÊUTICA	168 164,26 €	194 548,42 €	26 384,16 €	15,7%
SC - MCT - Medicina física e de reabilitação	0,00 €	0,00 €	0,00 €	#DIV/0!
SC - MCT - Outros (oxigenoterapia)	168 164,26 €	194 579,98 €	26 415,72 €	15,7%
SC - PRODUTOS VENDIDOS POR FARMÁCIAS	2 131 957,90 €	2 365 946,39 €	233 988,49 €	11,0%
SC - PVF - Prescritos no SRS	1 593 635,63 €	1 812 629,14 €	218 993,51 €	13,7%
SC - PVF - Prescritos na privada	297 455,88 €	309 824,84 €	12 368,96 €	4,2%
SC - PVF - Controlo de diabetes	240 866,39 €	243 492,41 €	2 626,02 €	1,1%
SC - PVF - Em conferência	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,0%
SC - INTERNAMENTOS	425 844,08 €	424 488,35 €	-1 355,73 €	-0,3%
SC - Intern.- Cuidados Continuados	425 844,08 €	424 488,35 €	-1 355,73 €	-0,3%
SC - TRANSPORTE DE DOENTES	28 198,32 €	33 888,20 €	5 689,88 €	20,2%
SC - Bombeiros	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,0%
SC - TD - Transporte de doentes	16 199,02 €	19 198,52 €	2 999,50 €	18,5%
SC - TD - Outros transportes (diárias)	11 999,30 €	14 689,68 €	2 690,38 €	22,4%
SC - TRABALHOS EXECUTADOS NO EXTERIOR	60 478,34 €	53 558,88 €	-6 919,46 €	-11,4%
SC - TEE - REEMBOLSOS A UTENTES	60 478,34 €	53 558,88 €	-6 919,46 €	-11,4%
SC - TEE - ASSISTÊNCIA AMBULATÓRIA	527,36 €	427,75 €	-99,61 €	-18,9%
SC - TEE - CONSULTAS/ESPECIALIDADES MÉDICO CIRÚRGICA	527,36 €	427,75 €	-99,61 €	-18,9%
SC - TEE - MEIOS COMPLEMENTARES DIAGNÓSTICO	5 332,16 €	3 266,77 €	-2 065,39 €	-38,7%
SC - TEE - MCD - Patologia clínica	990,41 €	637,74 €	-352,67 €	-35,6%
SC - TEE - MCD - Anatomia patológica	215,16 €	38,12 €	-177,04 €	-82,3%
SC - TEE - MCD - Imagiologia	4 000,51 €	2 368,07 €	-1 632,44 €	-40,8%
SC - TEE - MCD - Cardiologia	71,62 €	139,04 €	67,42 €	94,1%
SC - TEE - MCD - Pneumologia	54,46 €	55,60 €	1,14 €	2,1%
SC - TEE - MCD - Otorrinolaringologia	0,00 €	28,20 €	28,20 €	#DIV/0!
SC - TEE - MEIOS COMPLEMENTARES TERAPÊUTICA	22 409,08 €	20 502,98 €	-1 906,10 €	-8,5%
SC - TEE - MCT - Medicina fisica e reabilitação	9 029,59 €	9 138,64 €	109,05 €	1,2%
SC - TEE - MCT - Saúde oral	13 379,49 €	11 364,34 €	-2 015,15 €	-15,1%
SC - TEE - MCT - Outros	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,0%
SC - TEE - APARELHOS COMPLEMENTARES DE TERAPÊUTICA	32 209,74 €	29 129,67 €	-3 080,07 €	-9,6%
SC - TEE - ASSISTÊNCIA NO ESTRANGEIRO	0,00 €	231,71 €	231,71 €	0,0%
TOTAL SUBCONTRATOS E PARCERIAS	2 932 211,83 €	3 248 677,12 €	316 465,29 €	10,8%

O aumento de 10,8% verificado na rubrica ***Subcontratos*** explica-se pela variação em várias rúbricas, conforme exposto no quadro supra.

Evolução outros fornecimentos e serviços externos

OUTROS FORNECIMENTOS E SERVIÇOS EXTERNOS	2024	2025	Δ ABS. 2024/2025	Δ % 2024/2025
SERVIÇOS ESPECIALIZADOS	229 523,38 €	342 642,67 €	-113 119,29 €	33,0%
Trabalhos especializados	118 766,04 €	106 837,97 €	11 928,07 €	-11,2%
Publicidade, comunicação e imagem	88,86 €	183,83 €	-94,97 €	51,7%
Vigilância e segurança	37 144,94 €	42 615,70 €	-5 470,76 €	12,8%
Honorários	42 037,12 €	156 528,10 €	-114 490,98 €	n.d.
Conservação e reparação	30 420,91 €	34 137,55 €	-3 716,64 €	10,9%
Outros serviços especializados	1 065,51 €	2 339,52 €	-1 274,01 €	54,5%
MATERIAIS DE CONSUMO	907,60 €	489,38 €	418,22 €	-85,5%
Peças, ferramentas e utens. Desgaste rápido	284,23 €	196,04 €	88,19 €	n.d.
Livros e documentação técnica	0,00 €	0,00 €	0,00 €	#DIV/0!
Material de escritório	101,30 €	0,00 €	101,30 €	#DIV/0!
Outros materiais	522,07 €	293,34 €	228,73 €	-78,0%
ENERGIA E FLUÍDOS	10 483,03 €	10 593,66 €	-110,63 €	1,0%
Eletricidade	5 355,00 €	5 712,16 €	-357,16 €	6,3%
Combustíveis e lubrificantes	4 973,37 €	4 749,77 €	223,60 €	-4,7%
Água	154,66 €	131,73 €	22,93 €	-17,4%
Outros	0,00 €	0,00 €	0,00 €	n.d.
DESLOCAÇÕES E ESTADAS E TRANSPORTES	12 244,47 €	7 165,22 €	5 079,25 €	-70,9%
Deslocações e estadas	11 444,92 €	6 610,03 €	4 834,89 €	-73,1%
Transportes de pessoal	0,00 €	0,00 €	0,00 €	n.d.
Transportes de mercadorias e outros bens	551,15 €	555,19 €	-4,04 €	0,7%
Outros	248,40 €	0,00 €	248,40 €	#DIV/0!
SERVIÇOS DIVERSOS	94 096,13 €	103 038,20 €	-8 942,07 €	8,7%
Rendas e Alugueres	139,20 €	1 716,80 €	-1 577,60 €	91,9%
Comunicações	6 286,48 €	7 006,86 €	-720,38 €	10,3%
Seguros	1 554,56 €	1 397,41 €	157,15 €	-11,2%
Limpeza Higiene e Conforto	86 115,89 €	92 917,13 €	-6 801,24 €	7,3%
Outros Serviços	0,00 €	0,00 €	0,00 €	n.d.
TOTAL OUTROS FORNECIMENTO DE SERVIÇOS	347 254,61 €	463 929,13 €	-116 674,52 €	25,1%

A rubrica de ***Serviços especializados*** apresentou um acréscimo de 33% o que se traduz em valor absoluto no montante de 113.119,29 EUR contribuindo para este resultado o crescimento da rubrica de *vigilância e segurança*, *honorários, conservação e reparação e outros serviços especializados*, com um crescimento de 5.470,76 EUR, 114.490,98 EUR, 3.16,64 EUR e 1.274,01 EUR, respetivamente, relativamente ao ano anterior.

Os ***Materiais de consumo***, verificaram um decréscimo de 418,22 EUR (85,5%).

A ***Energia e outros fluídos*** registou um aumento pouco significativo, na ordem dos 110,63 EUR (1%) face a 2024.

As ***Deslocações e estadas***, verificaram igualmente uma diminuição de 5.079,25 EUR (70.9%)

Os ***Serviços Diversos***, verificaram um aumento de 8.942,07 EUR (8,7%).

Evolução gastos com pessoal

GASTOS COM O PESSOAL	2024	2025	Δ ABS. 2024/2025	Δ % 2024/2025
REMUN. DOS ORGÃOS SOCIAIS E DE GESTÃO	75 324,58 €	78 004,50 €	-2 679,92 €	3,6%
REMUNERAÇÕES CERTAS E PERMANENTES	2 513 024,72 €	2 669 959,64 €	-156 934,92 €	6,2%
Remunerações base	2 024 951,63 €	2 117 993,32 €	-93 041,69 €	4,6%
Subsídio de férias	175 731,70 €	192 578,62 €	-16 846,92 €	9,6%
Subsídio de natal*	181 324,90 €	191 501,20 €	-10 176,30 €	5,6%
Subsídio de refeição	103 192,29 €	111 792,00 €	-8 599,71 €	8,3%
Gratificações	27 824,20 €	21 106,21 €	6 717,99 €	-24,1%
Suplementos e prémios	0,00 €	34 988,29 €	-34 988,29 €	#DIV/0!
Outras	0,00 €	0,00 €	0,00 €	#DIV/0!
ABONOS VARIÁVEIS OU EVENTUAIS	53 165,52 €	95 346,18 €	-42 180,66 €	79,3%
Subsídio e abono de fixação residência e aloj	0,00 €	45 472,62 €	-45 472,62 €	#DIV/0!
Ajudas de custo	2 724,19 €	2 724,19 €	0,00 €	0,0%
Trabalho extraordinário	9 315,32 €	9 315,32 €	0,00 €	0,0%
Abono para falhas	623,80 €	623,80 €	0,00 €	0,0%
Formação	0,00 €	140,00 €	-140,00 €	#DIV/0!
Outros Abonos Variáveis	40 502,21 €	37 070,25 €	3 431,96 €	-8,5%
ENCARGOS SOBRE REMUNERAÇÕES	612 434,11 €	645 908,24 €	-33 474,13 €	5,5%
ACIDENTES TRAB. E DOENÇAS PROFISSIONAIS	4 195,08 €	306,25 €	3 888,83 €	-92,7%
OUTROS GASTOS - VESTUÁRIO	3 200,63 €	3 608,08 €	-407,45 €	12,7%
OUTROS ENCARGOS SOCIAIS	170 350,31 €	195 305,35 €	-24 955,04 €	14,6%
Remunerações por doença	105 248,34 €	115 557,64 €	-10 309,30 €	9,8%
Subsidios de parentalidade	5 117,59 €	14 847,01 €	-9 729,42 €	190,1%
Pessoal a aguardar aposentação	0,00 €	4 585,80 €	-4 585,80 €	#DIV/0!
Outras pensões	55 511,67 €	59 052,08 €	-3 540,41 €	6,4%
Encargos com a saúde	3 895,00 €	1 107,00 €	2 788,00 €	0,0%
Seguros com o pessoal	577,71 €	155,82 €	421,89 €	0,0%
TOTAL GASTOS COM PESSOAL	3 431 694,95 €	3 688 438,24 €	-256 743,29 €	7,5%

Os ***gastos com pessoal***, assumem a maior preponderância na estrutura de gastos da USIFaial ultrapassando em 2025 a barreira dos 3 milhões e 600 mil euros. Estes gastos por si só representam 47% do total dos gastos da instituição.

Esta rubrica de gastos, engloba a *estimativa para férias*, *subsídio de férias* e respetivos encargos a liquidar no ano de 2026 relativos a 2025. O número médio de colaboradores no exercício de 2025 foi de **94**.

8 - DESEMPENHO OPERACIONAL

a) Indicadores contratualizados

De acordo com o plano de atividades, que dá origem ao atual documento, bem como ao contrato de gestão (Anexo I) firmado entre a USIFaial e a DRS, está prevista a existência de contratualização externa e interna.

i. Contratualização Externa

Do total dos indicadores contratualizados com a USIFaial (26), um não se aplica, pois, o ROCCRA não decorreu no período em análise, foram atingidos ou superados 8, o que corresponde a 32%.

Nº do Indicador	USI Faial - Indicadores Desempenho de 2025 com metas atingidas ou superadas				
	Designação	2025		2024	2023
		Meta	Dezembro		
3.15.02	Taxa de Utilização Global de consultas médicas nos últimos 3 anos	**84%**	84,53	85,52	84,53
6.22.01	Proporção de crianças com pelo menos 6 consultas médicas de vigilância de saúde infantil no 1º ano de vida	**80%**	81	80	80
DA.20	Proporção de puérperas com pelo menos 5 consultas médicas ou enfermagem na gravidez e RP	**40%**	40,63	40,54	30,43
9.01	Proporção de utentes com perturbações depressivas ou de ansiedade com, pelo menos, uma consulta de psicologia no período em análise	**13%**	13	12,10	10,33
COA.1	Percentagem de mulheres rastreadas para o ROCMA (faixa etária entre os 45 e 74 anos)	**85%**	87,01	ND	85
PICCOA	Programa de Intervenção no Cancro da Cavidade Oral nos Açores (faixa etária entre os 40 e os 75 anos)	**50%**	50	42	64
7.15	Custo médio de medicamentos faturados por utilizador	**152€**	142	152	152
PR.4	Negociação interna	**100%**	100	100	100

Dos 17 indicadores em que a meta não foi atingida, em 6 foi obtido um resultado melhor em 2024.

Nº do Indicador	USI Faial - Indicadores Desempenho de 2025 com metas não atingidas				
	Designação	2025		2024	2023
		Meta	Dezembro		
3.12.01	Proporção de consultas realizadas pelo respetivo médico de família	**85%**	78,83	86,77	80,47
3.15.03	Taxa de Utilização Global de consultas de enfermagem nos últimos 3 anos.	**90%**	84,85	91,26	93,53
C.1.V1	Tempo médio de resposta para a realização de consultas a utentes com MF. (Em dias)	**15**	41,75	43,53	41,78

A.1	Proporção de utentes com MF, com pelo menos uma consulta com o seu MF, nos últimos 3 anos	**80%**	79,07	79,08	69,84
3.22.01	Taxa de utilização de consultas de Planeamento Familiar (Méd./Enf.)	**31%**	27,72	26,54	25,94
5.04.01	Proporção de diabéticos com pelo menos duas HbA1C no último ano, desde que abranjam os 2 semestres	**35%**	33,86	37,14	30,97
5.07.03	Proporção de diabéticos com pelo menos um formulário do pé diabético registado no último ano	**78%**	68,86	83,80	71,10
5.13.05	Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos com IMC registado nos últimos 3 anos	**62%**	61,24	59,06	54,40
S.5.E	Proporção de utentes entre os 18 e os 65 anos e IMC abaixo de 25	**33%**	27,91	31,92	31,25
S.6.A	Proporção de utentes dos 0 aos 17 anos com IMC abaixo do percentil 85	**72%**	68,15	70,58	69,95
5.25	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 14 anos com registo de hábitos tabágicos nos últimos 3 anos	**77%**	71,46	78,75	73,57
6.20	Proporção de utentes com hipertensão arterial com idade inferior a 65 anos com pressão arterial inferior a 150/90 mmHg	**39%**	31,18	27,46	33,44
6.91	Percentagem de fumadores a quem foi realizada intervenção breve de cessação tabágica.	**50%**	22,23	21,87	16,97
DA.17	Percentagem de Pessoas com depressão major com consulta até 8 semanas após prescrição inicial antidepressivo ou novo diagnóstico de perturbação depressiva	**34%**	32,36	33,75	26,81
DA.19	Proporção de fumadores que teve pelo menos uma consulta de cessação tabágica	25%	3,51	21,98	17,03
COA.2*	Percentagem de mulheres rasteadas para o ROCCA (faixa etária entre os 25 e 64 anos)	**60%**	50	38	43
7.07.01	Despesa média de MCDTs prescritos por utilizador (baseado no preço convencionado)	**61€**	68,21	60,84	49,81

Ou seja, dos 25 indicadores monitorizados existiu melhoria ou superação em 14, o que representa cerca de 56%.

ii. Contratualização Interna

A carta de compromisso (anexo II) firmada entre o presidente do conselho de administração e as diretoras clínica e de enfermagem formalizam a contratualização interna, em que está definido um conjunto de indicadores e metas.

			Monit	Meta	Dezembro		
N.º	Código	Indicador		2025	2025	2024	2023
1	6.19.01	Proporção de diabéticos com consulta de enfermagem de vigilância da diabetes	M	**75**	70,53	81,30	73,75
2	3.15.04	Taxa de utilização global de consultas (méd./ enf.) nos últimos 3 anos.	M	**95**	93,39	95,72	96,56
3	USIFaial	Tempo entre hora marcada e atendimento - Mediana (minutos) -P10.R05	M	**15**	3	5	10
4	C2.V1	Percentagem de Consultas dentro do TMRG - Com MdFs	M	**55**	49,81	52,67	49,74
5	USIFaial	Percentagem de taxas de cobertura vacinal por vacina do PRV e idade chave igual ou superior a 95%	S	**95**	90,48	ND	ND
6	6.12.01	Proporção recém-nascidos com consulta médica até 28 dias	M	**95**	96,55	94,95	93,88
7	USIFaial	Proporção de inscritos com 65 anos e mais com vacina da gripe. (Vacinas)	S	**60**	49,24	41,15	44,54
8	7.06.01	Custo médio anual de medicamentos prescritos por utente utilizador (baseado no PVP - €)	M	**270**	257,25	273,27	204,51
9	4.18.01	Taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos.	M	**25**	54,07	50,71	49,33
10	USIFaial	Proporção de hipertensos com pelo menos 2 consultas de enfermagem no ano.	T	**75**	71,12	75	ND
11	PAI.DT2.4	População com diabetes em vigilância. (2 consultas med.)	M	**50**	41,29	34,08	33,91
12	PAI.RCA.01	% utentes com PA medida e PA ótima/normal.	M	**80**	74,16	72,29	77,53
13	USIFaial	Percentagem de satisfação global dos utilizadores dos serviços prestados pela USIFaial .	A	**70**	ND	NA	NA
14	PAI.RCA.09	% utentes com HTA em vigilância (2 consultas médicas)	M	**50**	29,61	27,09	26,75
15	DA.18	% de diagnósticos de doença aguda registados na lista de problemas ativos há mais de 6 meses.	M	**4**	4,31	4,11	3,98
16	2013.302 V4	E - Com realização de diagnóstico precoce (TSHPKU), nos primeiros 6 dias de vida, registado até às zero horas do dia em que completam 1 ano de vida	M	**95**	98,08	95,15	95,83
17	2013.302 V5	F - Ter pelo menos 2 registos parametrizados de avaliação do desenvolvimento psicomotor (Sheridan) até aos 11 meses de vida ([1, 330[dias).	M	**98**	99,04	99,04	100,00
18	USIFaial	Percentagem de pessoas com asma com pelo menos duas consultas por ano (R96 no SOAP do M1)	T	**65**	62,17	56,96	79,51
19	PAIPOA	Percentagem de Inscritos pré Obesos vigiados (2 cons. Méd.)	T	**60**	55,61	50,89	73

20	USIFaial	Permilagem de inscritos com idade >= 1 ano com número de benificiário comum.	T	**4**	0,22	3,2	5,57
21	USIFaial	Percentagem de utentes com data de validade do Subsistema de saúde desatualizada	T	**3,5**	16,07	10,78	4,62
	Numerador: N.º de inscritos com data de validade do subsistema registada no M1 ultrapassada Denominador: N.º de inscritos com subsistema de saúde com requisito de registo de data.						
22	6.09.01	Proporção de grávidas com 1ª consulta médica de vigilância da gravidez, realizada no 1º trimestre	M	**85**	78,57	78,43	85,71
23	USIFaial - PNSD	Percentagem de trabalhadores participantes na avaliação da Cultura da Segurança do Doente – Questionário.	S	**75**	87	NA	79,41
24	8.3	% de Crianças com 6 anos completos, que realizaram o Exame Global de Saúde.	M	**50**	55,56	54,07	60,00

Dos 24 indicadores contratualizados, foi possível monitorizar 23, destes 9 (39,13%), atingiram ou superaram a meta. Dos 14 indicadores que não atingiram a meta, 6 melhoraram os resultados relativamente a 2024. Ou seja, em 15 (65,21%) indicadores constatou-se o cumprimento da meta ou melhoria dos resultados.

b) Acesso a Cuidados de Saúde

A acessibilidade e a equidade no acesso aos cuidados de saúde constituem um eixo central da gestão e da governação clínica, bem como uma prioridade no cumprimento da Portaria n.º 93/2024, de 11 de novembro, da Secretaria Regional da Saúde e Segurança Social, a qual estabelece os Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) e consagra a Carta dos Direitos de Acesso dos Utentes aos Cuidados de Saúde no Serviço Regional de Saúde.

Em conformidade com o disposto na alínea d) do artigo 2.º do Anexo III do referido diploma, procede-se à elaboração do Relatório de Acesso aos Cuidados de Saúde, considerando as características institucionais, a população abrangida e a respetiva carteira de serviços.

A USIFaial procede à divulgação trimestral dos tempos de resposta aos seus utentes, promovendo a transparência, a informação e o cumprimento dos direitos de acesso aos cuidados de saúde.

Importa também referir aqui dados de produção bem como os Tempos de Resposta da USIFaial dados pelo SISA.

Áreas de Cuidados*	**2025**	**2024**	**2023**	**Variação (2025/2024)**	
	(N.º total)	**(N.º total)**	**(N.º total)**	**N.º**	**%**
Consultas Médicas Presenciais	27565	25562	25535	2003	7,84
Consultas Médicas no Domicílio	990	801	781	189	23,60
Consulta Complementar	12008	10748	9961	1260	11,72

Consultas de Contatos Indiretos	11848	12176	11700	-328	-2,69
Total de Consultas Médicas	39423	38876	38482	547	1,41
Total de Consultas de Enfermagem	52429	51696	48187	733	1,42
Consultas de Enfermagem no Domicílio	10933	9194	8495	1739	18,91
Consultas Enf. de Saúde Infantil	2162	2168	2273	-6	-0,28
Consultas Enf. de Saúde Materna	552	606	541	-54	-8,91
Consultas Enf. de Planeamento Familiar	1216	1558	1465	-342	-21,95
Consultas Enf. de Vigilância de Diabéticos	1513	1688	1604	-175	-10,37
Consultas Enf. de Vigilância de Hipertensos	2463	2543	2216	-80	-3,15
Consultas de Psicologia	2671	3174	3183	-503	-15,85
Consultas de Nutrição	2426	3157	3749	-731	-23,15
Consultas de Medicina Dentária	3093	2281	1942	812	35,60
Serviço Social	2659	2528	1900	131	5,18
Cardiopnemologia (ECG e Espirometria)	626	1466	660	-840	-57,30
Radiologia (Rx) - Atos	2199	2480	2840	-281	-11,33
Terapia da Fala	990	559	1050	431	77,10

* Dados disponibilizados pela Estatística da USIFaial

Pelo quadro acima apresentado constata-se um aumento das consultas total médicas e de enfermagem realizadas em consultório e no domicílio. Também é notório o aumento de consultas medicina dentária, terapia da fala, bem como nos atendimentos de serviço social.

No dos casos em que se verifica diminuição do número de consultas a mesma relaciona-se com a ausência do profissional de saúde principalmente por motivo de doença.

Grupo	Tipo	TMRG (dias)	Tempos de Resposta Garantidos (TRG) da USIFaial	2025	2024	2023
Medicina Geral e Familiar	Consulta prioritária (doença aguda)	1	No Sistema de Informação da Saúde dos Açores (SISA), não estão disponíveis dados relativos à consulta por doença aguda, em alternativa, apresentam-se os seguintes dados:			
			Tempo médio de espera consulta médica - Sem MdF (dias)	25,60	40,15	22,02
			% de Consultas Médicas dentro do TMRG - Sem MdF	79,48	57,72	60,22
	Consulta programada	15	Tempo médio de espera consulta médica - Com MdF (dias)	40,7	43,53	41,78
			% de Consultas Médicas dentro do TMRG - Com MdF	48,49	52,57	49,74
			Percentagem de Consultas Médicas no TMRG	58,96	54,70	52,88
	Domicílio	15	Proporção de Domicílios Médicos dentro do TMRG	23,74	28,00	51,56
			Média (dias)	45,5	61,40	34,2
			Mediana (dias)	27	75	14
	Contato indireto	3	Proporção de renovações dentro do TMRG (%)	61,64	56,01	11,88
			Média (dias)	5,3	8,3	5,5
			Mediana (dias)	2	3	3

Medicina Dentária	Consulta programada	60	% de Consultas de Medicina Dentária dentro do TMRG	76,98	52,94	57,5
Nutrição	Consulta programada	60	% de Consultas de Nutrição dentro do TMRG	70	74,55	78,27
Psicologia	Consulta programada	60	% de Consultas de Psicologia dentro do TMRG	82,59	ND	100
Terapia da Fala	Trata. programado	30	% de Consultas de Terapia da Fala dentro do TMRG	100	95,83	90,48

De uma forma geral, verifica-se um aumento da percentagem de cumprimento dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG), refletido nos resultados a verde no quadro acima apresentado.

No que respeita às consultas médicas realizadas no domicílio, observa-se um aumento do número de consultas efetuadas, acompanhado, contudo, de uma diminuição da taxa de cumprimento dos TMRG. Esta situação poderá estar relacionada com constrangimentos ao nível dos registos clínicos e/ou limitações do sistema de informação.

Relativamente às consultas de Psicologia e Nutrição, constata-se que o número de consultas realizadas por iniciativa do utente é reduzido, sendo a maioria desencadeada por iniciativa do próprio profissional ou por referenciação de outros técnicos. Este facto condiciona o cálculo dos indicadores, apesar de se registarem percentagens de cumprimento elevadas.

Importa ainda referir que o Sistema de Informação da Saúde dos Açores (SISA) não disponibiliza indicadores relativos aos tempos de resposta aos cuidados de enfermagem, apesar de estes representarem mais de metade do total de atendimentos realizados.

No entanto, salienta-se que não se verificam dias de espera para a prestação destes cuidados, uma vez que os utentes em seguimento são agendados por iniciativa do profissional de saúde. Relativamente aos primeiros contactos, estes são assegurados no próprio dia, como acontece, por exemplo, na sala de tratamentos.

c) Prestação de Cuidados de Saúde

A prestação de cuidados de saúde é realizada segundo a orgânica da USIFaial por 3 unidades:

a) Unidade de Saúde e Comunitária

b) Unidade de Saúde Pública

c) Unidade de Diagnostico e Tratamento

A atividade assistencial inerente à carteira de serviços procura responder às necessidades em saúde da população ao nível da saúde individual e comunitária. A governação clínica e o estabelecimento de prioridades têm em consideração as situações de doença aguda sem por em causa os processos de vigilância e a promoção da saúde.

i. Processos Assistenciais

Passamos a descrever as atividades assistenciais, seus objetivos, intervenientes, resultados esperados e obtidos.

PROCESSO ASSISTENCIAL SAÚDE INFANTO-JUVENIL

Foram avaliados os resultados de **13 indicadores** conforme se demonstra e todos eles constam do Painel de Controlo da USIFaial.

Código		**Designação do indicador**			
6.12.01		Proporção recém-nascidos com consulta méd. vigilância até 28 dias			
2023 (31 out 2023)		2024		2025 (31 out 2025)	
M	R	**M**	R	**M**	R
92	95	92	96	95	95

Primeira consulta médica de vida da criança, ocorreu a 95 % dos recém-nascidos, tendo-se cumprido a meta estabelecida.

Código		**Designação do indicador**			
2013.302.V2		C - Ter pelo menos 6 consultas de enfermagem de vigilância (contacto direto) até aos 11 meses de vida ([1, 330[dias)			
2023 (31 out 2023)		2024		2025 (31 out 2025)	
M	R	**M**	R	**M**	R
90	**98**	90	97,09	90	98

Esquema de vigilância de consulta de enfermagem de saúde infantil, cumprido em 98% das crianças até aos 11 meses de vida, superando a meta.

Código	Designação do indicador					
2013.302.v4	E - Com realização de diagnóstico precoce (TSHPKU), nos primeiros 6 dias de vida, registado até às zero horas do dia em que completam 1 ano de vida					
2023 (31 out 2023)		2024		2025 (31 out 2025)		
M	R	**M**	R	**M**	R	
95	95,83	95	95,15	95	99	

Relativamente ao registo do diagnostico precoce, verifica-se uma variação positiva relativamente a 2023 e a superação da meta.

Código	Designação do indicador					
2013.302.v5	F - Ter pelo menos 2 registos parametrizados de avaliação do desenvolvimento psicomotor (Sheridan) até aos 11 meses de vida ([1, 330 [dias).					
2023 (31 out 2023)		2024		2025 (31 out 2025)		
M	R	**M**	R	**M**	R	
98	100	98	99	98	99	

Quanto aos registos de avaliação do desenvolvimento psicomotor verifica-se o cumprimento em 99% das crianças, tendo a meta sido superada.

Código	Designação do indicador					
8.3	% de crianças com 6 anos completos, que realizaram o Exame Global de Saúde					
2023 (31 out 2023)		2024		2025 (31 out 2025)		
M	R	**M**	R	**M**	R	
45	60	50	54	50	56	

Relativamente aos exames globais de saúde apesar de uma variação negativa de 4% relativamente a outubro de 2023, a meta foi superada.

Código	Designação do indicador					
4.10 1m	Nº médio de consultas médicas de vigilância de saúde infantil no 2º ano de vida					
2023 (31 out 2023)		**2024**		**2025 (31 out 2025)**		
M	R	**M**	R	**M**	R	
3	**3**	3	3,5	3	3,64	

Código	Designação do indicador					
4.10 2e	Nº médio de consultas enf. de vigilância de saúde infantil no 2º ano de vida					
2023 (31 out 2023)		**2024**		**2025 (31 out 2025)**		
M	R	**M**	R	**M**	R	
4	**4**	4	3,77	4	4	

Quanto a vigilância de saúde no segundo ano de vida número de consultas médicas ou de enfermagem em média ultrapassa o esquema recomendado.

Código	Designação do indicador					
4.9 1m	Nº médio de consultas de vigilância de S. infantil dos 0 aos 11 meses					
2023 (31 out 2023)		**2024**		**2025 (31 out 2025)**		
M	R	**M**	R	**M**	R	
5	**6**	5	5,89	5	6,19	

No que concerne à vigilância de saúde ao primeiro ano de vida, número de consultas médicas ou de enfermagem em média ultrapassa o esquema recomendado.

Código	Designação do indicador					
6.22.01	Proporção de crianças com pelo menos 6 consultas médicas de vigilância de saúde infantil no 1º ano de vida					
2023 (31 out 2023)		**2024**		**2025 (31 out 2025)**		
M	R	**M**	R	**M**	R	
76	80	80	80	80	82,08	

O resultado deste indicador tem uma variação positiva de 2% relativamente a outubro de 2023 valor esse em que a meta foi superada.

Código	Designação do indicador					
S.6.A	Proporção de utentes dos 0 aos 17 anos com IMC abaixo do percentil 85					
2023 (31 out 2023)		**2024**		**2025 (31 out 2025)**		
M	R	**M**	R	**M**	R	
76	69,75	72	70,58	72	70	

Quanto ao IMC constata-se uma variação positiva embora o resultado ter ficado aquém da meta anual contratualizada externamente.

Código	Designação do indicador					
USIFaial (febre)	N.º diagnósticos de febre no período em análise					
2023 (31 out 2023)		**2024**		**2025 (31 out 2025)**		
M	R	**M**	R	**M**	R	
NA	21	NA	41	NA	43	

Relativamente aos registos do número de diagnósticos de Febre realizados no período em análise, constata-se uma variação positiva de 22.

Resumo dos resultados

PAI	Total de Indicadores	Indicadores avaliáveis	Cumpre	Não cumpre	% de cumprimento
SIJ	13	13	13	0	100

Plano de Saúde Específico de Saúde Sexual e Reprodutiva

Código	Designação do indicador					
6.09.01	Proporção de grávidas com 1ª consulta médica de vigilância da gravidez, realizada no 1º trimestre					
2023 (31 out 2023)		**2024**		**2025 (31 out 2025)**		
M	R	**M**	R	**M**	R	
85	**95**	85	79	85	82	

Meta do indicador não atingida, e variação negativa relativamente a 2023, pelo que mediante os critérios definidos, o indicador não foi cumprido, sendo necessário desenvolver ações para a melhoria do resultado este indicador.

Código	Designação do indicador					
6.26.01	Proporção de grávidas com 6 ou mais consultas de enfermagem em saúde materna (gravidez e puerpério)					
2023 (31 out 2023)		**2024**		**2025 (31 out 2025)**		
M	R	**M**	R	**M**	R	
NA	59	65	63,96	65	59,3	

O resultado deste indicador apresenta um crescimento ligeiro, relativamente ao de outubro de 2023, porem aquém do ano de 2024 bem como não atingiu a meta.

Código	Designação do indicador					Fonte
DA.20	Proporção de puérperas com pelo menos 5 consultas médicas ou de enfermagem na gravidez e RP					SISA
2023 (31 out 2023)		**2024**		**2025 (31 out 2025)**		
M	R	**M**	R	**M**	R	**Variação**
NA	NA	36	40,54	40	42	1,46

Este indicador foi atingido existindo uma variação positiva desde 2024, ano em que foi contratualizado inicialmente.

Código	Designação do indicador					
2013.270.v1	Percentagem de utentes com pelo menos 6 consultas medicas gravidez entre o DUM e o 42 dia de puerpério.					
2023 (31 out 2023)		**2024**		**2025 (31 out 2025)**		
M	R	**M**	R	**M**	R	
45	33,33	45	39,29	45	38,18	

Meta não atingida, no entanto existe variação positiva relativamente à última relativamente a 2023.

Este indicador incide sobre a consulta médica de revisão do puerpério, o seu resultado, tem vindo a diminuir, pelo que é necessário identificar as causas para alem da carência de recursos humanos.

Código	Designação do indicador				
2013.270.V3	% utentes que tiveram pelo menos uma consulta medica entre a data de fim da gravidez e o 42º dia de puerpério				
2023 (31 out 2023)		**2024**		**2025 (31 out 2025)**	
M	R	**M**	R	**M**	R
60	50	60	43,75	60	41,24

Os 5 indicadores seguintes, dizem respeito à utilização da consulta de planeamento família pelas mulheres em idade fértil, relativamente as consultas médica e ou de enfermagem.

Código	Designação do indicador				
3.22.01	Taxa de utilização de consultas de PF (méd./enf.)				
2023 (31 out 2023)		**2024**		**2025 (31 out 2025)**	
M	R	**M**	R	**M**	R
35	26	37	26,54	NC	27,6

Código	Designação do indicador				
3.22.03	Taxa de utilização de consultas de PF (méd)				
2023 (31 out 2023)		**2024**		**2025 (31 out 2025)**	
M	R	**M**	R	**M**	R
NA	15,85	25	18,82	25	20,47

Nenhum destes 3 indicadores atinge a meta, embora apresentem melhorias nos resultados ao longo do tempo, algo que deverá ser acompanhado no futuro para avaliar o acesso a cuidados de saúde nesta área.

Código	Designação do indicador				
A6*	Percentagem de mulheres com idade fértil com IMC				
2023 (31 out 2023)		**2024**		**2025 (31 out 2025)**	
M	R	**M**	R	**M**	R
NA	NA	75	89,82	75	94,6

***Atividade 6 do Processo Assistencial.

Código	Designação do indicador				
A7*	Percentagem de mulheres com idade fértil com pressão arterial avaliada				
2023 (31 out 2023)		**2024**		**2025 (31 out 2025)**	
M	R	**M**	R	**M**	R
NA	NA	75	52,68	75	57,29

***Atividade 7 do Processo Assistencial.

Código	Designação do indicador				
ROCCA	Percentagem de adesão ao Rastreio Organizado do Cancro do Colo do Útero nos Açores				
2023 (31 out 2023)		2024		2025 (31 out 2025)	
M	R	M	R	M	R
70	48	70	37,06	60	54,7

PAI	Total de Indicadores	Indicadores avaliáveis	Cumpre	Não cumpre	% de cumprimento
SSR	12	12	9	3	75

PRÉ OBESIDADE ADULTO

Código	Designação do indicador				
	Prevalência Pré obesidade (% de utentes)				
2023 (31 out 2023)		2024		2025 (31 out 2025)	
M	R	M	R	M	R
NA	20,26	NA	23,57	NA	21

Código	Designação do indicador				
	Prevalência pré obesidade (Número de utentes)				
2023 (31 out 2023)		2024		2025 (31 out 2025)	
M	R	M	R	M	R
NA	3245	NA	3586	NA	3657

Entre outubro de 2023 e 2025 verifica-se um saldo de 412 casos de pré obesidade, o que em média representa um acréscimo de 206 casos ano.

Código	Designação do indicador				
	Incidência Pré obesidade (por 1000 inscritos)				
2023 (31 out 2023)		2024		2025 (31 out 2025)	
M	R	M	R	M	R
NA	20,4	NA	33,13	NA	23,85

Código	Designação do indicador				
	Incidência Pré-obesidade (Novos casos)				
2023 (31 out 2023)		2024		2025 (31 out 2025)	
M	R	M	R	M	R
NA	222	NA	504	NA	322

Pelos valores do número de novos casos registados verifica-se que a média anual é de 349 novos casos por ano.

Relativamente à percentagem de utentes pré-obesos com 2 consultas médicas anuais, verifica-se um

Código	Designação do indicador				
I1	Percentagem de inscritos pré-obesos vigiados (duas consultas médicas anuais)				
2023 (31 out 2023)		**2024**		**2025 (31 out 2025)**	
M	R	**M**	R	**M**	R
60	73	60	50,89	60	55,61

decréscimo de 17%, ficando o resultado aqui da meta contratualizada internamente apesar dos resultados reportarem ao mês de outubro. 56% de taxa de cobertura de vigilância de consulta médica destes utentes carece de melhoria.

Código	Designação do indicador				
I2	Percentagem de codificação de pré-obesos com o código T83				
2023 (31 out 2023)		**2024**		**2025 (31 out 2025)**	
M	R	**M**	R	**M**	R
90	73	90	50	90	81,84

Ao analisar este indicador constata-se que os resultados ao longo do tempo tem vindo a melhorar de forma consistente, embora aquém da meta contratualizada internamente. Este indicador relaciona o valor do IMC e a codificação de pré obesidade, existindo também assim a dimensão da qualidade dos registos clínicos.

Código	Designação do indicador				
I3	Percentagem de pré obesos com HTA				
2023 (31 out 2023)		**2024**		**2025 (31 out 2025)**	
M	R	**M**	R	**M**	R
30	38	30	37,34	30	37,63

A percentagem de utentes pré obesos com hipertensão arterial variou de forma muito ligeira, tendo uma variação negativa de -0,37%. Considerando que é desejável a diminuição do valor deste indicador considera-se cumprido apesar da meta ter sido ultrapassada.

Código	Designação do indicador				
PAI.POA.1	Percentagem pré-obesos com risco cardiovascular avaliado				
2023 (31 out 2023)		**2024**		**2025 (31 out 2025)**	
M	R	**M**	R	**M**	R
5	2	5	11,54	5	12,29

A percentagem de utentes com risco cardiovascular avaliado teve uma variação positiva de mais de 10,29% o que representa o dobro da meta, pelo que a mesma deverá ser revista.

Código	Designação do indicador				
5.13.05	Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos com IMC registado nos últimos 3 anos				
2023 (31 out 2023)		**2024**		**2025 (31 out 2025)**	
M	R	**M**	R	**M**	R
60	53	56	58,76	62	61

Constatou-se uma melhoria de 8% e um aumento consolidado desde 2023, sendo espectável que no final do ano a meta deste indicador contratualizado externamente seja atingida.

Código	Designação do indicador				
9.02	Proporção de utentes com obesidade, excesso de peso ou diabetes com, pelo menos, uma consulta de nutrição no período em análise				
2023 (31 out 2023)		**2024**		**2025 (31 out 2025)**	
M	R	**M**	R	**M**	R
12	12	12	13,3	12	10,66

Constata-se que uma ligeira diminuição percentual de utentes com pelo menos uma consulta de nutrição no ano, facto que se poderá atribuir ao aumento da prevalência da pré obesidade e diabetes.

Código	Designação do indicador				
S.5.E	Proporção de utentes entre os 18 e os 65 anos e IMC abaixo de 25				
2023 (31 out 2023)		**2024**		**2025 (31 out 2025)**	
M	R	**M**	R	**M**	R
32	30	35	31,92	33	27

Por este indicador, verifica-se a diminuição percentual de adulto com IMC inferior a 25, o que confirma o aumento da pré obesidade na população adulta.

PA	Total de Indicadores	Indicadores avaliáveis	Cumpre	Não cumpre	% de cumprimento
Pré Obesidade	12*	8	4	4	50%

* Quatro indicadores são de morbilidade.

PLANO ASSISTENCIAL INTEGRADO DA ASMA NA CRIANÇA E NO ADULTO

Pelos valores da incidência e a prevalência, constata-se um aumento do registo de casos de asma, na população infantil e nos adultos.

Código	Designação do indicador				
NA	Prevalência asma				
2023 (31 out 2023)		**2024**		**2025 (31 out 2025)**	
M	R	**M**	R	**M**	R
-	2,9	-	3,11	-	3,3

Código	Designação do indicador				
NA	Incidência Asma				
2023 (31 out 2023)		**2024**		**2025 (31 out 2025)**	
M	R	**M**	R	**M**	R
-	0,11		0,19		0,2

Código	Designação do indicador						Fonte	Tipologia-Âmbito
NA	Percentagem de novos casos de asma						SISA	PA
2023 (31 out 2023)		2024		2025 (31 out 2025)				
M	R	M	R	M	R		Variação	Ação de Melhoria
10	3,56	10	7	10	6,12		6,44	Não

Código	Designação do indicador					
NA	Percentagem de pessoas com asma com pelo menos duas consultas por ano (R96 no soap do M1)					
2023 (31 out 2023)		2024		2025 (31 out 2025)		
M	R	M	R	M	R	
70	79,51	65	56,96	65	62,17	

Relativamente à percentagem de utentes seguidos neste protocolo com duas consultas constata-se uma variação negativa quando se compara cos os resultados da auditoria de 2023.

Código	Designação do indicador					
NA	Percentagem de pessoas com asma vacinadas com a vacina da gripe					
2023 (31 out 2023)		2024		2025 (31 out 2025)		
M	R	M	R	M	R	
-	13,14	60	24,68	60	ND*	

*Aquando da colheita de para elaboração deste relatório a plataforma “Vacinas 2.0” não disponibiliza taxas de cobertura vacinal.

Código	Designação do indicador					
NA	Percentagem de pessoas fumadoras (P17) com asma					
2023 (31 out 2023)		2024		2025 (31 out 2025)		
M	R	M	R	M	R	
-	7,13	ND	8,43	ND	8,69	

Mediante os resultados deste indicador, constata-se um aumento percentual de pessoas fumadoras com asma, pelo que importa reforçar a promoção da cessação tabágica nesta população.

Código	Designação do indicador					
NA	Percentagem de pessoas fumadoras com asma em consulta antitabágica					
2023 (31 out 2023)		2024		2025 (31 out 2025)		
M	R	M	R	M	R	
-	0	ND	10	ND	9,09	

Ao verificar os dados disponíveis, constata-se uma variação negativa, que se traduz pela necessidade de melhoria nomeadamente pela reestruturação da consulta de cessação tabágica.

Código	Designação do indicador					
NA	Percentagem de utentes fumadores >=10 cigarros dia, codificados com P17 (abuso)					
2023 (31 out 2023)		2024		2025 (31 out 2025)		
M	R	M	R	M	R	
-	47,98	75	71,68	75	79,5	

A variação deste indicador é muito positiva, meta superada, o que pode traduzir melhoria da qualidade dos registos clínicos.

PAI	Total de Indicadores	Indicadores avaliáveis	Cumpre	Não cumpre	% de cumprimento
ACA	10	6*	2	4	33,33

* Quatro indicadores são de morbilidade.

PLANO ASSISTENCIAL INTEGRADO DA DIABETES MELLITUS TIPO 2 NO ADULTO

De acordo com o protocolo clínico "o mais recente Estudo da Prevalência da Diabetes Mellitus (DM) em Portugal revelou que a RAA tinha uma prevalência de DM de 14,3%, a mais alta do país, e de hiperglicemia intermédia de 21,4%."

No Faial, e de acordo com os indicadores de morbilidade relacionados com a diabetes, constata-se que é crescente o número total de diabéticos tipo 2 embora o número de novos casos tenha diminuído ligeiramente no último ano.

Código	Designação do indicador					
PAI.DT2.2	Prevalência de diabetes (número de diabéticos)					
2023 (31 out 2023)		2024		2025 (31 out 2025)		
M	R	M	R	M	R	
NA	1257	NA	1283	NA	1329	

Código	Designação do indicador					
PAI.DT2.2	Prevalência de diabetes (% de diabéticos)					
2023 (31 out 2023)		2024		2025 (31 out 2025)		
M	R	M	R	M	R	
NA	8,27	NA	8,81	NA	8,85	

Código	Designação do indicador					
PAI.DT2.3	Incidência de diabetes (número de novos casos)					
2023 (31 out 2023)		2024		2025 (31 out 2025)		
M	R	M	R	M	R	
NA	113	NA	139	NA	103	

Código	Designação do indicador					
PAI.DT2.3	Incidência de diabetes (% de novos casos)					
2023 (31 out 2023)		**2024**		**2025 (31 out 2025)**		
M	R	**M**	R	**M**	R	
NA	0,74	NA	0,88	NA	0,66	

Relativamente aos restantes 9 indicadores apresenta-se a sua evolução no período em análise.

Código	Designação do indicador					
5.07.03	Proporção de diabéticos com pelo menos um formulário do pé diabético registado no último ano					
2023 (31 out 2023)		**2024**		**2025 (31 out 2025)**		
M	R	**M**	R	**M**	R	
80	67,79	75	83,72	75	63	

Meta não atingida, com resultados inferiores a outubro de 2023 e ao ano de 2024, importa perceber as razões para estes resultados além dos recursos humanos, aparentemente está ligado aos resultados obtidos no próximo indicador.

Código	Designação do indicador					
6.19.01	Proporção de diabéticos com consulta de enfermagem de vigilância em diabetes no ano em análise.					
2023 (31 out 2023)		**2024**		**2025 (31 out 2025)**		
M	R	**M**	R	**M**	R	
ND	71,07	75	81	75	66	

Resultados aquém da meta com variação negativa e aquém dos resultados obtidos em 2024.

Código	Designação do indicador					
PAI.DT2.5.04 *	Percentagem de Diabéticos vigiados com IMC >=30					
2023 (31 out 2023)		**2024**		**2025 (31 out 2025)**		
M	R	**M**	R	**M**	R	
44	47,18	44	48	44	48,58	

Registou-se um aumento da percentagem de diabéticos com obesidade, mesmo considerando a obesidade de causa multifatorial, importa perceber que abordagens terapêuticas mais adequadas a implementar e se a percentagem de obesidade nos diabéticos é semelhante nos vários NSF.

Código	Designação do indicador					
5.04.01	Proporção de diabéticos com pelo menos duas HbA1C no último ano, desde que abranjam os 2 semestres					
2023 (31 out 2023)		**2024**		**2025 (31 out 2025)**		
M	R	**M**	R	**M**	R	
20	22,27	40	36,31	35	24	

Resultado aquém da meta contratualizada, mas superior ao da última auditoria realizada.

Código	Designação do indicador					
PAI.DT2.5.05 *	% Diabéticos fumadores					
2023 (31 out 2023)		**2024**		**2025 (31 out 2025)**		
M	R	**M**	R	**M**	R	
nd	9,93	8	9,98	8	10,36	

* Relevante para prevenção de complicações dos doentes com DM

Em comparação com indicador anterior, percentualmente o resultado obtido para este indicador é superior ao registado nos últimos dois anos, ou seja, aumentou a percentagem de diabéticos fumadores, pelo que as medidas de melhoria deverão incluir ações que conduzam á cessação tabágica.

Código	Designação do indicador					
PAI.DT2.5.06 *	Percentagem de Diabéticos vigiados com PA > 130 e/ou > 80					
2023 (31 out 2023)		**2024**		**2025 (31 out 2025)**		
M	R	**M**	R	**M**	R	
55	69,44	55	60	55	55	

Embora a meta tenha sido superada verifica-se uma diminuição da percentagem de diabéticos com a pressão arterial dentro dos valores normais, no entanto este indicador não permite perceber se este facto está relacionado com o acesso a cuidados de saúde ou à vigilância de cuidados médicos, ou seja, se existe variação entre diabéticos com e sem médico de família. Neste sentido recomenda-se ação de melhoria apesar de cumprir os critérios pré-estabelecidos nesta auditoria.

Código	Designação do indicador					
PAI.DT2.4	População com diabetes em vigilância.					
2023 (31 out 2023)		**2024**		**2025 (31 out 2025)**		
M	R	**M**	R	**M**	R	
50	27,61	50	34	50	33	

Meta não atingida, apesar de o número da percentagem de diabéticos com duas consultas médicas de vigilância ter aumentado.

Código	Designação do indicador					
PAI.DT2.5.08.A	Proporção de utentes com diabetes com registo de A1c e A1c<=7					
2023 (31 out 2023)		**2024**		**2025 (31 out 2025)**		
M	R	**M**	R	**M**	R	
nd	38,86	35	62	35	38,33	

Este indicador exprime a uma das dimensões do controlo metabólico, em que se constata que a meta foi superada, apesar de ligeira variação negativa.

Resumo:

PAI	Total de Indicadores	Indicadores avaliáveis	Cumpre	Não cumpre	% de cumprimento
Diabetes	13	9*	4	5	44,44

PROCESSO ASSISTENCIAL INTEGRADO DE RISCO CARDIOVASCULAR NO ADULTO

Os quatro primeiros indicadores são do âmbito da morbilidade (Prevalecia e incidência) neste sentido não foram definidas metas em contexto do protocolo clínico, porem expressam a dimensão da população alvo deste processo e o e a sua evolução no tempo.

Código	**Designação do indicador**				
PAI.RCA.05	Prevalência HTA (% de utentes com HTA)				
2023 (31 out 2023)		**2024**		**2025 (31 out 2025)**	
M	R	**M**	R	**M**	R
	29,28		26,2		29,66

Código	**Designação do indicador**				
PAI.RCA.05	Prevalecia HTA (Número de utentes com HTA)				
2023 (31 out 2023)		**2024**		**2025 (31 out 2025)**	
M	R	**M**	R	**M**	R
	3466		3817		3929

Quanto à prevalência da HTA na população adulta constata-se um aumento do número total de casos bem com a sua relação com a população adulta.

Código	**Designação do indicador**				
PAI.RCA.07	Incidência HTA (%)				
2023 (31 out 2023)		**2024**		**2025 (31 out 2025)**	
M	R	**M**	R	**M**	R
	2,09		2,71		2,61

Código	**Designação do indicador**				
PAI.RCA.07	Incidência HTA (Novos casos)				
2023 (31 out 2023)		**2024**		**2025 (31 out 2025)**	
M	R	**M**	R	**M**	R
	269		349		339

Constata-se um aumento percentual e absoluto do número de novos casos de HTA.

Código	**Designação do indicador**

6.20	Proporção de utentes com hipertensão arterial com idade inferior a 65 anos com pressão arterial inferior a 150/90 mmHg				
2023 (31 out 2023)		**2024**		**2025 (31 out 2025)**	
M	R	**M**	R	**M**	R
40	26	39	27,46	39	31,18

A percentagem de hipertensos com registos da pressão arterial dentro dos valores recomendados tem vindo a aumentar, porém ainda está aquém da meta contratualizada externamente. A melhoria constatada é de 5,18%.

Código	**Designação do indicador**				
6.28	Proporção de utentes com hábitos tabágicos, a quem foi realizada consulta relacionada com tabagismo, no último ano.				
2023 (31 out 2023)		**2024**		**2025 (31 out 2025)**	
M	R	**M**	R	**M**	R
ND	11	ND	12	ND	16,65

No âmbito deste processo assistencial não foi definido metas para este indicador, porem a sua variação é positiva, o que significa que percentualmente existe mais utentes fumadores com consulta relacionada com tabagismo, pelo que cumpre.
Definir meta para este indicador significaria a melhoria na avaliação deste processo assistencial.

Código	**Designação do indicador**				
6.91	Percentagem de fumadores a quem foi realizada intervenção breve de cessação tabágica				
2023 (31 out 2023)		**2024**		**2025 (31 out 2025)**	
M	R	**M**	R	**M**	R
25	13	50	21,87	50	22

Este indicador é contratualizado externamente os resultados ficaram aquém da meta definida, no entanto verifica-se uma melhoria desde outubro de 2023.

Código	**Designação do indicador**				
PAI.POA.1	Percentagem pré-obesos com risco cardiovascular avaliado.				
2023 (31 out 2023)		**2024**		**2025 (31 out 2025)**	
M	R	**M**	R	**M**	R
5	2	5	11,54	5	12,29

O indicador em causa é contratualizado internamente em 2024 e2025 a meta foi superada existindo uma melhoria gradual.

Código	**Designação do indicador**		
PAI.RCA.09	Percentagem de utentes com HTA em vigilância		
2023 (31 out 2023)	**2024**	**2025 (31 out 2025)**	

M	R	M	R	M	R
50	21	50	27	50	23

A percentagem de utente com hipertensão e duas consultas médicas anuais de vigilância, nunca atingiram a meta, porem constata-se uma ligeira melhoria entre outro de 2023 e de 2025.

Código	Designação do indicador				
PAI.RCA.01	Percentagem de utentes com PA medida e PA ótima/normal.				
2023 (31 out 2023)		**2024**		**2025 (31 out 2025)**	
M	R	**M**	R	**M**	R
80	77	80	72	80	74

Este indicador exprime a relação de inscritos com PA avaliada com os resultados recomendados. Constata-se que no período em análise a meta não foi conseguida bem como uma variação negativa, pelo que não cumpre nenhum dos critérios predefinidos.
Recomenda-se que a melhoria inclua conhecer os resultados a nível nacional e perceber as causa do desvio à meta.

Código	Designação do indicador				
5.25	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 14 anos com registo de hábitos tabágicos nos últimos 3 anos				
2023 (31 out 2023)		**2024**		**2025 (31 out 2025)**	
M	R	**M**	R	**M**	R
77	73	77	78,46	77	70

Pela análise da evolução do indicador constata-se que em 2025 foi obtido o resultado mais baixo do triénio não tendo atingido a meta contratualizada externamente.

Código	Designação do indicador				
6.21	Proporção de hipertensos com idade inferior a 75 anos e determinação de risco cardiovascular nos últimos 3 anos				
2023 (31 out 2023)		**2024**		**2025 (31 out 2025)**	
M	R	**M**	R	**M**	R
NA	19	50	28,79	50	29,7

Meta contratualizada não atingida, porem existiu uma melhoria dos resultados de forma gradual desde 2023, sendo a variação de 10,7%.

Resumo:

PA	Total de Indicadores	Indicadores avaliáveis	Cumpre	Não cumpre	% de cumprimento
RCVA	13*	9	7	2	77,78%

* Quatro indicadores são de morbilidade.

Do total de 57 indicadores relacionados com os processos assistenciais existentes na USIFaial e avaliados, existiu o cumprimento de 39(68,42%), o que significa que 39 indicadores, atingiram a meta e/ou superaram o resultado da última avaliação.

Processo Assistencial	Total de Indicadores	Indicadores avaliáveis	Cumpre	Não cumpre	% de cumprimento
SIJ	13	13	13	0	100
SSR	12	12	9	3	75
Pré Obesidade	12*	8	4	4	50,00
ACA	10*	6	2	4	33,33
Diabetes	13*	9	4	5	44,44
RCVA	13*	9	7	2	77,78
Total	**73****	**57**	**39**	**18**	**68,42**

* Quatro indicadores são de morbilidade.

** Destes 16 indicadores são de morbilidade.

ii. Situações de doença aguda

Ações	Responsável	Resultado	
		Esperado	Obtido
Agendamento de consulta de agudos do médico de família no próprio dia em horário definido na agenda.	AT Med.	2822 Consultas Diretas Médicas	2860 Consultas Médicas não programadas.
Consulta de intersubstituição com agendamento (consulta complementar)	AT Med.	10748 Consultas complementares	12008 consultas (consulta complementar)
Na procura espontânea de cuidados ou contacto telefónico (preferencial): - Esclarecimento da situação e estratificação de risco (telefonicamente) - Agendamento de consulta para hora pré-definida em conformidade com a situação e com a estratificação de risco	AT Enf. Med.	Possibilidade do utente de marcar consultas telefonicamente.	Garantida a possibilidade de marcação de consulta por Telefone, e via linha de Saúde Açores

Legenda: AT= Assistente Técnico; Enf.= Enfermeiro; Med.= Médico

iii. Rastreios oncológicos (ROCCA, PICCOA)

Em 2025 decorreram 3 rastreios oncológicos, cujos indicadores foram alvo de contratualização.

Rastreio oncológico	Indicador	Resultado	
		Meta	Obtido
ROCCA	Percentagem de mulheres rasteadas para o ROCCA (faixa etária entre os 25 e 64 anos)	**60%**	51%
PICCOA	Programa de Intervenção no Cancro da Cavidade Oral nos Açores (faixa etária entre os 40 e os 75 anos)	**50%**	50%
ROCMA	Percentagem de mulheres rastreadas para o ROCMA (faixa etária entre os 45 e 74 anos)	**85%**	87%

iv. Vigilância do doente em contexto domiciliário

Neste item incluem-se a prestação de cuidados de saúde de carater preventivo e/ou de tratamento, atividades planeadas e não planeadas.

Ações	Responsável	Resultado	
		Esperado	Realizado
Cuidados em domicílio devem ser realizados de acordo com o critério clínico da equipa de saúde e após estratificação do risco;	AT Enf. Med	Em função das necessidades dos utentes - 400	863 Domicílios
Administração de terapêutica e realização de tratamentos de enfermagem inadiáveis e que careçam de continuidade - domicílios de enfermagem.	AT Enf.	Em função das necessidades dos utentes - 6000	10933 Domicílios

Legenda: AT= Assistente Técnico; Enf.= Enfermeiro; Med.= Médico

v. Outros serviços e atividades assistenciais

Nesta secção do relatório serão consideradas algumas atividades desenvolvidas nas unidades de saúde pública e na unidade de diagnostico e tratamento.

Unidade de Saúde Pública

Objetivo Geral: Organizar e desenvolver as atividades inerentes à unidade de saúde pública	**Responsáveis pela execução:** Enf; ESSE; EPTT-PFT e DS
OE 1Organizar e promover atividades de proteção e promoção de cuidados no âmbito comunitário	
Ações	
Desenvolver atividades de promoção da saúde em contextos específicos, nomeadamente em contexto escolar	E
Assegurar taxas de cobertura vacinal recomendadas para cada tipo de vacina	E
Responder às necessidades dos utentes em termos da consulta do viajante	E
OE 2 Planear e assegurar a vigilância epidemiológica	
Ações	
Garantir o planeamento e acompanhamento do Plano de Atividades	PE
Assegurar o funcionamento de plataformas informáticas relacionadas com o processo clínico incluindo a notificação de riscos, doenças de notificação obrigatória e certificado de óbitos	E
Responder de forma planeada a doenças infeciosas com impacto comunitário e de saúde publica, nomeadamente doenças respiratórias (Ex. Gripe, Tuberculose).	E
OE 3 Garantir o exercício dos poderes legalmente atribuídos à autoridade de saúde concelhia	

Ações	
Apoiar o exercício da autoridade de saúde concelhia	E

Legenda:
Enf.= Enfermeiro;
ESSE =Equipa de Saúde Escolar;
EPTT-PFT = Equipa de Prevenção e Tratamento da Tuberculose – Pontos Focais para a Tuberculose;
DS= Delegação de Saúde

OE	A	Indicador - Métrica ou evidencia de execução	Resultado esperado	Resultado 2025
1	1	Número de ações de promoção da saúde em saúde escolar	120	129
	2	Taxa de cobertura vacinal do PRV (não inclui sazonal)	85%	> 85 %
	3	Existência de consulta do viajante organizada	100%	100%
2	1	Existência de plano de atividades aprovado para ano de 2025	100%	100%
		Existência relatório de avaliação intercalar do Plano de atividades e existência de ações de melhoria (se aplicável)	100%	75%
	2	Acesso dos profissionais a plataformas informáticas de acordo com o perfil de utilização e plano de contingência.	100%	100%
	3	Existência de plano de contingência das doenças infeciosas respiratórias atualizado e revisto periodicamente	100%	100%
		Existência Guia de Boas Práticas na Prevenção e Tratamento da Tuberculose	100%	100%
3	1	Existência de recursos humanos financeiros e logísticos afetos à Delegação de Saúde.	100%	100%

Unidade de Diagnóstico e Tratamento

Objetivo Geral: Prestar Apoio à Unidade de Saúde Familiar e Comunitária e à Unidade de Saúde Pública	**Responsáveis pela execução:** TSDT e CA
OE1: Garantir facilidade de acesso aos meios complementares de diagnóstico da USIFaial	
Ações	
Assegurar a resposta em tempo útil de ECG e Espirometrias.	E
Manter parceria com o Hospital da Horta relativamente ao RX convencional	E
Manter as convenções com entidades prestadoras destes serviços.	E
OE2: Garantir acesso à Terapia da Fala	
Ações	
Manter a resposta existente em terapia da fala	E

OE	Ações	Indicador- Métrica ou evidencia de execução	Resultado esperado	Resultado 2025
1	1	Número de MCDT realizados	1400	1357
	2	Existência de TSDT – Radiologia da USIFaial a trabalhar no HH	100%	100%

	3	Existência de convenções com entidades que realizem MCDT	100%	100%
2	1	N.º de consultas de terapia da fala	800	990

Importa ainda referir, na área dos tratamentos, a atividade desenvolvida nas salas de tratamentos da sede e das extensões, atendendo ao facto de envolverem um número muito significativo de recursos e de utentes.

Sala de tratamentos	Atendimentos	Utentes
Sede	7171	1688
Extensões	1470	----
Total	**8641**	**1688**

Procedimento técnico (mais frequentes)	Ano		
	2023	**2024**	**2025**
Penso	8553	9393	10408
Administração de terapêutica	5702	6116	5458
Algaliação	23	37	38
Estoma	34	76	49

vi. Projetos desenvolvidos

Projeto "Unidade de Saúde Amiga dos Bebés"

Objetivo Geral 1: Implementar o projeto "Iniciativa Unidade de Saúde Amiga dos Bebés" Unicef Portugal	**Responsáveis pela execução:** Equipa de projeto
OE 1: Dinamizar e implementar as intervenções ara que a unidade cumpra os setes passos necessários para ser reconhecida como "Unidade de Saúde Amiga dos Bebés".	
Ações	
Ter uma política de promoção do aleitamento materno, escrita, afixada e transmitida a toda a equipa de cuidados de saúde	E
Apoiar as mães a estabelecer a e manter o aleitamento materno	E
Informar todas as grávidas e a família sobre as vantagens e a prática do aleitamento materno	E
Providenciar ambiente seguro e acolhedor para as famílias que amamentam	E

A	**Indicador - Métrica ou evidencia de execução**	**Resultado esperado**	**Resultado 2025**
1	Existência de evidencias da política e da sua divulgação junto de profissionais e utentes	100%	100%
2	Existência de registos das atividades desenvolvidas	100%	100%
3	Registos das intervenções realizadas	100%	100%
4	Existência de Cantinho da amamentação na USIFaial com as caraterísticas recomendadas, seguro e acolhedor	100%	100%

Projeto "Idoneidade formativa"

Objetivo Geral 1: Aumentar áreas profissionais com idoneidade formativa reconhecida	**Responsáveis pela execução:** Equipa de projeto, E
OE 1: Iniciar o planeamento da candidatura à Certificação da Idoneidade formativa dos Contextos de Prática Clínica de enfermagem.	
Ações	
Realização do planeamento da Candidatura à Certificação da Idoneidade formativa dos Contextos de Prática Clínica de enfermagem	E
Adesão de 2 enfermeiros à candidatura a pós-graduação em Supervisão Clínica	E

A	**Indicador - Métrica ou evidencia de execução**	**Resultado esperado**	**Resultado 2025**
1	Existência de evidencia de autoavaliação	100%	100%
2	N.º de enfermeiros candidatos à pós-graduação em Supervisão Clínica	2	2

Projeto "Intervenção na Comunidade"

Objetivo Geral: Desenvolver ações de intervenção na comunidade	**Responsáveis pela execução:** Equipa de projeto, M E
OE 1: Participar em projetos com impacto na comunidade, intervindo na capacitação de utentes e na literacia em saúde.	
Ações	
Participação em parceria no projeto "Diabetes em Movimento"	E
Desenvolver ações em 2 ODS Local em parceria com a Camara Municipal da Horta	E

A	**Indicador- Métrica ou evidencia de execução**	**Resultado esperado**	**Resultado 2025**
1	Existência de evidencia de participação de profissionais e utentes no projeto	100%	100%
2	N.º de projetos desenvolvidos	2	2

vii. Secretariado Clínico e Deslocação de Doentes

O **secretariado clínico** é uma das áreas fundamentais de suporte a toda a atividade assistencial. Foram traçados para o ano 2025 os seguintes objetivos:

Objetivo Geral 1: Atendimento de utentes e familiares, inscrição, agendamento, encaminhamento e informação	**Responsáveis pela execução:** AT e RA
OE 1: Garantir o Atendimento telefónico e presencial de Qualidade	
OE2: Gestão das agendas dos profissionais de saúde	
Objetivo Geral 2: Monitorização e atualização de dados administrativos dos utentes	**Responsáveis pela execução:** AT e RA
OE1: Monitorizar de modo a garantir a permanente atualização dos dados identificativos dos utentes	
Objetivo Geral 3: Gestão dos fluxos de comunicação interprofissionais	**Responsáveis pela execução:** AT e RA
OE1: Assegurar uma comunicação fluida entre os colegas e os profissionais de saúde	
OE2: Garantir a comunicação com unidades de saúde para questões processuais do Processo Clínico	
Objetivo Geral 4: Organizar e manter o Arquivo Clínico	**Responsáveis pela execução:** AT e RA
OE 1: Garantir o cumprimento dos normativos em vigor e controlo de acesso.	
Objetivo Geral 5: Constituir-se como gestor de conflitos entre o utente e equipa de saúde.	**Responsáveis pela execução:** AT e RA
OE: Gerir conflitos nas eventuais situações de insatisfação que possam surgir no atendimento	
Objetivo Geral 6: Gestão do Processo Clínico único e Gestão dos Duplicados	**Responsáveis pela execução:** AT e RA
OE 1: Cumprir com os normativos em vigor para a garantia da existência do Processo Único do Doente	

Ações	
A 1: Manter atualizado a lista de utentes inscritos na USIFaial	E
A2: Confirmação dos dados dos utentes no atendimento	E
A3: Proceder à gestão de consultas presenciais (Marcação, desmarcação e transferências)	E
A4: Agendamento de contatos indiretos (ex: solicitação de receituário, exames, atestados/CIT)	E
A5: Agendar rastreios PICCOA/ROCCA	E
A6: Contatar utentes que não responderam/faltaram ao ROCMA/ROCCRA	E
A7: Atender os utentes para consultas presenciais	E

A	**Indicador- Métrica ou evidencia de execução**	**Resultado esperado**	**Resultado 2025**
1 e 2	Permilagem de inscritos com idade >=1 ano com número de beneficiário comum.	< 4‰	0,22‰
3	Que a percentagem de desmarcações e consultas médicas por “erro de marcação” seja inferior a 5% do total das desmarcações.	<5%	15,17%
4	Número de agendamentos para contatos indiretos	> 10000	11848

5	Taxa de utentes convocados para o PICCOA e para o ROCCA Superior a 50%	PICCOA >80% ROCCA > 50%	85,60 61,80
6	Taxa de participação do ROCMA e do ROCCA	>55%	50,0 ROCCA 87,1 ROCMA Média=**68,50**
7	Ausência de marcações na agenda eletrónica de utentes com o Status "ainda não chegou" e em "atendimento" após encerramento da Unidade	100%	99,88%

Legendas:
E-Executa; PE-Parcialmente Executada; NE -Não Executada
AT- Assistente técnico; RA-Responsável de área; AO-Assistente Operacional

Organização dos Processos de Deslocação de Doentes

Objetivo Geral: Assegurar a continuidade assistencial garantindo a tramitação dos processos de deslocação de doentes	**Responsáveis pela execução:** AT e RA
OE 1: Garantir que a unidade de saúde assegura os procedimentos necessários para as deslocações dos utentes	
Ações	
Assegurar a gestão de todos os procedimentos inerentes à deslocação de utentes	E
Verificar toda a documentação entregue pelos utentes e proceder ao cálculo da respetiva comparticipação no âmbito do requerimento para a comparticipação do transporte de cadáveres de doentes falecidos no âmbito do processo de deslocação	E

Legendas:
E-Executada; PE-Parcialmente Executada; NE -Não Executada
AT- Assistente técnico; RA-Responsável de área; AO-Assistente Operacional

Ações	**Indicador- Métrica ou evidencia de execução**	**Resultado esperado**	**Resultados 2025**
1 e 2	Nº processos que deram entrada no SGDD	170	223
	Nº pedidos de consultas/exames	98/76	87/136
	N.º de processos concluídos	160	197
	N.º de processos subsequentes	326	126

d) Processos de Suporte

Os processos de suporte englobam as atividades desenvolvidas pelas áreas de:

- Aprovisionamento e Armazém;
- Património e Serviço e Instalações e Equipamentos;
- Gestão Financeira;
- Área de Pessoal, Expediente e Arquivo (e outras valências);

Relativamente aos processos de suporte não foi possível aferir o grau de realização das ações previstas no plano de atividades de 2025.

Aprovisionamento e Armazém

Atividade: Gestão de Stocks - Garantir que a USIFaial cumpra com os normativos em vigor, revistos, atualizados e aprovados, para documentar as entradas e saídas de materiais, produtos clínicos e administrativos, de forma a identificar com clareza o percurso desses produtos e prazos de validade, conforme boas práticas recomendadas.

Gestão e Aquisição de Bens e Serviços

Objetivo Geral: Executar operações de Aprovisionamento e armazém	**Responsáveis pela execução:** AO e RA
OE 1: Gerir o Armazém	
Ações	
Promover a gestão administrativa, procedimental e processual na aquisição de Bens e Serviços de âmbito regular ou de adequada solicitude direta dos serviços requisitantes, conforme regras estabelecidas pelo CCP ou RJCPRAA e demais legislação aplicável	
Promover toda a sustentabilidade da gestão de existência de Bens de utilidade regular prevenindo e repondo stocks; prever e controlar existências de stocks, antecipando-se constrangimentos de morosidade processual, transportes e outros.	
Manter e suster o controlo sobre Bens fornecidos e Serviços em conformidade com o fornecido, entregue e contratualizado (quantidade/validade/qualidade).	
Promover e suster atualização/registo de dados na gestão de stocks e serviços – entradas/saídas.	
Inventário anual de existência de Bens/stocks, verificar variáveis dos acertos, redigir relatório de resumo sucinto das ações/atitudes encontradas.	
Realizar ainda inventário intercalar direcionado a serviços ou bens de consumos, anotando-se eventuais inconformidades localizadas.	
OE 2: Gerir bens e stocks	
Ações	
Receção, controlo e arrumo de bens fornecidos em armazém	
Entrega e registos de consumos de bens requisitados pelos vários serviços – saídas de stocks	
Proceder ao preenchimento de mapas de controlo de registos de stocks, validades e outros.	
Elaborar alertas de contingência para reposições de stocks e prazos de validades.	

Património e Serviço e Instalações e Equipamentos

O Serviço de Instalações e Equipamentos (SIE) tem por objetivo garantir a manutenção preventiva e corretiva (se aplicável) dos equipamentos médicos, administrativos e das instalações da USIFaial (estrutura, manutenção, higienização, climatização, etc.).

Objetivo Geral: Assegurar as atividades de gestão das instalações e equipamentos	**Responsáveis pela execução:** AT e RA
OE 1: Promover, acompanhar e verificar as atividades de limpeza	
Ações	
Assegurar o controlo do serviço prestado pela empresa contratada para a higiene e limpeza	
Assegurar o controlo da reposição de material de desinfeção e limpeza	
OE 2: Promover, acompanhar e verificar as atividades de segurança	
Ações	
Monitorização diária da segurança das instalações e equipamentos(edifício) da USIFaial	
Participar e cumprir com as funções atribuídas em termos de Equipa da Comissão de Catástrofe e do Plano de Emergência Interno	
Assegurar o controlo do serviço prestado pela empresa contratada externamente para a segurança e vigilância	
OE 3: Promover, acompanhar e verificar as atividades de manutenção e reparação das instalações	
Ações	
Solicitação de orçamentos a fornecedores para reparações/manutenção, sempre que aplicável	
Atividades do Plano Controlo de Legionella – efetuar as purgas e manter registo atualizado das mesmas	
Pequenas manutenções em equipamentos médicos e instalações	
OE 4: Promover, acompanhar e verificar as atividades de manutenção e reparação dos equipamentos	
Ações	
Elaborar e manter atualizado o plano de gestão e de manutenção preventiva/corretiva dos equipamentos, registos e ações de reparação efetuar	
Registar todas as ações e intervenções dos equipamentos	
Solicitação de orçamentos a fornecedores para reparações/manutenção, sempre que aplicável	
Manter os registos das assistências técnicas e assegurar as datas de realização das mesmas assim como o arquivo dos registos associados	
Gestão da rede fria (frigoríficos) monitorizando diariamente as temperaturas (SmartVue)	
OE 5: Organizar e manter atualizado o cadastro dos bens	
Ações	
Gestão do inventário: a afixação em todos os gabinetes ou áreas de trabalho de lista atualizada dos equipamentos (sede e extensões)	
Património, controlo permanente do inventário “ERP-Primavera”	

Gestão Financeira

Controlo dos desvios orçamentais - A USIFaial dispõe de meios para controlar os desvios orçamentais detetados, a fim de os corrigir e, realiza o acompanhamento e controlo periódico do grau de cumprimento do orçamento aprovado para a atividade da Unidade, relativamente a despesas (reembolsos a utentes, transportes, serviços, etc.) e receitas que lhe são devidas (seguros, migrantes, etc.).

Objetivo Geral: Gerir área Financeira	**Responsáveis pela execução:** AT e RA
OE 1: Elaborar Proposta de Orçamento	
OE 2: Controlar o orçamento e propor alterações	
OE 3: Controlar contas correntes	
OE 4: Gerir receitas	
O E5: Processar despesas	
OE 6: Assegurar operações contabilísticas	
OE7: Pagar despesas de reembolsos	
OE 8: Assegurar um Sistema de Controlo Interno	
Ações	
Monitorização periódica do controlo orçamental	
Estabelecimento de medidas corretivas passíveis de verificação	
Monitorização, análise e revisão do fundo de maneio	
Controlo interno aos normativos da área da contabilidade com registos associados	

Área de Pessoal, Expediente e Arquivo (e outras valências)

Objetivo Geral 1: Gerir os Recursos Humanos	**Responsáveis pela execução:** AT e RA
OE 1: Executar as operações de recrutamento, gestão corrente e mobilidade	
OE2: Organizar e manter atualizado o cadastro e os processos individuais	
Objetivo Geral 2: Efetuar o controlo da assiduidade e pontualidade	**Responsáveis pela execução:** AT e RA
OE1: Monitorizar a assiduidade e a pontualidade dos trabalhadores e reportar desvios	
Objetivo Geral 3: Gerir a Correspondência e Documentação	**Responsáveis pela execução:** AT e RA
OE1: Assegurar a receção e expedição de correspondência	
OE2: Garantir a Gestão Documental da unidade	
Objetivo Geral 4: Efetuar o controlo da assiduidade e pontualidade	**Responsáveis pela execução:** AT e RA
OE 1: Garantir os normativos em vigor para a Gestão do Arquivo	
Objetivo Geral 5: Organizar o trabalho dos motoristas	**Responsáveis pela execução:** AT e RA
OE1: Garantir a atualização de registos, a manutenção e limpeza das viaturas	
Objetivo Geral 6: Organizar o trabalho dos motoristas	**Responsáveis pela execução:** AT e RA
OE1 : Orientar e monitorizar o trabalho dos assistentes operacionais	
Ações	

Garantir a monitorização e controlo do cumprimento dos normativos inerentes ao setor.
Elaboração/revisão dos documentos relativos às áreas da sua responsabilidade
Garantir a atualização de todos os horários praticados na USIFaial
Cumprir as tarefas que são destinadas à Coordenadora Técnica na Avaliação e Desempenho bem como ao Serviço de Pessoal
Reorganização e Avaliação da documentação no Arquivo Definitivo – Unidades de Instalação e Unidades de Arquivo
Monitorizar as condições de manutenção das viaturas.
Manter atualizada a base de dados dos registos de viaturas e livro de cadastro
Garantir a limpeza e higiene mensal das viaturas

Legenda:

AT- Assistente técnico; AO- Assistente Operacional; RA-Responsável de área

e) Gabinete do Utente

O Gabinete do Utente é um serviço de apoio à gestão, dependente do Conselho de Administração, integrado no Serviço Social. Tem como finalidade acolher sugestões, reclamações, agradecimentos ou elogios dos utentes da USI Faial, bem como prestar informações relativas aos seus direitos e deveres.

Constitui, simultaneamente, um instrumento essencial para a melhoria contínua da gestão dos serviços e um meio de salvaguarda dos direitos dos utentes. Tem como objetivo central a gestão da opinião dos utentes e a implementação de ações de melhoria, contribuindo para a promoção da qualidade e da humanização dos cuidados de saúde prestados.

Objetivo Geral 1: Garantir o funcionamento do serviço social e gabinete do utente	**Responsáveis pela execução:** TSSS e RA
Ações	
Identificar e analisar os problemas/necessidades dos utentes e efetuar o acompanhamento e apoio psicossocial dos utentes e das respetivas famílias	E
Colaborar na gestão da deslocação de doentes e prestar apoio psicossocial aos doentes e acompanhantes/familiares	E
Participar em equipas externas e internas no âmbito do serviço social	E
Informar e orientar os utentes, no âmbito do GU, segundo os normativos em vigor	E
Gestão dos processos de exposição/participação dos utentes conforme o normativo associado	E
Implementar o Inquérito de Satisfação dos Utentes das Unidades de Saúde de Ilha da RAA e elaborar o respetivo relatório	E
Identificar e analisar os problemas/necessidades dos utentes e efetuar o acompanhamento e apoio psicossocial dos utentes e das respetivas famílias	E
Colaborar na gestão da deslocação de doentes e prestar apoio psicossocial aos doentes e acompanhantes/familiares	E

A	Indicador - Métrica ou evidencia de execução	Resultado esperado	Resultado 2025
1	Número de contatos diretos, indiretos e visitas domiciliárias realizados pelo serviço social em 2025	CD – 667 CI – 1221 VD – 95	CD - 676 CI – 1197 VD – 103

		Total - 1983	Total -1986
2	Número de contatos diretos e indiretos no âmbito da deslocação de doentes realizados pelo serviço social em 2024	CD – 359 CI – 415 Total - 774	CD – 268 CI – 682 Total -950
3	Participação ativa sempre que atribuída essa função/ responsabilidade: n.º reuniões/sessões trabalho participadas n.º de contatos diretos e indiretos	Reuniões – 106 CD;CI e VD Total - 956	Reuniões – 162 CD – 416 CI- 494 VD – 56 Total - 970
4	Número de contatos diretos, indiretos no âmbito do GU realizados em 2024	60	CD – 31 CI – 56 Total - 87
5	Nº de processos recebidos e registados no SUGERE	17	19
	Nº de processos identificados com resposta aos utentes	14	14
	Nº de processos com cumprimento dos tempos de resposta	4	4
	Nº ações executadas /Nº ações planeadas	90%	66%
6	Relatório da satisfação dos utentes e medidas de melhoria	100%	Existência de Relatório de Inquérito Satisfação dos Utentes 2024

f) Risco e Segurança

Equipa do Risco e da Segurança

O objetivo da Equipa do Risco e Segurança (ERS) é o de desenvolver a Cultura da Segurança do Doente na USIFaial, tendo como objetivos específicos de relevo para 2025, os seguintes:

Objetivo Geral 1: Cumprir normativos nacionais atribuídos à equipa do risco e segurança	**Responsáveis pela execução:** ERS
Ações	
Garantir as ações de rotina nas diversas áreas de intervenção da ERS (sessões de integração da área de intervenção; elaboração/revisão de documentos; reuniões e atas; planos e relatórios, etc.)	E
Concluir a avaliação do cumprimento das ações de melhoria e rever o mapa/matriz de risco clínico e plano de prevenção de 2023/2024, elaborar o mapa e matriz 2024/2025 com base na avaliação anterior e com novos riscos identificados	E
Incentivar a notificação de risco clínico (Sistema interno, Notific@ e Portal RAM) e elaborar planos de ação de melhoria para as notificações do sistema interno e Notific@	E
Apoiar as atividades/ações que contribuam para o cumprimento do PNSD 2021-2026	E
Manter a articulação e apoio às equipas/serviços cujo trabalho contribua para a Segurança do Doentes	E

A	Indicador- Métrica ou evidencia de execução	Resultado esperado	Resultado 2025
	Total de sessões de integração previstas e realizadas;	100%	100%
1	Total de documentos revistos do total de previstos	100%	100%
2	Cumprimento das ações de melhoria propostas nas avaliações de risco clínico	75%	63,14%
3	Aumento do número total de notificações de 2024	5%	3 -21,43%
4	Uma atividade/ação por cada pilar	100%	100%
5	Existência de Colaboração com EQ, UL-PPCIRA, entre outras	100%	100%

Legenda: E-Executada;
ERS-Equipa do Risco e da Segurança

Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (UL-PPCIRA)

O Plano Nacional para a Segurança do Doente 2021-2026, no seu Pilar 5, tem um objetivo estratégico dedicado ao PPCIRA, onde traça metas para as áreas de maior impacto nomeadamente:

- Higiene das mãos como o 1º momento de controlo de infeção e,
- Redução da resistência aos antimicrobianos por diminuição do consumo de antibióticos.

O objetivo geral da UL-PPCIRA é o de contribuir para a segurança do doente através de boas práticas na diminuição de infeções e resistências a antimicrobianos, tendo como objetivo 2025:

Objetivo Geral: Cumprir com as responsabilidades atribuídas da equipa	**Responsáveis pela execução:** UL-PPCIRA
Ações	
Garantir as ações de rotina nas diversas áreas de intervenção da UL-PPCIRA (sessões de integração da área de intervenção; Elaboração/revisão de documentos; reuniões e respetivas atas, relatórios).	E
Assegurar as reuniões e comunicação de dados entre a UL-PPCIRA da USIFaial e UR-PPCIRA com a UL-PPCIRA do HH relativamente à vigilância epidemiológica das infeções associadas aos cuidados de saúde.	E
Realizar formação no âmbito das PBCI, contribuindo para a melhoria das boas práticas na HM e UL; deposição e recolha de RH; uso de EPI; etiqueta respiratória; injetáveis seguros; manuseamento seguro de roupa; uso seguro dos dipositivos médicos; controlo ambiental; exposição a agentes microbianos;	E
Auditorias à HM, UL, e PBCI de acordo com o preconizado pela DGS no programa prioritário PPCIRA	E
Desenvolver ações que conduzam à diminuição da prescrição de antibióticos na USIFaial comparativamente a 2023 (PNSD)	E

A	Indicador - Métrica ou evidencia de execução	Resultado esperado	Resultado 2025
	Total de sessões de integração previstas e realizadas;	100%	100%
1	total de documentos revistos do total de previstos	100%	100%

2	Taxas de incidência e prevalência do PrevenITU e da ILC semelhantes ou inferiores a 2024	100%	ILC 1 notificação no ano em análise PrevenITU Incidência - 8,75‰ Incidência sexo feminino 8,02‰ Incidência sexo masculino 9,32‰ Prevalência 0,23%
3	Manter ou aumentar os índices de qualidade nas avaliações realizadas com as auditorias	5%	IQ Estrutura 80% (-4%) IQ Processo 89% (+1%) IQ Uso de luvas 92% (+0,3%) Higiene das mãos 1º Momento 83% (+15%) Higiene das mãos
4	Manter ou aumentar em 1% o cumprimento dos índices de qualidade	100%	100%
5	Redução em 5% da prescrição global de antibióticos	100%	100%

Legendas:
E-Executada; PE-Parcialmente Executada; NE -Não Executada
EPTT-PFT = Equipa de Prevenção e Tratamento da Tuberculose – Pontos Focais para a Tuberculose.

g) Resultados Finais

Tendo em conta os contributos e resultados obtidos e de acordo com a estrutura do relatório de atividades 2025, é possível apresentar um quadro geral do grau de cumprimento:

	Grau de cumprimento
Processos assistenciais	**68,42%**
QUAR	**78,11%**
Contratualização Interna	**65,21%**
Contratualização externa	**32%**
Execução do Plano de atividades 2025	**85%**
Cumprimento Global	**65,66 %**

Relativamente aos processos assistenciais auditados até 31 de outubro de 2025, importa referir que os resultados alcançados poderiam eventualmente ser mais favoráveis caso a avaliação tivesse abrangido a totalidade do ano de 2025.

Não obstante, dos 57 indicadores associados aos processos assistenciais da USI Faial que foram avaliados, verificou-se o cumprimento de 39 indicadores, correspondendo a 68,42%, os quais atingiram ou superaram a meta estabelecida e/ou apresentaram melhoria face aos resultados da última auditoria.

A auditoria realizada permitiu, ainda, identificar áreas de melhoria, evidenciando a necessidade de elaboração e implementação de planos de ação corretivos, nomeadamente nos seguintes processos e respetivos indicadores:

PA	Indicador
RCVA	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 14 anos com registo de hábitos tabágicos nos últimos 3 anos
	Percentagem de utentes com PA medida e PA ótima/normal.
	Proporção de utentes com hábitos tabágicos, a quem foi realizada consulta relacionada com tabagismo, no último ano.
DM	Percentagem de Diabéticos vigiados com PA > 130 e/ou > 80
	% Diabéticos fumadores
	Percentagem de Diabéticos vigiados com IMC >=30
	Proporção de diabéticos com consulta de enfermagem de vigilância em diabetes no ano em análise.
	Proporção de diabéticos com pelo menos um formulário do pé diabético registado no último ano
ACA	Percentagem de pessoas fumadoras com asma em consulta antitabágica
	Percentagem de pessoas fumadoras (P17) com asma
	Percentagem de pessoas com asma com pelo menos duas consultas por ano (R96 no soap do M1)
Pré-Obesidade	Percentagem de execução das ações de melhoria de auditoria anterior
	Proporção de utentes entre os 18 e os 65 anos e IMC abaixo de 25
	Percentagem de inscritos pré-obesos vigiados (duas consultas médicas anuais)
SSR	Percentagem de execução das ações de melhoria de auditoria anterior
	% utentes que tiveram pelo menos uma consulta medica entre a data de fim da gravidez e o 42º dia de puerpério
	Proporção de grávidas com 1ª consulta médica de vigilância da gravidez, realizada no 1º trimestre

No que se refere ao Quadro de Avaliação e Responsabilização (QUAR), a análise efetuada a 31 de dezembro de 2025 aos 18 indicadores dos Objetivos Operacionais do QUAR 2024 revelou que 15 indicadores atingiram ou superaram a meta, correspondendo a cerca de 83% de cumprimento. A taxa global ponderada obtida foi de 78,11%.

O parâmetro eficiência apresentou a menor taxa de cumprimento (67,67%), resultante essencialmente do desempenho nos indicadores contratualizados externamente.

Relativamente aos indicadores contratualizados com a USI Faial (26), um não foi aplicável, uma vez que o ROCCRA não decorreu no período em análise. Dos restantes, 8 indicadores (32%) atingiram ou superaram a meta.

Dos 24 indicadores contratualizados internamente, foi possível monitorizar 23, dos quais 9 (39,13%) atingiram ou superaram a meta. Importa salientar que, dos 14 indicadores que não atingiram a meta, 6 apresentaram melhoria face a 2024, verificando-se, assim, que em 15 indicadores (65,21%) registou cumprimento da meta ou evolução positiva dos resultados.

Relativamente à taxa de execução do Plano de Atividades, não foi possível avaliar a execução de algumas ações, particularmente no âmbito das atividades de suporte. Este constrangimento será alvo de melhoria futura, através do reforço do envolvimento e do apelo à participação dos responsáveis das respetivas áreas no processo de avaliação.

9 - RECURSOS HUMANOS

a) Situação Atual

A sua atuação abrange o ambiente interno da organização, sendo aplicada diretamente sobre as pessoas através dos cargos ocupados e/ou das responsabilidades atribuídas de acordo com as carreiras profissionais e competências, afetando assim as pessoas aos diferentes postos de trabalho e equipas existentes na USIFaial.

A orgânica da USIFaial prevê a existência de 3 dirigentes intermédios: enfermeira chefe (1) e coordenadores técnicos (2). Nesta data estão ocupados 2 cargos de chefia, a saber: pela enfermeira gestora e pela coordenadora técnica (área de pessoal, expediente e arquivo), sendo que existe 1 lugar vago de coordenador técnico.

Apesar dos esforços, persiste a escassez de médicos especialista em Medicina Geral e Familiar, de Técnicos Superiores para as áreas de suporte, em particular nas áreas de Direito, Gestão e Recursos Humanos, assim como pessoal com formação específica para as áreas de instalações e equipamentos.

Para garantir o seu funcionamento, e face à complexidade e exigências atuais em termos legais, mantem-se a dinâmica interna de designar responsáveis de área/setores de atividade, de entre os seus trabalhadores, sem que estas nomeações impliquem custos ou acréscimos salariais, ou seja, sem repercussões remuneratórias.

Quadro – Pessoal Dirigente

	Tipo de Vínculo	Cargo/Carreira	N.º
Pessoal Dirigente	**Regime de Comissão de Serviço**	Presidente do Conselho de Administração (Técnico Superior de Regime Geral)	1
		Vogal Executivo, Diretora Clínica (Médica)	1
		Vogal Executivo e Diretora de Enfermagem (Enfermeira)	1
	Total		**3**

Fonte: Serviço de Pessoal / situação a 31 de dezembro 2025

A USIFaial tem o total de 98 trabalhadores que incluem duas (2) chefias intermédias, uma coordenadora técnica e a enfermeira chefe designada atualmente por enfermeira gestora. O quadro de pessoal prevê a existência de outra coordenadora técnica.

Quadro – Número de trabalhadores por grupo profissional

Grupo Profissional	N.º
Assistentes Operacionais	**9**
Assistentes Técnicos	**27**
Enfermeiros	**28**
Médicos	**13**
MGF	7
Internos	3
Prestação de Serviços	3
Técnicos Auxiliares de Saúde	**3**
Técnicos Superiores	**12**
Assistentes Sociais	3
Medicina dentária	2
Nutricionistas	2
Psicólogos	3
Outras áreas	2
Técnicos de Informática	**3**
Técnicos Diagnóstico e Terapêutica	**3**
Total	**98**

Fonte: Serviço de Pessoal / situação a 31 de dezembro 2025

Considerando que o absentismo influencia o desempenho da unidade, nomeadamente a prestação de cuidados, importa reportar este aspeto da gestão dos recursos humanos.

O absentismo total médio em 2024, foi de 43 dias, ou seja, menos 25 dias que em 2023, o que corresponde a uma variação de 2411 dias de trabalho.

Relativamente a 2025, só foi disponibilizado a informação relativa aos 3 primeiros trimestres, em que foram contabilizados 3976 dias, sendo que a média é de 41,37 dias sendo mais alto nos trabalhadores do regime geral, ou seja 53,40 dias, enquanto no grupo de médicos, enfermeiros e TSDT é de 25,78 dias.

ANO	Dirigente (CA)	Médico	Enfermeiro	TS DT	TS	AT	AO	TI	Total Faltas	Absentismo médio
2024	40,5	388	1176	236,5	156	1129	1048,5	53	4227,5	43,13
	3	8	27	3	12	27	15	3	98	
2023	149	282	2257	226	709	1665	1203	147	6638	67,73
	3	9	27	3	11	27	15	3	98	

b) Avaliação de Desempenho

Garantir o cumprimento do Sistema de Avaliação de desempenho
Avaliação de Resultados
Fim do ciclo avaliativo – Ano 2025
Decorre reuniões de Avaliação 2025, entre avaliados e avaliador, pelo que as avaliações ainda não foram validadas pelo Conselho Coordenador de Avaliação nem homologada pelo Presidente do Conselho de Administração.
Novo ciclo avaliativo – Ano 2026
O início do novo ciclo avaliativo materializa-se na reunião de avaliação para a definição de objetivos, reuniões que estão ainda a decorrer. CARREIRAS ESPECIAIS Carreira de enfermagem – De acordo com o Decreto Legislativo Regional n.º 22/2023/A, de 15 de junho, no seu preambulo menciona que não se aplica o Sistema de Avaliação (SIADAPRA) até à sua plena implementação na carreira. Medicina geral e Familiar – Até a plena adaptação so SIADAPRA às especificidades da carreira é atribuído 1,5 pontos por ano – Artigo 3º do Decreto Legislativo Regional n.º 8/2024/A. Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica – De acordo com o Decreto Legislativo Regional n.º 21/2022/A, de 26 de agosto, no seu preambulo menciona que não foi criado o Subsistema de avaliação de desempenho dos trabalhadores da Administração Pública, adaptado à referida carreira. OBJETIVOS INDIVIDUAIS: Decorre reuniões de avaliação dos objetivos individuais contratualizados para 2025 e a definição de objetivos para 2026. de todos os profissionais de acordo com o Manual de referência do Processo de Acreditação.

c) Formação

À atividade inerente à equipa do Núcleo de formação (NF)estão associados os seguintes objetivos:

- Desenvolver ações inerentes ao cumprimento do Plano de Formação Interno;
- Gestão e Divulgação dos Pedidos de Formação Externa;
- Gestão e organização das tarefas da equipa NF;
- Planificar as necessidades de formação dos colaboradores.

Desenvolver ações inerentes ao cumprimento do Plano de Formação Interno			
Avaliação de Resultados – Avaliação qualitativa			
Áreas de atuação	**Responsável**	**Resultado esperado**	**Resultado Atingido**
Existência de Plano de Formação Interno	NF	Plano de Formação 2026	E
Execução do Plano de Formação Interno	NF	Taxa de execução do Plano de Formação 2025	E
Avaliação de Resultados – Avaliação quantitativa			
Existência de plano de formação interno			

O Plano de Formação para o ano de 2025 foi elaborado com base na identificação das necessidades formativas existentes na instituição, em áreas consideradas prioritárias. Ao longo do ano surgiram novas necessidades formativas, tendo o plano sofrido alteração com a introdução de 9 formações extraplano, finalizando na versão 3.
Execução do Plano de Formação Interno
Formação proposta e realizada no ano 2025: • Sistema de Gestão de Correspondência E-Doclink • Sistema de Informação: SGC/E-Doclink (nível básico) • Medicina de Catástrofe: - Treino em Situação Multivítimas - Pontos de Coordenação - Tratamentos na Triagem Secundária (teórico-prático) • Ética e Deontologia Profissional • Burnout e Motivação Profissional • Vigilância Epidemiológica em CSP - PrevenITU e ILC • Resultados / Indicadores • Prevenção e Tratamento de Feridas: - Apresentação do Manual “Gestão e Tratamento de Feridas” - Feridas Traumáticas e Úlceras por Pressão - Úlcera de Perna e de Pé Diabético • Aconselhamento em Aleitamento Materno (no âmbito do projeto interno “Unidade de Saúde Amiga dos Bebés” https://uac.pt/lfa) • Atuação em Choque Anafilático • Integração à organização e ao posto de trabalho Foram implementadas formações “Extra Plano” por necessidade dos formandos e planos de melhoria: • Sistema de Gestão de Correspondência (SGC) • Certificação em foco: combater pontos fracos, consolidar dos pontos fortes • Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais • Menopausa A taxa de execução do Plano de Formação de 2025 foi de 100%

Legendas:
E-Executada; PE-Parcialmente Executada; NE - Não Executada
NF= Núcleo de Formação

Gestão e Divulgação dos Pedidos de Formação Externa			
Avaliação de Resultados – Avaliação qualitativa			
Áreas de atuação	**Responsável**	**Resultado esperado**	**Resultado Atingido**
Gestão dos Pedidos de Formação Externa	NF	Processos finalizados	E
Aumentar as competências para colaboradores /dirigentes nas áreas relacionadas com a gestão, administração/qualidade	NF; CA	Participação em formação de temas afins	E
Avaliação de Resultados – Avaliação quantitativa			
Gestão dos Pedidos de Formação Externa			

O NF deu seguimento em tempo útil à emissão de pareceres, no âmbito da sua responsabilidade a pedidos de formação externa. Divulgou toda a formação externa que deu entrada na USIFaial, remetida através do grupo do SGC-"Núcleo de Formação".
Aumentar as competências para colaboradores /dirigentes nas áreas relacionadas com a gestão, administração/qualidade
Aumentar as competências para colaboradores /dirigentes nas áreas relacionadas com a gestão, administração/qualidade através da frequência dos colaboradores a 74 formações.

Gestão e organização das tarefas da equipa NF			
Áreas de atuação	**Responsável**	**Resultado esperado**	**Resultado Atingido**
Realização de reuniões e sessões de trabalho da equipa NF	NF	Reuniões realizadas e atas elaboradas	E
Registos de Formação	NF	A 31 de dezembro registos de toda a formação 2025	E
Avaliação de Resultados – Avaliação quantitativa			
Realização de reuniões e sessões de trabalho da equipa NF			
Realização de reuniões e sessões de trabalho da equipa NF: No ano de 2024 o NF conseguiu desenvolver todo o trabalho proposto, sendo algumas das tarefas as seguintes: • Reuniões mensais (11 reuniões) com as respetivas atas; • Sessões de trabalho semanais (45 sessões).			
Registos de Formação			
Os registos de formação interna e externa foram integralmente efetuados e encontram-se disponíveis na base de dados da Gestão da Formação 2025, bem como no arquivo eletrónico e nas respetivas pastas de cada processo formativo.			

Planificar as necessidades de formação dos colaboradores			
Áreas de atuação	**Responsável**	**Resultado esperado**	**Resultado Atingido**
Levantamento das necessidades formativas para 2026	NF	Questionário para o *Levantamento de Necessidades Formativas 2026*	E
Plano interno de Formação 2026	NF	Plano Interno de Formação 2026	E
Avaliação de Resultados – Avaliação quantitativa			
Levantamento das necessidades formativas para 2026			
O NF aplicou um questionário para o *Levantamento de Necessidades Formativas 2025* a todos os colaboradores da USIFaial. O contributo obtido permitiu a elaboração do PF para o ano 2025.			
Plano de Formação Interno 2024			
Foi elaborado com base na informação obtida no questionário *Levantamento de Necessidades Formativas 2025* e outra considerada prioritária e imprescindível pelo NF.			

Legendas:
E-Executada; PE-Parcialmente Executada; NE - Não Executada
NF= Núcleo de Formação

10 - EQUIPAMENTOS DISPONÍVEIS

Desde maio de 2023 que a Unidade de Saúde da Ilha do Faial /Centro de Saúde da Horta funciona nas novas instalações, sito à Estrada Príncipe Alberto do Mónaco;

Por causas externas à Unidade e apesar de estar prevista não foi possível a adjudicação da obra para espaço destinado ao armazém, arquivos (geral, clínico, reembolsos), armazenamento de mobiliário e de equipamentos, pelo que estas áreas estão no edifício da Vista Alegre.

A USIFaial encontra-se equipada para a realização de atividades assistenciais e de suporte. Anualmente, é assegurada a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos por entidades externas certificadas para o efeito. Estes trabalhos são efetuados através de contratação de serviços.
Quanto a comunicações, a USIFaial dispõe, em todos os seus serviços, de telefones digitais VOIP.

Os administrativos dos Núcleos de Saúde Familiares possuem linhas telefónicas diretas e endereços de e-mail personalizados, ferramentas essenciais para melhorar a comunicação entre os profissionais do núcleo de saúde familiar e os seus utentes.

Os serviços externos de enfermagem também estão equipados com telemóveis, um por serviço.

Os meios de transportes são recursos fundamentais para a prestação de cuidados junto da população. Neste sentido, a USIFaial tem 6 viaturas com múltiplas reparações a assegurar todo o serviço de transporte necessário.

As viaturas foram adquiridas entre os anos 2000 e as mais recentes 2008. Continua a ser urgente a substituição das mesmas pois o custo de reparação/manutenção destas é superior ao seu valor de mercado e, sem viaturas, não é possível assegurar os serviços externos, como sejam os cuidados de enfermagem e médicos nos domicílios e nas extensões, atividades desenvolvidas de segunda a sábado.

Destaque para o facto da urgência na sua substituição não estar relacionada apenas com os custos de reparação/manutenção mas também, com os riscos de utilização e segurança dos trabalhadores.

Quadro – Viaturas da USIFaial

N.º de viaturas	Marca - Modelo	Ano	Idade	Estado	Observações
2	Renault - Kangoo 2 VP	2008	15	Operacional	Mau estado Chapa/Pintura
3	Renault - Kangoo V.P. Pack 1.5	2006	17	Operacional	Mau estado Chapa/Pintura
1	Toyota - Corolla	2000	23	Operacional	Avarias frequentes

11 - INSTRUMENTOS PARA GERIR E PROMOVER A QUALIDADE

a) Gabinete da Gestão da Qualidade

O Gabinete de Gestão da Qualidade (GGQ) desempenha um papel estrutural na governação clínica e organizacional da USIFaial, assegurando o desenvolvimento, consolidação e monitorização do Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ). A sua intervenção contribui de forma direta para a promoção de uma cultura organizacional orientada para a qualidade, segurança do doente, transparência e melhoria contínua, em alinhamento com os referenciais normativos aplicáveis e com as orientações regionais e nacionais.

Ao longo de 2025, o GGQ manteve uma atuação transversal, articulando-se com os diversos serviços e equipas, apoiando o órgão de gestão e reforçando a credibilidade institucional da Unidade perante entidades externas avaliadoras e de controlo.

Objetivo Geral: Apoiar o órgão de gestão na gestão do processo de acreditação e da melhoria contínua

Objetivo Específico	Ações	Resultado esperado	Resultado Obtido
OE1. Garantir as operações relacionadas com a Certificação	A1. O CA na formalização da candidatura para a renovação da certificação	100%	100%
	A2. Manter a comunicação com o Gestor do Projeto	100%	100%
	A3. Coordenação do trabalho inerente à fase de autoavaliação e melhoria das atividades e processos da Certificação	100%	75%

Durante 2025, o GGQ assegurou o apoio técnico e operacional ao Conselho de Administração na formalização da candidatura para a renovação da certificação, bem como a articulação permanente com o Gestor do Projeto. Foi igualmente coordenado o trabalho associado à fase de autoavaliação, revisão de práticas e identificação de oportunidades de melhoria, tendo esta ação registado uma taxa de execução de 75%, refletindo a complexidade e transversalidade dos processos envolvidos.

Objetivo Específico	Ações	Resultado esperado	Resultado Obtido
OE2. Coordenar e orientar o processo de melhoria contínua	A1. Apoio aos autoavaliadores e/ou aos responsáveis de áreas e equipas transversais no desenvolvimento dos trabalhos inerentes ao processo de melhoria contínua	100%	100%
	A2. Monitorização da implementação das ações de melhoria	100%	100%

O GGQ prestou apoio sistemático aos responsáveis de área, equipas transversais e autoavaliadores, garantindo orientação metodológica e acompanhamento técnico no desenvolvimento das ações de

melhoria. Ao longo do ano procedeu-se ainda à monitorização da implementação das medidas definidas, assegurando o cumprimento dos objetivos estabelecidos.

Objetivo Específico	Ações	Resultado esperado	Resultado Obtido
OE3. Apoiar e orientar as avaliações sistemáticas	A1. Avaliações Sistemáticas internas (autoauditorias)	100%	100%
	A2. Apoio nas avaliações de entidades externas (sempre que solicitado)	NA	NA

Foram realizadas avaliações sistemáticas internas (autoauditorias), com uma taxa de execução de 100%, reforçando a monitorização do cumprimento dos referenciais do SGQ e a identificação atempada de desvios e oportunidades de melhoria. O apoio a avaliações externas será assegurado sempre que solicitado, não se tendo registado solicitações no decurso de 2025.

Objetivo Específico	Ações	Resultado esperado	Resultado Obtido
OE4. Sensibilizar para a Cultura da Qualidade	A1. Sessões de formação, integração e/ou informativas atribuídas ao GAQ	100%	100%
	A2. Sensibilizar para a frequência de formação externa dos elementos do GAQ (incluindo os elementos da equipa da Qualidade), em particular formação externa	100%	100%

O GGQ promoveu e participou em sessões de formação, integração e ações informativas, contribuindo para o reforço da cultura da qualidade junto dos profissionais. Paralelamente, incentivou-se a frequência de formação externa especializada, potenciando o desenvolvimento de competências da equipa da qualidade e a atualização técnica contínua. Em outubro de 2025 foi ainda proporcionada sessões para todos os trabalhadores sobre o Processo de Certificação, contando com a monitoria do Gestor do Projeto (DGS\DQS).

Objetivo Específico	Ações	Resultado esperado	Resultado Obtido
OE5. Gestão Documental do Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ)	A1. Gerir e controlar a manutenção do sistema gestão documental do SGQ	100%	100%
	A2. Manter atualizada a indexação e registo dos documentos do SGQ e regras em vigor	100%	100%
	A3. Monitorizar os despachos dos documentos em circuito, alertar para o seguimento das revisões em tempo útil	100%	100%
	A4. Monitorizar de modo a garantir que os documentos disponibilizados para consulta (intranet) são versões revistas e atualizadas	100%	100%
	A5. Avaliações ao Sistema Documental do SGQ (semestral e anual)	100%	100%

A gestão documental do SGQ constituiu uma das áreas de maior volume e impacto da atividade do GGQ. Em 2025, foram asseguradas todas as ações de controlo, atualização, indexação, monitorização de circuitos de aprovação e avaliação do sistema documental, garantindo que os documentos disponibilizados em intranet correspondiam às versões em vigor.

No final do ano encontravam-se em circuito de aprovação diversos documentos estruturantes, incluindo manuais, regulamentos, planos, procedimentos e instrumentos estratégicos (ex.: Manual da Qualidade, Manual de Governação Clínica, Estratégia da Qualidade, Carta da Qualidade, Plano de Prevenção do Risco Clínico e Não Clínico, entre outros). Este volume reflete a dinâmica de revisão e atualização contínua do SGQ, bem como a articulação com os diferentes responsáveis funcionais.

Foi ainda monitorizado um desvio registado no circuito de aprovação documental, referente à colocação e remoção de sonda nasogástrica, o qual foi devidamente identificado, registado e acompanhado no âmbito do controlo de desvios do SGQ, evidenciando a robustez dos mecanismos de supervisão implementados.

b) Ferramentas de Conduta e de Prevenção da Corrupção e Fraude

Em cumprimento das obrigações legais e das orientações das entidades externas competentes, a USIFaial manteve em funcionamento os instrumentos associados à ética, conduta e prevenção da corrupção e fraude, incluindo o Canal de Denúncias.

Durante 2025, encontrava-se em curso o processo de revisão do Plano de Gestão e Prevenção do Risco e Infrações Conexas (PGPRIC), o qual se manteve em circuito de aprovação, prevendo-se a sua conclusão no decurso de 2026. Paralelamente, aguardava-se despacho para a constituição e nomeação do novo grupo de trabalho responsável pela gestão, implementação e monitorização destes instrumentos.

Objetivo Geral: Assegurar a existência de ferramentas de prevenção à corrupção

Objetivo Específico	Ações	Resultado esperado	Resultado Obtido
OE1. Implementar ações para garantir o cumprimento dos requisitos legais em	A1. Relatórios de acompanhamento e de execução do PPGRCIC	100%	100%
	A2. Manter os normativos revistos e atualizados (se aplicável)	100%	100%
	A3. Autoavaliação Anual do Conflito de Interesses	100%	100%
	A4. Apoio a avaliações de entidades externas (se aplicável)	100%	NA
	A5. Cumprimento das recomendações do MENAC e das entidades de controlo regionais e da tutela	100%	100%

matéria de prevenção da corrupção e Fraude	A6. Implementar na unidade as ferramentas/instrumentos segundo as recomendações das entidades de controlo e da tutela	100%	100%
	A7. Cumprir com os normativos de impedimentos/acumulação de funções	100%	100%
	A8. Sessões d integração, se identificadas necessidades formativas ao longo de 2025	100%	100%
	A9. Sessões de trabalho e/ou esclarecimentos dos documentos normativos de conduta e anticorrupção	100%	100%

Ao longo de 2025, foram cumpridas as ações previstas no plano de atividades desta área, designadamente:

- Elaboração de relatórios de acompanhamento e execução do PGPRIC;
- Atualização de normativos aplicáveis;
- Realização da autoavaliação anual de conflitos de interesses;
- Cumprimento das recomendações do MENAC, entidades de controlo regionais e tutela;
- Implementação e divulgação dos instrumentos de conduta e prevenção;
- Promoção de ações de sensibilização, integração e esclarecimento dirigidas aos profissionais.

c) Sistema de Controlo Interno

A 31 de janeiro de 2025 concluiu-se a elaboração e aprovação da Norma de Controlo Interno da USIFaial pelo Órgão de Gestão, a qual foi posteriormente remetida à tutela e às entidades de controlo.

Embora não tenham sido realizadas avaliações formais específicas do Sistema de Controlo Interno ao longo de 2025, o controlo orçamental, as avaliações efetuadas no âmbito do PPGRCIC e a monitorização semestral do Plano de Atividades evidenciam a existência de práticas de controlo interno em funcionamento, ainda que subsista margem para o seu reforço e maior sistematização.

12- CONCLUSÃO

A avaliação global do período em análise permite concluir que a USIF manteve uma atuação consistente e orientada para o cumprimento da sua missão, assegurando a prestação de cuidados de saúde com qualidade, segurança e eficiência, num contexto marcado por exigências crescentes e constrangimentos ao nível dos recursos disponíveis.

Os resultados alcançados refletem uma gestão responsável e criteriosa dos recursos humanos, materiais e financeiros, bem como o empenho e profissionalismo de todos os colaboradores, cujo contributo foi determinante para a concretização dos objetivos estratégicos e operacionais definidos. Destacam-se os esforços desenvolvidos para a melhoria contínua dos processos internos, o reforço da qualidade dos cuidados prestados e a promoção da acessibilidade e da satisfação dos utentes.

Apesar dos progressos verificados, persistem desafios estruturais que exigem uma abordagem estratégica sustentada, nomeadamente no que respeita à otimização dos recursos e com o objetivo pretendido de ter todos os utentes inscritos na instituição cobertos com Médico de Família. A identificação destes desafios constitui uma oportunidade para a implementação de medidas de melhoria e inovação organizacional.

Para o próximo período, a Unidade de Saúde reafirma o seu compromisso com uma gestão eficiente, transparente e orientada para resultados, centrada nas necessidades dos utentes e no desenvolvimento contínuo dos profissionais, contribuindo de forma ativa para a sustentabilidade do sistema de saúde e para a melhoria do estado de saúde da população servida.

O Conselho de Administração

Assinado por: **Maria José Santos Alves Rodrigues**
Num. de Identificação: 09794879
Data: 2026.04.28 15:48:36+00'00'
Certificado por: **Governo Regional dos Açores**
Atributos certificados: **Presidente do Conselho de Administração da Unidade de Saúde de Ilha do Faial**

CHAVE MÓVEL

Assinado por: **Maria Manuela Ferreira de Oliveira**
Num. de Identificação: 09895858
Certificado por: **Governo Regional dos Açores**
Atributos certificados: **Vogal Executiva do Conselho de Administração da Unidade de Saúde de Ilha do Faial**

CHAVE MÓVEL

Assinado por: **NÍDIA DE FÁTIMA NEVES FARIA**
Num. de Identificação: 11650015
Certificado por: **Governo Regional dos Açores**
Atributos certificados: **Vogal Executiva do Conselho de Administração da Unidade de Saúde de Ilha do Faial**

CARTÃO DE CIDADÃO

13 - SIGLAS

APRO - Aprovisionamento

CA – Conselho De Administração

CC – Conselho Consultivo

DRS – Direção Regional da Saúde

EGOAC – Equipa Gestora dos Objetivos e Acordos Contratualizados

EGS – Exames Globais de Saúde

ERS - Equipa do Risco e da Segurança

GAQ -Gabinete da Gestão da Qualidade

INE – Instituto Nacional de Estatística

M1 – MedicineOne (Programa Informático De Registo Clínico)

MCDT's – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

MF – Médico de Família

MGF – Medicina Geral e Familiar

NF – Núcleo de Formação

NSF – Núcleo de Saúde Familiar

OE – Objetivo Estratégico

OO – Objetivo Operacional

OPDD – Organização de Processos de Deslocação de Doentes

PAI ACA - Processo Assistencial Integrado da Asma da Criança e no Adulto

PAI DM - Processo Assistencial Integrado da Diabetes Mellitus – tipo 2

PAI POA - Processo Assistencial Integrado da Pré Obesidade do Adulto

PAI RCV -Processo Assistencial Integrado do Risco Cardiovascular do Adulto

PAPA - Programa de Apoio à Prescrição de Antibióticos

PICCOA - Programa de Intervenção no Cancro na Cavidade Oral nos Açores

PNSD - Plano Nacional para a Segurança do Doente

PPGRIC - Plano de Prevenção de Gestão de Riscos e Infrações Conexas

PRV – Plano Regional de Vacinação

PSE PF - Plano de Saúde Específico de Planeamento Familiar

PSE SIJ e PAI FCIP - Plano de Saúde Específico de Saúde Infanto-Juvenil e Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica

PSE SM -Plano de Saúde Específico de Saúde Materna

QUAR - Quadro de Avaliação e Responsabilização

ROCCA - Rastreio Organizado do Cancro do Colo do Útero Açores

ROCCRA - Rastreio Organizado de Cancro do Cólon e Reto nos Açores

ROCMA - Rastreio Organizado do Cancro da Mama nos Açores

SAPA - Sistema de atribuição de produtos de apoio

SE – Saúde Escolar

SIE – Serviço de Instalações e Equipamentos

SIGRHARA – Sistema de Gestão de Recursos Humanos da Região Açores

Tb - Prevenção e Tratamento da Tuberculose

TDT – Técnico de Diagnóstico e Terapêutica

TS – Técnico Superior

UL-PPCIRA – Unidade Local -Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências aos Antimicrobianos

USIFaial – Unidade de Saúde da Ilha do Faial

14 – ANEXOS

Anexo	Descrição
I	Contrato de Gestão Plurianual 2022-2024
II	Acordo Modificativo 2024
III	Quadro de Avaliação e Responsabilização (Quar) 2024

ANEXO I - CONTRATO DE GESTÃO 2025-2027 e Cláusulas especificas para o ano de 2025

CONTRATO-GESTÃO 2025-2027

Ao abrigo do Decreto Legislativo Regional n.º 28/99/A, de 31 de julho, que aprova o Estatuto do Serviço Regional de Saúde (SRS), na sua redação atual, do Decreto Regulamentar Regional n.º 15/2021/A, de 6 de julho, na sua redação atual, que aprova a orgânica da Secretaria Regional da Saúde e Segurança Social e do Decreto Regulamentar Regional n.º 3/2011/A, de 28 de janeiro de 2011, que cria a Unidade de Saúde de Ilha do Faial, é celebrado entre:

A **DIREÇÃO REGIONAL DA SAÚDE**, representada pelo Diretor Regional da Saúde, Pedro Garcia Monteiro Paes, doravante designada de "Direção Regional da Saúde" ou "DRS";

E

A **UNIDADE DE SAÚDE ILHA DO FAIAL**, neste ato representada pelo Presidente do Conselho de Administração, Andy Rodrigues, doravante designada de "USI"".

O presente contrato de gestão para o triénio 2025-2027, com as cláusulas, anexo e apêndice seguintes:

Cláusula 1ª

Objeto

1. O presente contrato-gestão tem por objeto a definição dos objetivos da USI para o triénio 2025-2027, de acordo com a prestação de serviços e cuidados de saúde primários à população da sua área geográfica, no âmbito da sua intervenção:
   a) Comunitário e de base populacional;
   b) Personalizado com base na livre escolha do médico de família pelos utentes;
   c) Do exercício de funções de autoridade de saúde.
2. O **Anexo** deste contrato define os compromissos entre ambas as partes para o ano 2025, e será revisto anualmente.

Cláusula 2ª

Princípios gerais

1. As USI são dotadas de autonomia administrativa e financeira, nos termos da lei, dispondo de um Conselho de Administração e de um Conselho Consultivo próprios, de acordo com o artigo 7º do Decreto Regulamentar Regional n.º 5/2011/A, de 10 de fevereiro de 2011.
2. As USI ficam responsáveis pelas prestações de saúde relativas aos utentes residentes na sua área geográfica de influência e a outros que a elas recorram, nos termos do devido enquadramento legal.

CONTRATO-GESTÃO 2025-2027

3. O presente contrato-gestão baseia-se em princípios de qualidade na prestação de cuidados de saúde e no cumprimento de metas a alcançar.

4. O presente contrato-gestão deve promover os níveis de acesso, desempenho assistencial e eficiência das unidades de saúde do Serviço Regional de Saúde (SRS).

5. As USI comprometem-se a estabelecer como prioridade de gestão a realização de uma eficiente política de contratualização interna com o objetivo de maximizar a capacidade instalada nas unidades funcionais que a integram.

6. As USI comprometem-se a implementar as prioridades definidas no Plano Regional de Saúde, considerando as necessidades locais em saúde, em articulação com a DRS.

Cláusula 3ª

Obrigações principais

1. A USI obriga-se a assegurar a prestação de cuidados de saúde primários, no âmbito da sua área geográfica, através das unidades que o integram, de acordo com o Decreto Regulamentar Regional da sua criação, quando efetivamente constituídas, designadamente:

   a) Unidade de Saúde Familiares e Comunitárias;

   b) Unidade de Diagnóstico e Tratamentos;

   c) Unidade de Saúde Básica de Urgência;

   d) Unidade de Saúde Pública.

2. Os objetivos que a USI deverá cumprir traduzem-se nos indicadores de qualidade e na execução do Orçamento, encontrando-se os mesmos discriminados no Anexo.

3. A negociação do orçamento deverá centrar-se na racionalização dos recursos, procurando atingir uma maior eficiência, efetividade e sustentabilidade económico-financeira, devendo o Conselho de Administração da USI envolver as suas unidades para o cumprimento dos objetivos económico-financeiros acordados com a tutela.

4. A USI e a DRS deverão acompanhar trimestralmente a execução do orçamento, analisando de forma criteriosa as variações das principais rubricas de custos (face ao período homólogo e face ao orçamentado), identificando as causas dessas variações e adotando medidas preventivas ou corretivas que contribuam para uma efetiva racionalização de recursos da USI.

5. A USI assume o compromisso de alcançar as metas definidas para cada um dos indicadores de qualidade constantes no referido Anexo e os valores acordados para dar cumprimento à execução do Orçamento, devendo para tal organizar a prestação de cuidados de saúde pelas várias unidades funcionais e efetuar os respetivos registos no MedicineOne, no Primavera ou qualquer outro sistema indicado pela Secretaria Regional da Saúde e

Segurança Social.

6. Para cumprimento das obrigações previstas nos números anteriores, compete à USI definir internamente os processos e medidas adequadas ao cumprimento dos objetivos assumidos, no que respeita a melhores práticas de gestão e princípios da equidade e da acessibilidade dos cidadãos aos cuidados de saúde.

Cláusula 4ª

Coordenação com a rede de cuidados hospitalares

1. A USI respeita os princípios da continuidade de cuidados e de articulação funcional, definidos no âmbito do SRS.

2. A USI estabelece mecanismos de comunicação e de articulação com os Hospitais, tendo em vista assegurar a coordenação das respetivas atividades, designadamente:

a) Otimizar a utilização dos recursos humanos e materiais;
b) Assegurar o acesso aos serviços Hospitalares pelos utentes inscritos na USI;
c) Assegurar a deslocação de utentes, especialistas e telemedicina, de acordo com a legislação em vigor;
d) Assegurar o acompanhamento dos utentes que necessitem de cuidados após a alta;
e) Assegurar a articulação com o Hospital de modo a que os utentes inscritos nas Unidades de Saúde de Ilha realizem, preferencialmente, em Hospital do SRS, os meios complementares de diagnóstico e terapêutica, de acordo com a sua capacidade instalada;
f) Garantir a circulação recíproca e confidencial da informação clínica relevante sobre os utentes, através de meios informáticos, sempre que possível.

Cláusula 5ª

Receitas de terceiros legal ou contratualmente responsáveis

1. A USI obriga-se a proceder à cobrança efetiva a terceiros legal ou contratualmente responsáveis pelo pagamento dos cuidados de saúde prestados pela USI.

2. A USI obriga-se, também, a proceder à cobrança das taxas moderadoras, nos termos da legislação em vigor.

Cláusula 6ª

Contratualização Interna

A USI obriga-se a desenvolver um processo de contratualização interna com as suas unidades funcionais, devendo para tal:

CONTRATO-GESTÃO 2025-2027

a) Aplicar objetivos e indicadores alinhados com a estratégia da USI e da DRS;
b) Cumprir o calendário anual de contratualização interna, monitorização e acompanhamento;
c) Formalizar o processo de contratualização interna através da assinatura de Carta de Compromisso;

Cláusula 7ª

Governação Clínica

Compete à USI, através das unidades funcionais e do respetivo acompanhamento por parte do Conselho de Administração, atingir os seguintes objetivos na área da governação clínica:

a) Centrar a prestação de cuidados de saúde no utente, de forma transparente e responsável, procurando a partilha da decisão clínica entre prestador-utente;
b) Prestar cuidados de saúde baseados na evidência através de protocolos e recomendações clínicas orientadas para a maximização da qualidade e satisfação individual do utente;
c) Prestar cuidados de saúde em articulação com o Hospital;
d) Garantir que a prestação de cuidados considere aspetos de eficácia, eficiência e segurança, refletindo a maximização de recursos e obtenção de ganhos em saúde;
e) Apoiar os profissionais de saúde na prestação de cuidados de qualidade;
f) Promover a transmissão de informação clínica entre os diferentes níveis de cuidados de saúde, de modo a favorecer a continuidade e a qualidade de cuidados;
g) Desenvolver atividades de avaliação e gestão de risco de forma a diminuir a probabilidade de resultados adversos ou desfavoráveis para os utentes, profissionais de saúde e organização.

Cláusula 8ª

Direitos e deveres dos utentes

1. A USI obriga-se a divulgar a carta dos direitos e deveres do utente e ter um manual de acolhimento atualizado, que disponibilizará a todos os utentes, e a cujas regras a USI dá cumprimento.
2. O manual de acolhimento deverá ser revisto periodicamente, tendo em vista, designadamente, a sua adequação às orientações que resultem das respostas aos inquéritos de satisfação.
3. A USI disponibilizará, de modo acessível aos utentes, o livro de reclamações, bem como os formulários que sejam obrigatórios no contexto das atividades de regulação no sector da saúde.

Cláusula 9ª

b) Promover a acessibilidade dos utentes no seu nível de prestação de cuidados, facilitando a referenciação interinstitucional dos utentes;

c) Assegurar a coordenação do acompanhamento dos utentes que necessitem de cuidados noutros níveis, designadamente cuidados continuados e cuidados hospitalares, nomeadamente, através da deslocação de doentes, deslocação de especialistas e telemedicina;

d) Garantir a circulação recíproca e confidencial da informação clínica relevante sobre os utentes através da implementação do processo clínico eletrónico;

e) Desenvolver programas de gestão da doença, crónica e aguda, em articulação com o Hospital da sua área de referência, em especial, através da celebração de protocolos, sobre a coordenação da DRS, visando promover a qualidade dos cuidados de saúde prestados.

3. A USI articula-se com os restantes estabelecimentos do Serviço Regional de Saúde, em cumprimento das determinações da DRS quanto às regras específicas de fluxos de utentes e de articulação dos vários níveis de cuidados – redes de referenciação, bem como intervir junto dos restantes estabelecimentos de saúde com vista a garantir o cumprimento das regras definidas.

4. A USI assegura a transferência ou a referenciação de utentes nos termos da legislação em vigor para a deslocação de doentes e especialistas.

Cláusula 11ª

Recursos Humanos

1. A política de recursos humanos da USI deve-se constituir como um instrumento de ajustamento dos recursos disponíveis às necessidades da população devendo, entre outros, promover a cobertura integral de cuidados de saúde primários e a adequação eficiente dos recursos existentes ao perfil assistencial da USI.

2. A USI garante a aplicação dos mecanismos de avaliação dos profissionais nos termos da lei.

Cláusula 12ª

Qualidade de registos

1. Todos os profissionais que trabalhem na USI deverão fazer um registo rigoroso da sua atividade assistencial ao nível clínico, de enfermagem e administrativo através do MedicineOne ou qualquer outro sistema indicado pela Secretaria Regional da Saúde.

2. Toda a informação económico-financeira deve ser reportada através do sistema

Primavera.

3. A USI deverá manter a sua lista de utentes inscritos atualizada e maximizada de acordo com a legislação em vigor.

4. A USI está obrigada a identificar os utentes do Serviço Regional de Saúde devendo ainda identificar e determinar a entidade responsável pelo pagamento dos serviços prestados a cada utente, designadamente, os terceiros, legal ou contratualmente, responsáveis, em todas as situações em que estes sejam suscetíveis de ser responsabilizados.

5. A atividade assistencial desenvolvida em regime de ambulatório nos cuidados primários deve ser sempre especificada de acordo com as classificações adotadas no âmbito do Serviço Regional de Saúde, nomeadamente, *Internacional Classification for Primary Care Version 2-Electronic* (ICPC-2-E) e Classificação Internacional de Prática de Enfermagem (CIPE – versão 2015).

6. A não codificação da atividade desenvolvida nos termos do número anterior ou a existência de taxas de erro significativas na codificação efetuada são objeto de avaliação através da realização de auditorias à codificação, sendo monitorizadas pela aplicação de indicadores definidos para o efeito.

Cláusula 13ª

Apoio técnico

1. A DRS obriga-se a estabelecer sistemas e tecnologias de informação adequados ao desenvolvimento da atividade da USI, tendo especialmente em vista:

a) Otimizar a prestação de cuidados aos utentes pelo registo da informação clínica em suporte informático, em todos os estabelecimentos que constituem a USI;

b) Melhorar a qualidade do acolhimento e atendimento dos utentes;

c) Promover o registo integral dos dados de identificação dos utentes, pela disponibilização do acesso ao Registo Nacional de Utentes e disponibilização de equipamentos que permitam a leitura ótica do Cartão do Cidadão e Cartão de Utente;

d) Registar de forma exaustiva as atividades executadas, quer na vertente assistencial quer nas vertentes económica e financeira;

2. A DRS tem o direito de auditar todos e quaisquer aspetos relacionados com os sistemas de informação, designadamente a estrutura e o conteúdo dos meios técnicos e informáticos utilizados e os procedimentos envolvidos na recolha, registo, tratamento e transmissão de informação, tendo em vista verificar a veracidade, consistência e fiabilidade da informação registada e transmitida.

CONTRATO-GESTÃO 2025-2027

Cláusula 14ª

Prescrição de produtos farmacêuticos e MCDT

A USI obriga-se a implementar medidas baseadas na evidência para a prescrição custo-efetiva de produtos farmacêuticos e medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT), através de protocolos e recomendações clínicas emanadas pela DRS, refletindo a maximização de recursos e obtenção de ganhos em saúde.

Cláusula 15ª

Avaliação de desempenho

1. A USI compromete-se a cumprir as metas estipuladas no **Anexo**, destinadas ao aumento ou manutenção do estado de saúde das populações, as quais permitem:
    - Prestar cuidados de saúde com a máxima eficiência;
    - Melhorar o acesso das populações aos cuidados de saúde;
    - Garantir a qualidade dos serviços prestados;
    - Contribuir para a sustentabilidade económico-financeira das unidades e dos sistemas de saúde;
    - Aumentar o grau de integração entre as unidades prestadoras de cuidados de saúde;
    - Criar valor em saúde.
2. As metas referidas no número anterior são objeto de avaliação por parte da DRS, através da aplicação de uma metodologia de avaliação de desempenho global definida para o acompanhamento da execução deste contrato.

Cláusula 16ª

Alteração das circunstâncias

Em caso de desatualização das metas definidas no presente contrato, que determinaram os termos do mesmo, as partes contratantes assumem o compromisso de rever os referidos termos.

Cláusula 17ª

Acompanhamento da execução do contrato e obrigações específicas de reporte

1. A USI deve aplicar internamente ferramentas que sustentem a correta e integral monitorização das obrigações definidas no presente contrato e instituir os procedimentos necessários ao processo de autoavaliação e de reporte de informação à DRS.
2. A metodologia de avaliação e controlo obedece a uma determinada periodicidade e

8

CONTRATO-GESTÃO 2025-2027

características a fixar em sede de acompanhamento da execução do presente contrato.

3. A periodicidade de reporte de informação é em regra trimestral, excetuando-se os casos especificamente previstos.

Cláusula 18ª

Auditorias ao Contrato-Gestão

1. A DRS pode auditar o cumprimento do presente Contrato-Gestão, devendo para o efeito comunicar à USI com um mês de antecedência a Auditoria a realizar.
2. A DRS elabora um documento síntese da Auditoria anual realizada.
3. A USI será ouvida em sede de contraditório a apresentar no prazo de 10 dias.
4. A DRS dará conhecimento anualmente à Secretaria Regional da Saúde e Segurança Social do conteúdo do processo de Auditoria.

Este Contrato produz efeitos a 1 de janeiro de 2025.

PRIMEIRO AUTORGANTE:

Direção Regional da Saúde

Assinado por: **Pedro Garcia Monteiro Paes**
Num. de Identificação: 11865956
Data: 2025.06.23 11:40:22+00'00'

CHAVE MÓVEL

SEGUNDO AUTORGANTE:

Unidade de Saúde Ilha Faial

Assinado por: **Andy Rodrigues**
Certificado por: **Governo Regional dos Açores**
Atributos certificados: **Presidente do Conselho de Administração da Unidade de Saúde de Ilha do Faial**

(Presidente do Conselho de Administração)

CONTRATO-GESTÃO 2025-2027

ANEXO
Cláusulas Específicas Para o Ano 2025

Cláusula 1ª

Metas Contratualizadas, Avaliação e Financiamento

1. A USI obriga-se a assegurar o cumprimento das metas contratualizadas para cada um dos indicadores, constantes nos Apêndices I e II, e a execução do Orçamento constante do Apêndice III do presente Anexo.
2. Sempre que não seja possível medir um ou mais dos indicadores previstos nos Apêndices I e II, a USI deverá apresentar evidências para que esse indicador não seja considerado a nível de avaliação.
3. Às USI serão fixados objetivos de desempenho, nos termos do Apêndice I e II e de metodologia definida em sede de acompanhamento da execução do contrato-gestão.
4. Para efeitos de atribuição de incentivo não financeiro, são considerados os Indicadores constantes do Apêndice I, e os mesmos serão equiparados a uma valorização equivalente a um por cento do ORAA da USI.
5. Os indicadores contantes do Apêndice I possuem uma ponderação específica definida em sede de metodologia de acompanhamento da execução do contrato-gestão.
6. O cumprimento ou não da meta relativa a cada indicador, constante do Apêndice I, determinará os termos da aferição da pontuação, com vista ao apuramento do resultado final, sendo a avaliação efetuada da seguinte forma:
   - Grau de Cumprimento dos Objetivos Contratualizados entre 70% e 80%: atribuição de 80 pontos;
   - Grau de Cumprimento dos Objetivos Contratualizados entre 80% e 90%: atribuição de 90 pontos;
   - Grau de Cumprimento dos Objetivos Contratualizados entre 90% e 100%: atribuição de 100 pontos;
7. Os pontos obtidos, serão transformados em percentagem que aplicada ao valor de um por cento do ORAA corresponderá à valorização do Incentivo Não Financeiro obtido.
8. A avaliação do cumprimento dos objetivos e atribuição do respetivo incentivo deverá estar concluída até ao dia 31 de maio de 2025.
9. Após ser informada da aferição final dos resultados / pontos obtidos, a USI elabora um plano para aplicação do prémio de desempenho, até ao dia 29 de julho de 2025.
10. O plano deverá ser aprovado pela Secretária Regional da Saúde e Segurança Social, até ao dia 31 de agosto 2025.

CONTRATO-GESTÃO 2025-2027

Cláusula 2ª

Acompanhamento

1. A USI compromete-se no envio trimestral à DRS de fichas técnicas de acompanhamento nos termos da metodologia definida em sede de acompanhamento da execução do Processo de Contratualização.
2. A DRS propõe data para reunião de apresentação dos resultados de cada trimestre de acordo com o calendário constante do Apêndice I.
3. A USI elabora o Relatório do Ano e envia à DRS de acordo com calendário constante do Apêndice I.
4. A USI apenas estará habilitada ao recebimento do pagamento pelo desempenho se participar em todo o processo de acompanhamento previsto nos números anteriores.

11

CONTRATO-GESTÃO 2025-2027

APÊNDICE I

Calendarização

Data limite	Procedimento	Entidade
31 de janeiro de 2025	Envio da Metodologia de Contratualização para 2025	DRS
31 de janeiro de 2025	Envio dos Manuais de Registo dos Indicadores	DRS
24 de abril de 2025	Reporte da Ficha Técnica do 1º Trimestre de 2025	DRS
9 de maio de 2025	Envio do Relatório Crítico/Reunião de Acompanhamento do 1.º Trimestre de 2025	USI
15 de julho de 2025	Reporte da Ficha Técnica do 2º Trimestre de 2025	DRS
31 de julho de 2025	Envio do Relatório Crítico do 2º Trimestre de 2025	USI
30 de setembro de 2025	Reunião de Acompanhamento do 1.º Semestre de 2025	DRS
15 de outubro de 2025	Reporte da Ficha Técnica do 3º Trimestre de 2025	DRS
31 de outubro de 2025	Envio do Relatório Crítico do 3º Trimestre de 2025	USI
15 de janeiro de 2026	Reporte da Ficha Técnica do 4º Trimestre de 2025	DRS
30 de janeiro de 2026	Envio do Relatório de Acompanhamento do ano 2025	USI
29 de maio de 2026	Envio do Relatório Anual de Acompanhamento do Processo de Contratualização de 2025	DRS
29 de maio de 2026	Reunião: Apresentação dos Resultados de 2025	DRS

12

CONTRATO-GESTÃO 2025-2027

Ponderação dos Indicadores

Área	N.º do Indicador	Designação	Peso
Desempenho Assistencial	5.04.01	Proporção de diabéticos com pelo menos duas HbA1C no último ano, desde que abranjam os 2 semestres	8%
	5.07.03	Proporção de diabéticos com pelo menos um formulário do pé diabético registado no último ano	8%
	5.13.05	Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos com IMC registado nos últimos 3 anos	4%
	S.5.E	Proporção de utentes entre os 18 e os 65 anos e IMC abaixo de 25	8%
	S.6.A	Proporção de utentes dos 0 aos 17 anos com IMC abaixo do percentil 85	8%
	5.25	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 14 anos com registo de hábitos tabágicos nos últimos 3 anos	5%
	6.20	Proporção de utentes com hipertensão arterial com idade inferior a 65 anos com pressão arterial inferior a 150/90 mmHg	8%
	6.22.01	Proporção de crianças com pelo menos 6 consultas médicas de vigilância de saúde infantil no 1º ano de vida	6%
	DA.20	Proporção de puérperas com pelo menos 5 consultas médicas ou de enfermagem na gravidez e com RP	6%
	9.01	Proporção de utentes com perturbações depressivas ou de ansiedade com, pelo menos, uma consulta de psicologia no período em análise	6%
	DA.17	Percentagem de Pessoas com depressão major com consulta até 8 semanas após prescrição inicial antidepressivo ou novo diagnóstico de perturbação depressiva	6%
	DA.19	Proporção de fumadores que teve pelo menos uma consulta de cessação tabágica	5%
	6.91	Percentagem de fumadores a quem foi realizada intervenção breve de cessação tabágica	6%
Eficiência	7.07.01	Despesa média de MCDT prescritos por utilizador (baseado no preço convencionado)	5%
	7.15	Custo médio de medicamentos faturados por utente utilizador	5%
Processo	PR.4	Negociação Interna	6%

CONTRATO-GESTÃO 2025-2027

APÊNDICE II

Metas contratadas

Área	N.º do Indicador	Designação	Meta 2025
Acesso	3.12.01	Proporção de consultas realizadas pelo respetivo médico de família	85%
	3.15.02	Taxa de utilização global de consultas médicas nos últimos 3 anos	84%
	3.15.03	Taxa de utilização global de consultas de Enfermagem nos últimos 3 anos	90%
	C.1.V1	Tempo médio de resposta para a realização de consultas a utentes com MF	15
	A.1	Proporção de utentes com MF, com pelo menos uma consulta com o seu MF, nos últimos 3 anos	80%
	3.22.01	Taxa de utilização de consultas de Planeamento Familiar (médicas e de enfermagem)	31%
Desempenho Assistencial	5.04.01	Proporção de diabéticos com pelo menos duas HbA1C no último ano, desde que abranjam os 2 semestres	35%
	5.07.03	Proporção de diabéticos com pelo menos um formulário do pé diabético registado no último ano	78%
	5.13.05	Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos com IMC registado nos últimos 3 anos	62%
	S.5.E	Proporção de utentes entre os 18 e os 65 anos e IMC abaixo de 25	33%
	S.6.A	Proporção de utentes dos 0 aos 17 anos com IMC abaixo do percentil 85	72%
	5.25	Proporção de utentes com idade igual ou superior a 14 anos com registo de hábitos tabágicos nos últimos 3 anos	77%
	6.20	Proporção de utentes com hipertensão arterial com idade inferior a 65 anos com pressão arterial inferior a 150/90 mmHg	39%
	6.22.01	Proporção de crianças com pelo menos 6 consultas médicas de vigilância de saúde infantil no 1º ano de vida	80%
	DA.20	Proporção de puérperas com pelo menos 5 consultas médicas ou de enfermagem na gravidez e com RP	40%
	6.91	Percentagem de fumadores a quem foi realizada intervenção breve de cessação tabágica	50%
	9.01	Proporção de utentes com perturbações depressivas ou de ansiedade com, pelo menos, uma consulta de psicologia no período em análise	13%
	DA.17	Percentagem de Pessoas com depressão major com consulta até 8 semanas após prescrição inicial antidepressivo ou novo diagnóstico de perturbação depressiva	34%
	DA.19	Proporção de fumadores que teve pelo menos uma consulta de cessação tabágica	25%
	COA.1	Percentagem de mulheres rastreadas para o ROCMA (faixa etária entre os 45 e 74 anos)	85%
	COA.2	Percentagem de mulheres rasteadas para o ROCCA (faixa etária entre os 25 e 64 anos)	60%
	COA.3	Percentagem de inscritos rastreados para o ROCCRA (faixa etária entre os 50 e os 74 anos)	50%
	PICCOA	Programa de Intervenção no Cancro da Cavidade Oral nos Açores (faixa etária entre os 40 e os 75 anos)	50%
Eficiência	7.07.01	Despesa média de MCDTs prescritos por utilizador (baseado no preço convencionado)	até valor 2024
	7.15	Custo médio de medicamentos faturados por utilizador	até valor 2024
Processo	PR.4	Negociação interna	100%

ANEXO II – Carta de Compromisso 2025

CARTA DE COMPROMISSO 2025

O Conselho de Administração da Unidade de Saúde da Ilha do Faial (adiante designado USIFaial), representado pelo seu Presidente, Dr. Andy Rodrigues, a Diretora Clínica, Dra. Nídia de Fátima Neves Faria e a Diretora de Enfermagem, Enf.ª Maria Manuela Ferreira Oliveira, assumem nesta data a presente Declaração de Compromisso, nos termos da Cláusula 6ª do Contrato de Gestão 2025-2027, negociado entre a USIFaial e a Direção Regional de Saúde.

A Declaração de Compromisso rege-se pelas seguintes condições:

1. A USIFaial integra o Centro de Saúde da Horta, sendo constituída por uma equipa multiprofissional de trabalhadores da área clínica e de áreas não clínicas.
2. A USIFaial tem, na presente data, 15.238 inscritos e a sua área de abrangência é toda a ilha do Faial.
3. A USIFaial compromete-se com o cumprimento das metas negociadas em sede contratualização externa e ao cumprimento do contratualizado internamente explicitado no Anexo I – Compromisso Assistencial e Organizacional onde constam os seus objetivos de desempenho de acordo com a carteira de serviços.
4. A USIFaial elabora um Programa de Autoauditorias/Monitorias Internas, conforme o contexto da organização poderá ser anual ou bianual, baseado numa linha de orientação comum organizacional e clínica tendo ainda em conta o plano de acompanhamento interno (anexo II), desencadeando deste modo, um processo de autoavaliação, que tem por objetivo, por um lado a melhoria dos resultados assistenciais, e por outro a manutenção do nível de Acreditação.
5. O programa de avaliação sistemática referido no ponto 4 para 2025 e 2026, é da responsabilidade do Conselho de Administração com assessoria do Responsável pelos Objetivos e Acordos Contratualizados que, por sua vez, se apoiará na Equipa da Qualidade (EQ), quer no âmbito do processo de acompanhamento do Contrato de Gestão USIFaial/Direção Regional da Saúde assim como no âmbito do Processo de Acreditação. Para tal, foi criado o Painel de Controlo que permite de forma permanente e atualizada acompanhar o comportamento dos resultados. O Conselho de Administração fica responsável pela análise e validação das medidas necessárias para correção dos desvios.
6. O acompanhamento do desempenho da USIFaial, a executar pelo Conselho de Administração que se apoiará nas citadas equipas, efetua-se de forma automática e por via eletrónica, não sobrecarregando a Diretora Clínica e a Diretora de Enfermagem com carga administrativa adicional. No entanto, sempre que necessário, a Diretora Clínica e a Diretora de Enfermagem devem disponibilizar-se para prestar os esclarecimentos considerados como relevantes e solicitados pelo Presidente do Conselho de Administração. A implementação das ações de melhoria e sua

Resp. EQ/Resp. GOAC – 2025
ESTRADA PRINCIPE ALBERTO DO MÓNACO, 9901-038 HORTA • T.+351 292 207 200 E- MAIL: sres-usifaial@azores.gov.pt NIF: 510 183 085

monitorização, para a correção de desvios identificados na área clínica, é da responsabilidade da Diretora Clínica e da Diretora de Enfermagem conforme as áreas de atuação.

7. As Diretoras Clínica e de Enfermagem comprometem-se a garantir, que os profissionais efetuam registos corretos de forma rigorosa e sistemática, nos Sistemas de Informação disponíveis (ex. M1, Plataforma Vacinação) utilizados para o registo da atividade assistencial.

8. O Conselho de Administração aceita e disponibiliza-se para prestar colaboração e afetar os recursos necessários para a realização das autoauditorias e monitorias internas assim como para a implementação das ações de melhoria e ou corretivas que fazem parte do processo de acompanhamento.

9. O Conselho de Administração deve garantir as condições de funcionamento adequadas e os recursos necessários, de modo a que a USIFaial cumpra as atividades previstas na carteira de serviços.

10. Para incentivar o envolvimento e responsabilização dos trabalhadores o Conselho de Administração implementará as seguintes ações:

Ação	Responsabilidade	2025
1. Divulgação a toda a organização dos indicadores/objetivos externos/internos contratualizados para 2025 e dos resultados, nos meios de divulgação internos (exemplo: SGC e intranet).	Conselho de Administração (apoio Resp.GOAC)	Janeiro a dezembro
2. Disponibilizar um painel de indicadores da atividade da USIFaial, de acesso a todos os trabalhadores que inclua os indicadores contratualizados (Painel de Controlo atualizado e disponível para consulta na Intranet).	Resp. GOAC e/ou EQ	Janeiro a dezembro
3. Garantir que os profissionais compreendem a importância do seu trabalho para o atingir das metas contratualizadas externa e internamente (ex.: sessões de trabalho ou reuniões de equipa).	Chefias e avaliadores de desempenho	Janeiro a dezembro
4. Repercussão interna da metodologia de contratualização externa, o que inclui a sua formalização, monitorização e ações de melhoria (Reuniões de acompanhamento da contratualização interna).	Conselho de Administração, Chefias e Resp.GOAC	Janeiro a dezembro
5. Divulgação sistemática dos resultados das monitorias efetuadas para controlo das metas, nos meios de divulgação internos (exemplo: e-mail, SGC e intranet).	Resp. GOAC e/ou EQ	Janeiro a dezembro
6. Identificar, validar e disseminar as ações de melhoria para correção dos desvios aos resultados dos indicadores contratualizados de acordo com a frequência de monitorização (mensal, trimestral ou semestralmente).	Conselho de Administração, Chefias e Resp.GOAC	Janeiro a dezembro
7. Implementar ações de melhoria para correção dos desvios aos resultados dos indicadores contratualizados	Profissionais de Saúde	Janeiro a dezembro

Legenda: EQ=Equipa da Qualidade | Resp. GOAC = Responsável pela gestão dos Objetivos e Acordos Contratualizados

ESTRADA PRINCIPE ALBERTO DO MÓNACO, 9901-038 HORTA • T.+351 292 207 200 E- MAIL: sres-usifaial@azores.gov.pt NIF: 510 183 085

11. A Diretora Clínica e a Diretora de Enfermagem devem contribuir no Relatório de Atividades da USIFaial com um capítulo destinado avaliação dos resultados da presente Declaração de Compromisso, a remeter ao Conselho de Administração até 15 de fevereiro de 2026.

12. Em contexto de contratualização externa e existindo lugar a atribuição de incentivo financeiro, o Conselho de Administração comunica à USIFaial a decisão relativa à atribuição de incentivos, em consonância com o relatório de avaliação do processo da Direção Regional da Saúde.

13. Depois de conhecida a atribuição de incentivos financeiros referentes aos resultados do ano 2024, mencionado no ponto anterior, o Conselho de Administração aprova o plano de aplicação dos mesmos no período máximo de 30 dias.

14. Se circunstâncias imprevisíveis determinarem a desatualização das metas definidas no presente anexo (anexo I), as partes contratantes assumem o compromisso de rever os referidos termos.

Horta, 19 de agosto de 2025

O Presidente do Conselho de Administração

A Diretora Clínica

A Diretora de Enfermagem

ANEXOS:

I – Compromisso Assistencial Contratualizado

II – Pano de Acompanhamento Interno

Resp. EQ/Resp. GOAC – 2025
ESTRADA PRINCIPE ALBERTO DO MÓNACO, 9901-038 HORTA T.+351 292 207 200 E- MAIL: sres-usifaial@azores.gov.pt NIF: 510 183 086

Anexo I - Compromisso Assistencial Contratualizado Internamente

INDICADORES RELACIONADOS COM A CONTRATUALIZAÇÃO						
Nº	Área Clínica	Dimensão/Tipo	Código	Designação do Indicador	Monitorização	Meta
1	Diabetes	QTC	6.19.01	Proporção de diabéticos com consulta de enfermagem de vigilância da diabetes	M	75%
2	Transversal	Acessibilidade	3.15.04	Taxa de utilização global de consultas (méd./ enf.) nos últimos 3 anos	M	95%
3	Transversal	Acessibilidade	USIFaial*	Tempo entre hora marcada e atendimento - Mediana (minutos) -P10.R05	M	15
4	Transversal	Acessibilidade	C2.V1	Percentagem de Consultas dentro do TMRG - Com MdFs	M	55%
5	Vacinação	Efetividade	USIFaial	Percentagem de taxas de cobertura vacinal por vacina do PRV e idade chave igual ou superior a 95%	S	95%
6	Infanto Juvenil	Efetividade	6.12.01	Proporção recém-nascidos com consulta méd. vigilância até 28 dias	M	95%
7	Vacinação	Efetividade	USIFaial	Proporção de inscritos com 65 anos e mais com vacina da gripe. (SISA – P14.R17.1)	S	60%
8	Transversal	Eficiência	7.06.01*	Custo médio anual de medicamentos prescritos por utente utilizador (baseado no PVP - €)	M	270
9	Transversal	Produtividade	4.18.01	Taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos.	M	25%
10	Risco Cardiovascular	Efetividade	USIFaial	Proporção de hipertensos com pelo menos 2 consultas de enfermagem no ano.	T	75%
11	Diabetes	QTC	PAI.DT2.4	População com diabetes em vigilância.	M	50%
12	Pré Obesidade	QTC	PAI.RCA.01	% utentes com PA medida e PA ótima/normal.	M	75%
13	Transversal	Satisfação	USIFaial	Percentagem de satisfação global dos utilizadores dos serviços prestados pela USIFaial.	A	70%
14	Risco Cardiovascular	QTC	PAI.RCA.09	% utentes com HTA em vigilância	M	50%
15	Registos Clínicos	Eficiência	DA.18	% de diagnósticos de doença aguda registados na lista de problemas ativos há mais de 6 meses.	M	4%
16	Infanto Juvenil	Desempenho Assistencial	2013.302 V4	E - Com realização de diagnóstico precoce (TSHPKU), nos primeiros 6 dias de vida, registado até às zero horas do dia em que completam 1 ano de vida	M	95%
17	Infanto Juvenil	Desempenho Assistencial	2013.302 V5	F - Ter pelo menos 2 registos parametrizados de avaliação do desenvolvimento psicomotor (Sheridan) até aos 11 meses de vida ([1, 330[dias).	M	98%
18	Asma	Efetividade	USIFaial	Percentagem de pessoas com asma com pelo menos duas consultas por ano (R96 no SOAP do M1)	T	65%
19	Pré Obesidade	QTC	PAIPOA	Percentagem de Inscritos pré Obesos vigiados (2 cons. Méd.)	T	60%
20	Registos Clínicos	Qualidade	USIFaial*	Permilagem de inscritos com idade >= 1 ano com número de benificiário comum.	T	4‰
21	Registos Clínicos	Qualidade	USIFaial*	Percentagem de utentes com data de validade do Subsistema de saúde desatualizada	T	3,5%

ESTRADA PRINCIPE ALBERTO DO MÓNACO, 9901-038 HORTA T.+351 292 207 200 E- MAIL: sres-usifaial@azores.gov.pt NIF: 510 183 085

INDICADORES RELACIONADOS COM A CONTRATUALIZAÇÃO						
Nº	Área Clínica	Dimensão/Tipo	Código	Designação do Indicador	Monitorização	Meta
22	Saúde Materna	QTC	6.09.01	Proporção de grávidas com 1ª consulta médica de vigilância da gravidez, realizada no 1º trimestre	M	85%
23	Risco e Segurança	Segurança	USIFaial - PNSD	Percentagem de trabalhadores participantes na avaliação da Cultura da Segurança do Doente – Questionário.	S	75%
24	Infanto Juvenil	Efetividade	8.3	% de Crianças com 6 anos completos, que realizaram o Exame Global de Saúde.	M	50%

* Indicador de análise inversa - "quanto mais baixo melhor".

ABREVIATURAS:

IMC = Índice de Massa Corporal
Enf. = Enfermagem
MCDT = Meios complementares de diagnóstico e tratamento
MdFs = Médico(s) de Família
Med. = Médico(s) ou Médica(s)
NA = Não se aplica
ND = Valor não disponível
PRV= Programa Regional de Vacinação
QTC = Qualidade Técnico Científica
RS= Risco e Segurança
SA = Saúde do Adulto
TDT = Técnico de Diagnostico e Terapêutica
TMRG = Tempos Máximos de Resposta Garantidos
T Superiores = Técnicos Superiores

ESTRADA PRINCIPE ALBERTO DO MÓNACO, 9901-038 HORTA T.+351 292 207 200 E- MAIL: sres-usifaial@azores.gov.pt NIF: 510 183 085

ANEXO II – PLANO DE ACOMPANHAMENTO INTERNO 2025

Para garantir o Acompanhamento Interno para o ano 2025 serão utilizadas, essencialmente, as seguintes metodologias, a saber:

- Monitorização mensal do desempenho assistencial, cujos resultados serão divulgados nos meios atrás citados;
- Monitorização com a frequência de monitorização (mensal, trimestral ou semestralmente) estipulada no Contrato de Gestão

Data limite	Procedimento	Entidade
31 de janeiro de 2025	Envio da Metodologia de Contratualização para 2025	DRS
31 de janeiro de 2025	Envio dos Manuais de Registo dos Indicadores	DRS
24 de abril de 2025	Reporte da Ficha Técnica do 1º Trimestre de 2025	DRS
9 de maio de 2025	Envio do Relatório Crítico/Reunião de Acompanhamento do 1.º Trimestre de 2025	USI
15 de julho de 2025	Reporte da Ficha Técnica do 2º Trimestre de 2025	DRS
31 de julho de 2025	Envio do Relatório Crítico do 2º Trimestre de 2025	USI
30 de setembro de 2025	Reunião de Acompanhamento do 1.º Semestre de 2025	DRS
15 de outubro de 2025	Reporte da Ficha Técnica do 3º Trimestre de 2025	DRS
31 de outubro de 2025	Envio do Relatório Crítico do 3º Trimestre de 2025	USI
15 de janeiro de 2026	Reporte da Ficha Técnica do 4º Trimestre de 2025	DRS
30 de janeiro de 2026	Envio do Relatório de Acompanhamento do ano 2025	USI
29 de maio de 2026	Envio do Relatório Anual de Acompanhamento do Processo de Contratualização de 2025	DRS
29 de maio de 2026	Reunião: Apresentação dos Resultados de 2025	DRS

Fonte: Contrato de Gestão 2025-2026

- Por autoauditoria planeada ou outras necessidades identificadas, por exemplo pelas equipas Núcleos de Saúde Familiar ou de autoavaliação dos processos assistenciais, dos quais são produzidos relatórios e propostas ações de melhoria.

A divulgação dos resultados será feita na página da interna podendo os resultados serem apresentados sob a forma de informações assim como no Painel de Controlo (atualizado mensalmente).

Resp. EQ/Resp. GOAC – 2025
ESTRADA PRINCIPE ALBERTO DO MÓNACO, 9901-038 HORTA T.+351 292 207 200 E- MAIL: sres-usifaial@azores.gov.pt NIF: 510 183 085

ANEXO III - QUADRO DE AVALIAÇÃO E RESPONSABILIZAÇÃO (QUAR) 2025

USIFAIAL - QUADRO DE AVALIAÇÃO E RESPONSABILIZAÇÃO 2025

Versão 0 Data: 16/04/2025

Departamento Secretaria Regional da Saúde e da Solidariedade Social / Direção Regional da Saúde

Organismo: Unidade de Saúde da Ilha do Faial

Missão

A missão da USIFaial é a de prestar cuidados de saúde humanizados e de proximidade aos utentes, contribuindo para a melhoria da saúde das famílias e da comunidade e colocar o utente no centro de toda a atividade desenvolvida. Para cumprimento da sua Missão o grupo de profissionais organiza-se em equipa multidisciplinar, de modo a que, seja possível que todos os utentes inscritos tenham médico e enfermeiro de família.
O objetivo da Equipa é o de contribuir para que todos os serviços sejam prestados com um elevado nível ético, de forma cortêse profissional, com rigor e qualidade técnico-científica; utilizando as boas práticas e as normas de ética e deontologia profissionais.

Visão

A nossa visão é a de ser um parceiro de confiança do Serviço Regional de Saúde caminhando com vista à melhoria contínua, fazer sempre o melhor. Trabalhamos para ser uma unidade de saúde de referência a nível regional, por um lado, a nível de satisfação dos utentes e dos profissionais e, por outro, para garantir um atendimento de qualidade, de eficiência e de acessibilidade dos utentes.

Valores

Como ***valores*** da Equipa salientamos os seguintes:
Integridade: promover a honestidade, imparcialidade, respeito e solidariedade na conduta profissional, demonstrando a todos, e em especial àqueles com quem se relaciona interna e externamente, um ambiente geral de confiança e integridade.
Confiança: incentivar uma cultura de abertura, transparência, proximidade e responsabilização, promovendo uma participação ativa dos profissionais, colaboradores, parceiros e utentes.
Inovação: traçar caminhos inovadores para criar valor nas áreas chave com vista à melhoria contínua através de métodos e soluções originais e pioneiras.

Objetivos Estratégicos

- OE 1: Identificar e intervir e nas principais co-morbilidades de saúde que afetam os Faialenses
- OE 2: Promover a existência de ferramentas para a gestão da qualidade
- OE 3 Melhorar acesso aos cuidados de saúde
- OE 4: Implementar instrumentos de apoio à gestão que promovam a melhoria do desempenho

Legenda			Atinge	Não atinge	Sem efeito

Objetivos Estrategico-Operacionais

Objetivos Estratégico-Operacionais de Eficácia - Ponderação de 40 %

O. 1 (OE1) - Melhorar os resultados dos indicadores relacionados com os Processos Assistenciais da USIFaial **Ponderação de 20%**

Indicadores	Fórmula	2025					
		Meta	Superação	Peso	Realizado	Classificação	Desvio
Ind. 1 Percentagem de indicadores atingidos ou superados relacionados com os Processos Assistenciais da USIFaial	Nº indicadores com meta atingida ou superada/Nº indicadores relacionados com os Processos Assistenciais da USIFaial*100	50%	80%	60%	68%	Atinge	18%
Ind. 2 Percentagem de utentes rastreados nos vários rastreios organizados pelo COA a decorrer no ano.	N.º de utentes rastreados/N.º de utentes a rastrear (população alvo)*100	50%	70%	40%	70%	Supera	20%

O. 2 (OE2) Melhorar a qualidade dos registo clinicos **Ponderação de 10 %**

Indicadores	Fórmula	2025					
		Meta	Superação	Peso	Realizado	Classificação	Desvio
Ind. 3 Média de qualidade dos registos clinicos.	Média dos resulados de cumprimento dos critérios de auditoria aos registos clinicos	80%	100%	50%	83%	Atinge	3%
Ind. 4 Percentagem de execução da migração manual dos registos de Vacinação do M1 para a nova plataforma de vacinação.	N.º utentes dos coortes identificados com registos transcritos/N.º utentes dos coortes identificados na circular DRSCNORM/2024/14*100	90%	100%	50%	100%	Supera	10%

O. 3 (OE4) Garantir o planeamento e acompanhamento do Plano de Atividades **Ponderação de 10 %**

Indicadores	Fórmula	2025					
		Meta	Superação	Peso	Realizado	Classificação	Desvio
Ind. 5 Taxa de execução do plano de atividades	(nº de ações concluídas / nº total de ações previstas no PA)*100	75%	90%	60%	85%	Atinge	10%
Ind. 6 Existência de Acompanhamento (monitorização e ações de melhoria)	Existência relatório de avaliação intercalar do Plano de atividades e existência de ações de melhoria (se aplicável)	80%	100%	40%	80%	Atinge	0%

Objetivos Estratégico-Operacionais de Eficiência - Ponderação de 30 %

O. 4 (OE4) Gerir eficazmente o orçamento da USIFAIAL- Ponderação de 10%

Indicadores	Fórmula	2025					
		Meta	Superação	Peso	Realizado	Classificação	Desvio
Ind. 7 Taxa de execução financeira do orçamento	(despesa realizada / despesa prevista)*100	80%	90%	100%	86%	Atinge	6%

O.5 (OE4) Garantir cumprimento dos indicadores contratualizados externamente **Ponderação de 10 %**

Indicadores	Fórmula	2025					
		Meta	Superação	Peso	Realizado	Classificação	Desvio
Ind. 8 Cumprimento dos indicadores contratualizados externamente para o ano 2025	Nº indicadores que atingiram ou superaram a meta contratualizada/Nº indicadores contratualizados*100	50%	70%	100%	32%	Não atinge	-18%

O.6 (OE1) Reforçar a interação com parceiros externos - Ponderação de 10 %

Indicadores	Fórmula	2025					
		Meta	Superação	Peso	Realizado	Classificação	Desvio
Ind. 9 Atividades decorrentes de projetos com entidades parceiras (ex: ODS Local, Hospital da Horta, etc.)	Nº de projetos e atividades realizadas/totalidade de projetos e atividades previstas ou planeadas*100	75%	90%	100%	85%	Supera	10%

Objetivos Estratégico-Operacionais de Qualidade - Ponderação de 30 %

O.7 (OE2) Garantir as existências das ferramentas de gestão da qualidade Ponderação de 15%

Indicadores	Fórmula	2024	2025					
			Meta	Superação	Peso	Realizado	Classificação	Desvio
Ind. 10 Candidatura para a renovação da certificação	Formalização da candidatura de renovação da certificação e validação da mesma pelo Departamento da Qualidade.	NA	75%	100%	20%	100%	Supera	25%
Ind. 11 Implementação das ações no ambito Instrumentos da Corrupção e Fraude	Nº de avaliações executadas e ações conforme o Regime Geral da Prevenção da Corrupção/ avaliações e ações previstas nos prazos previstos*100	100%	90%	100%	40%	100%	Supera	10%
Ind.12 Projeto de Melhoria do Sistema de Gestão Documental/Gestão da Informação	Nº de ações executadas / ações previstas*100	NA	80%	100%	25%	94%	Atinge	14%
Ind.13 Percentagem de standarts do Grupo 1 com ações de melhoria (Plataforma @Qredita)	Evidencias atualizadas nas áreas de melhoria/Std com áreas de melhoria identificadas*100	55%	65%	75%	15%	75%	Supera	10%

O.8 (OE3) Melhorar o acesso aos serviços da USIFaial Ponderação de 10 %

Indicadores	Fórmula	2024	2025					
			Meta	Superação	Peso	Realizado	Classificação	Desvio
Ind. 14 Aumentar o número de consultas de psicologia dentro do TMRG	N.º consultas com menos de 60 dias de espera /N.º de consultas*100	90%	92%	95%	25%	83%	Não atinge	-9%
Ind. 15 Aumentar o número de consultas de nutrição dentro do TMRG	N.º consultas com menos de 60 dias de espera /N.º de consultas*100	75%	80%	85%	25%	75%	Não atinge	-5%
Ind. 16 Aumentar o número de consultas de MGF dentro do TMRG	N.º consultas com menos de 15 dias de espera /N.º de consultas*100	53%	60%	75%	25%	60%	Atinge	0%
Ind. 17 Percentagem de utentes inscritos com Médico de Familia, com pelo menos 1 consulta médica no ano	N.º de utentes com pelo menos uma consulta direta ou indireta/N.º de inscritos *100	65%	70%	75%	25%	75%	Supera	5%

O.9 (OE4) Promover e desenvolver competências dos profissionais Ponderação de 5 %

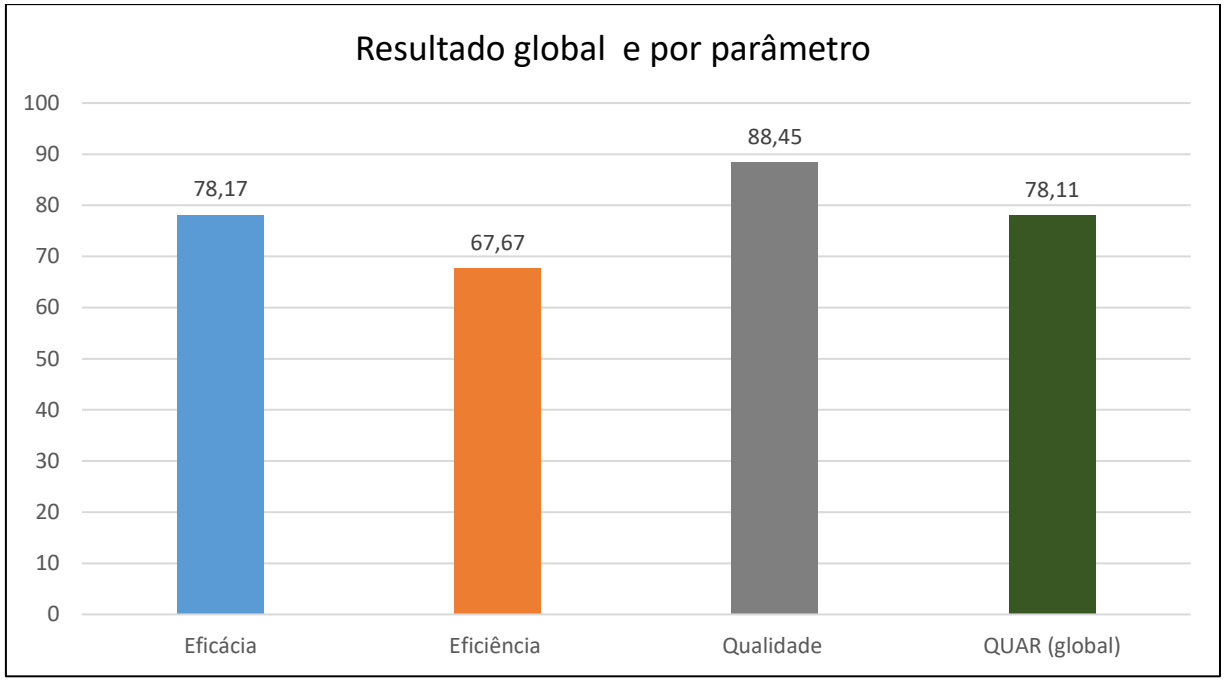
Indicadores	Fórmula	2024	2025					
			Meta	Superação	Peso	Realizado	Classificação	Desvio
Ind. 18 Percentagem de execução do Plano de Formação Interno	Nº de ações realizadas /Nº de ações previstas e ações extra Plano*100	83%	95%	100%	100%	100%	Supera	5%

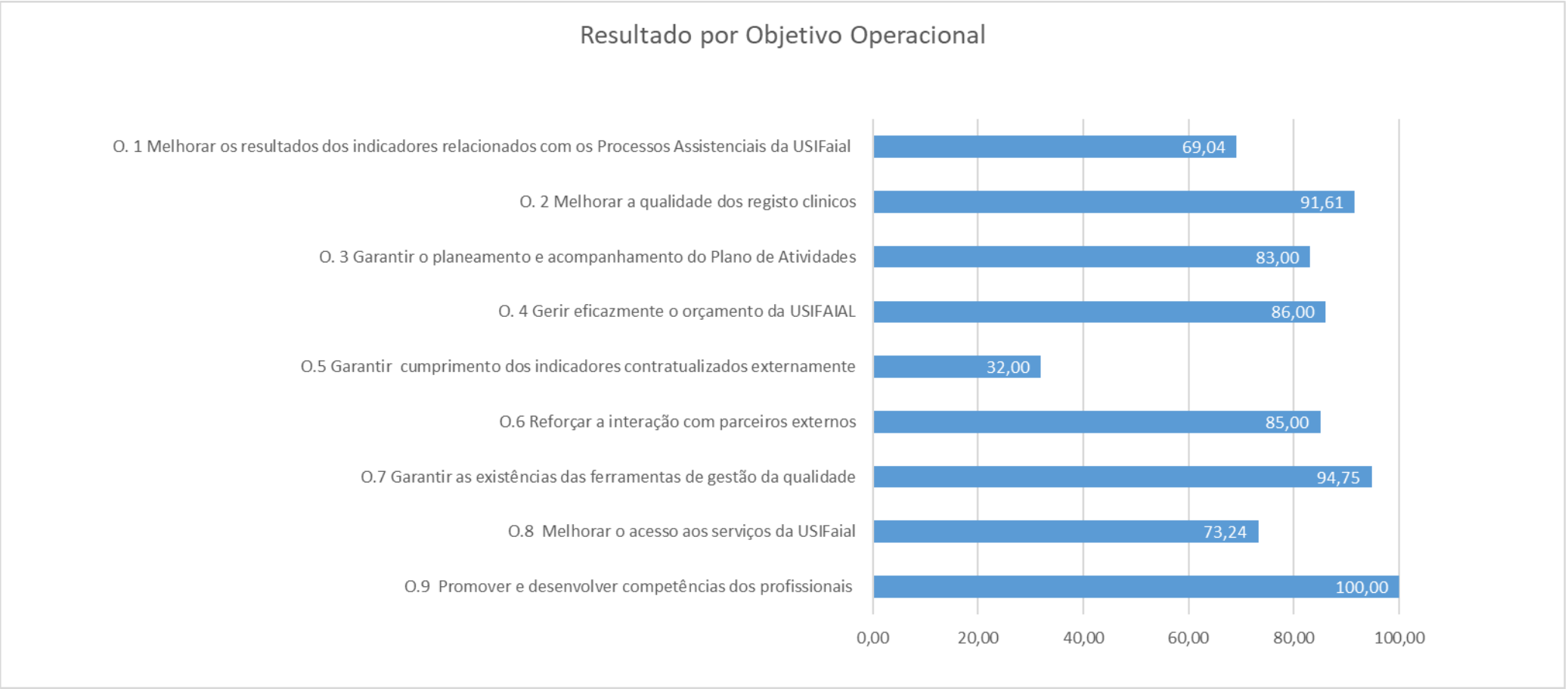
Meios disponíveis						
Recursos Humanos	**Pontuação**	**Planeados**			**Executados**	
Dirigentes - Direção superior	20x (nº de dirigentes superiores)	20x1	20		20	
Dirigentes - Direção intermédia	16x (nº de dirigentes)	16x2	32		32	
Chefias Intermédias	14x(nº chefias intermédias)	14x2	28		14	
Médicos (não inclui internos MGF)	12X (nº de médicos)	12x7	72		84	
Enfermeiros	12X (nº de enfermeiros)	12x26	312		312	
TS-(ligados à prestação de cuidados, inlcui TDT)	12X (nº de TS - prestação de cuidados incluindo TDT)	12x12	144		156	
Técnicos Superiores (área não clinica)	12X (nº de tecnicos superiores -área não clínica)	12x2	24		24	
Assistentes Técnicos (não inclui programas)	8X (nº de assistentes técnicos)	8x26	208		200	
Técnicos de Informática	8X (nº de técnicos de informática)	8x3	24		24	
Assistentes Operacionais	6X (nº de assistentes operacionais)	6x15	90		78	
TOTAL		954			944	

Orçamento (M€)	**Estimado**	**Realizado**
Funcionamento	**8 299 208,00**	**8 299 208,00**
Plano		

Recursos Financeiros(M€)	**Estimado**	**Estimado Revisto**	**Realizado**
Orçamento de Funcionamento	6 715 000,00		
Despesas de Pessoal		4 017 840,00	**3 681 750,03**
Aquisição de Bens e Serviços		4 542 509,00	**3 785 295,12**
Outras Despesas Correntes		43 100,00	**29 855,40**
Transferências		8 299 208,00	**8 299 208,00**
Plano de Investimento		300 991,00	**300 990,98**
PRR		111 860,00	**73 162,00**
Receitas Próprias	1 000,00	1 000,00	**3 899,59**

Listagem das fontes de verificação			
Objetivo 1	**Indicador 1**		SISA - Sistema de Informação de Saúde dos Açores/ relatório de auditoria
	Indicador 2		COA - Centro de Oncologia dos Açores
Objetivo 2	**Indicador 3**		Relatório de Auditoria
	Indicador 4		Relatórios dinâmicos
Objetivo 3	**Indicador 5**		Relatório de Atividades
	Indicador 6		Relatório de avaliação semestral de atividades do PA USIFaial 2025
Objetivo 4	**Indicador 7**		ERP - Primavera
Objetivo 5	**Indicador 8**		Relatório de Acompanhamento da Contratualização
Objetivo 6	**Indicador 9**		Registos das atividades com parceiros
Objetivo 7	**Indicador 10**		Plataforma @credita
	Indicador 11		Relatórios, Plataforma RGPC, e resposta a outras obrigações legais
	Indicador 12		Registos das ações de execução do projeto de melhoria - SGC USIFaial
	Indicador 13		Plataforma @credita
Objetivo 8	**Indicador 14**		SISA
	Indicador 15		SISA
	Indicador 16		SISA
	Indicador 17		SISA
Objetivo 9	**Indicador 18**		Base de dados da Gestão da Formação


Resultado global e por parâmetro
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
78,17
67,67
88,45
78,11
Eficácia
Eficiência
Qualidade
QUAR (global)


Resultado por Objetivo Operacional
O. 1 Melhorar os resultados dos indicadores relacionados com os Processos Assistenciais da USIFaial
69,04
O. 2 Melhorar a qualidade dos registo clinicos
91,61
O. 3 Garantir o planeamento e acompanhamento do Plano de Atividades
83,00
O. 4 Gerir eficazmente o orçamento da USIFAIAL
86,00
O.5 Garantir cumprimento dos indicadores contratualizados externamente
32,00
O.6 Reforçar a interação com parceiros externos
85,00
O.7 Garantir as existências das ferramentas de gestão da qualidade
94,75
O.8 Melhorar o acesso aos serviços da USIFaial
73,24
O.9 Promover e desenvolver competências dos profissionais
100,00
0,00
20,00
40,00
60,00
80,00
100,00