



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ARCO RIBEIRINHO

Plano Local de Preparação e Resposta Sazonal em Saúde

2026-2027

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ARCO RIBEIRINHO



ÍNDICE

1. ENQUADRAMENTO.....	6
2. OBJETIVOS estratégicos.....	10
3. OBJETIVOS operacionais.....	11
4. MODELO DE GOVERNAÇÃO.....	13
EQUIPA LOCAL PARA A RESPOSTA SAZONAL EM SAÚDE	13
5. PARCEIROS.....	17
6. GRUPOS PRIORITÁRIOS.....	21
7. ÁREAS DE AÇÃO	23
7.1. Identificação do risco local	23
7.2. Níveis de risco LOCAL.....	26
7.2.1. Ativação/desativação dos níveis de risco local	29
7.3. Medidas preventivas	31
7.4. Medidas operacionais	39
Nível 0 - Verde – Preparação	39
Nível 1 - Amarelo - Vigilância reforçada	40
Nível 2 - Laranja - Resposta reforçada.....	41
Nível 3 - Vermelho – Emergência	41
8. MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO	48
9. CRONOGRAMA	51
10. ANEXOS.....	52

FIGURAS

Figura 1.Frequência relativa de residentes na área geográfica da ULSAR, por grupo etário, em 2021	8
Figura 2 Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos na ULSAR	9

TABELAS

Tabela 1 Composição e funções da equipa local de resposta sazonal em saúde	13
Tabela 2: parceiros identificados no plano local de prevenção e resposta sazonal em saúde	17
Tabela 3 grupos prioritários identificados no território da unidade local de saúde	22
Tabela 4 identificação de riscos locais	23
Tabela 5 Pessoas em situação de sem-abrigo (nº) por local de referência, a 31 de dezembro de 2018, 2020 e 2021	24
Tabela 6 níveis de risco, designação e situação em que se enquadram	27
Tabela 7 níveis de risco, seus critérios e medidas a implementar	27
Tabela 8 Critérios de Ativação dos Níveis de Risco	30
Tabela 9 medidas preventivas previstas no âmbito do plano local de preparação e resposta sazonal em saúde	31
Tabela 10 medidas para nível verde	39
Tabela 11 medidas para nível amarelo	40
Tabela 12 medidas para nível laranja	41
Tabela 13 medidas para nível vermelho	42
Tabela 14 Constituição das Equipas de urgência de acordo com o nível de risco	43
Tabela 15 cronograma	51

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CA	Conselho de Administração
CSH	Cuidados de Saúde Hospitalares
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DGS	Direção Geral de Saúde
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
ECCI	Equipa de Cuidados Continuados Integrados
ECL	Equipa Coordenadora Local
ELRSS	Equipa Local de Resposta Sazonal em Saúde
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ERPI	Estrutura Residencial Para Pessoas Idosas
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
INSA	Instituto Nacional de Saúde Ambiental
IPMA	Instituto Português do Mar e da Atmosfera
PPCIRA	Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos
PLPRSS	Plano para a Resposta Sazonal em Saúde

RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SDM	Sistema de Dados Mestre
SIM@SNS	Sistema de Informação e Monitorização do SNS
SMPC	Serviços Municipais de Proteção Civil
SNS	Serviço Nacional de Saúde
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCI	Unidades de Cuidados Intensivos
UCSP	Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados
ULS	Unidade Local de Saúde
ULSAR	Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho
USF	Unidade de Saúde Familiar
USPAS	Unidade de Saúde Pública Arnaldo Sampaio
VDM	Vigilância Diária da Mortalidade

1. ENQUADRAMENTO

A Portaria n.º 136/2026/1, de 31 de março, estabelece o modelo nacional de planeamento, implementação, monitorização e avaliação da resposta sazonal em saúde, aplicável ao Ministério da Saúde e aos estabelecimentos e serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde (SNS), com vista a garantir a proteção da saúde, bem como assegurar a continuidade e a qualidade da resposta assistencial.

O Plano Local de Preparação e Resposta Sazonal em Saúde (PLPRSS), em conformidade com a **Portaria n.º 136/2026/1, de 31 de março**, estabelece o quadro estratégico e operacional para a preparação, resposta e recuperação face a riscos sazonais em saúde, assegurando uma abordagem integrada, intersectorial e baseada no risco, no território da Unidade Local de Saúde do Arco Ribeirinho (ULSAR).

O PLPRSS assenta num novo modelo de planeamento, passando a anual, promovendo a integração longitudinal da resposta, mais ajustada à realidade, dado que existe uma sazonalidade meteorológica cada vez menos evidente, pelo que se garantirá uma lógica contínua de planeamento e coordenação ao longo do ano.

O PLPRSS define ainda, medidas de prevenção, comunicação de risco e organização dos serviços de saúde, incluindo a ativação de níveis de contingência, a gestão integrada de recursos e a continuidade da prestação de cuidados, promovendo simultaneamente a literacia em saúde e a adequada utilização do sistema. Promove o reforço da articulação intersectorial e da resposta em rede, conforme preconizado na Portaria.

Este Plano enquadra, entre outros, os seguintes elementos:

- a. Os cenários de risco relevantes para a saúde da população;
- b. As medidas de preparação e resposta passíveis de ser adotadas em função dos níveis de risco estabelecidos;
- c. Os mecanismos de articulação entre os diferentes níveis de cuidados e as entidades do sistema de saúde, bem como com o setor social e solidário, o setor privado, as autarquias, as forças e os serviços de segurança, os Serviços Municipais de Proteção Civil (SMPC), os demais agentes de proteção civil e outras áreas governativas relevantes;



d. Os procedimentos de comunicação de risco e de informação à população.

A nível local, o Conselho de Administração (CA) nomeia a Equipa Local da Resposta Sazonal em Saúde (ELRSS).

Compete à ELRSS garantir os meios de divulgação e implementação das medidas a cumprir junto de cada serviço/unidade e a adequada comunicação com outros serviços do SNS, setor social ou privado, autarquias e outras áreas setoriais que com eles se articulem no âmbito do Plano para a Resposta Sazonal em Saúde. Compete ainda à ELRSS garantir que a ULSAR adota as medidas que permitem uma rápida adaptação ao nível de risco e às necessidades de resposta nos diferentes níveis e naturezas de cuidados.

No contexto da pobreza energética, é importante que neste planeamento relativo a contingência definir-se as medidas temporárias e de resposta imediata adotadas para mitigar os efeitos da pobreza energética, sobretudo em situações críticas ou excecionais.

O PLPRSS 2026-2027 tem como finalidade reduzir a mortalidade e a morbilidade associadas aos efeitos das temperaturas extremas, eventos climáticos adversos, infeções respiratórias e agravamento de doenças crónicas, bem como outros riscos emergentes, e promover a otimização da resposta em saúde ao nível local, na área de abrangência da ULSAR.

Nesse contexto sazonal temos dois períodos definidos:

- O período de Primavera e sobretudo Verão, em que a finalidade é reduzir a mortalidade e morbilidade associadas ao calor extremo e fenómenos em saúde associados, designadamente, alterações da qualidade do ar, toxinfecções alimentares, grandes concentrações de pessoas, acidentes, incêndios rurais ou o aumento da atividade de vetores, como mosquitos e carraças;

- O período do outono e inverno caracteriza-se pela ocorrência de baixas temperaturas ou mesmo vagas de frio. Este período do ano acompanha-se de um aumento da incidência de doença aguda, particularmente da relacionada com infeções sazonais, como a causada pelo vírus da gripe.

Note-se que Portugal é um dos países europeus mais vulneráveis às alterações climáticas, com o aumento das temperaturas médias, fenómenos extremos mais frequentes e intensos e uma população envelhecida, particularmente exposta ao frio e ao calor extremos e aos riscos para a saúde associados, o que se aplica à população e território da

ULSAR. Acresce o facto de no território da ULSAR, à semelhança do resto do país, existir um envelhecimento populacional, com o respetivo risco associado.

Os quatro concelhos que constituem a área geográfica da ULSAR, Alcochete, Barreiro, Moita e Montijo têm, segundo os dados dos Censos de 2021, uma população residente de 219.455 habitantes. A proporção de habitantes residentes por concelho permite constatar que a maioria (66%) dos habitantes do Arco Ribeirinho reside nos concelhos do Barreiro (36%) e da Moita (30%). A restante população (34%) reside nos concelhos do Montijo (25%) e de Alcochete (9%). De acordo com os Censos de 2021, dos 219.455 habitantes da área geográfica da ULSAR, 26% tem uma idade compreendida entre os 0 e os 14 anos, 11% entre os 15 e os 24 anos, 52% entre os 25 e os 64 anos e 22% tem uma idade igual ou superior a 65 anos (Figura 1).

Residentes por Grupo Etário

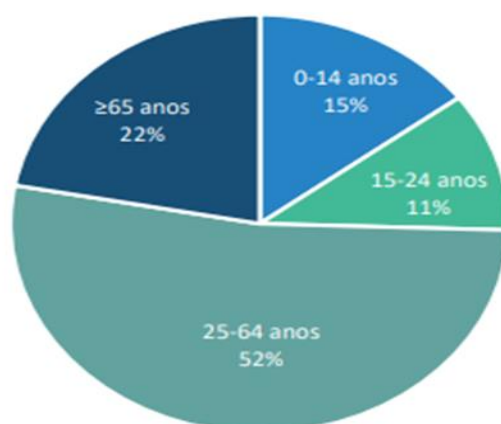


FIGURA 1. FREQUÊNCIA RELATIVA DE RESIDENTES NA ÁREA GEOGRÁFICA DA ULSAR, POR GRUPO ETÁRIO, EM 2021

Fonte: INE, 2024

Relativamente à pirâmide etária de utentes inscritos, temos os dados resumidos na figura 2. À data de referência, 31 de dezembro de 2025, a ULSAR contabilizava um total de

246.287 utentes inscritos nas suas unidades dos CSP dos quais, 159.724 (65%) com médico de família atribuído.

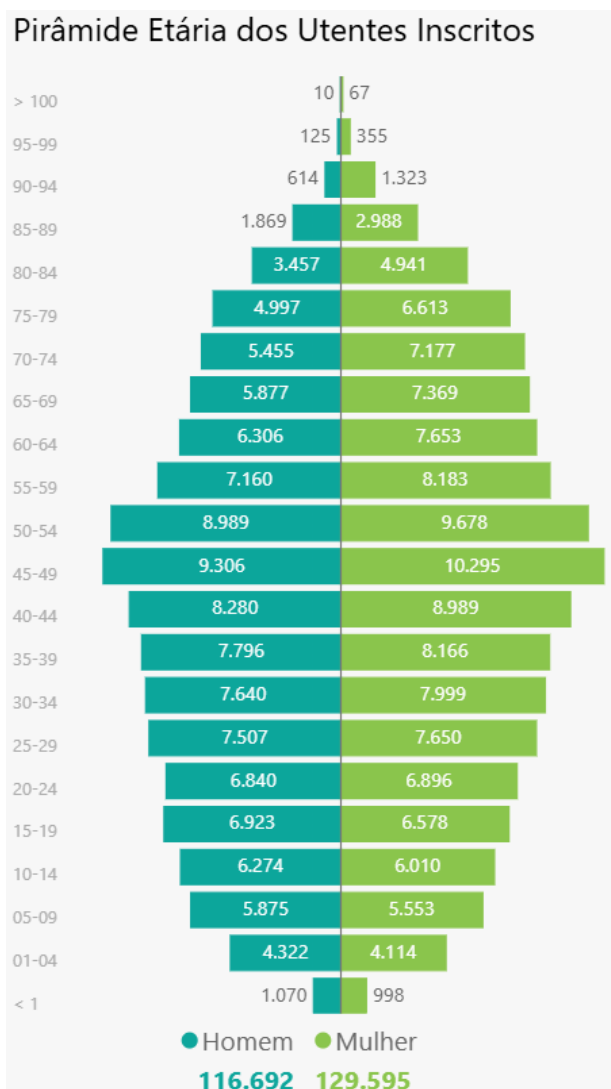


FIGURA 2 PIRÂMIDE ETÁRIA DOS UTENTES INSCRITOS NA ULSAR

Fonte BI-CSP

O período de vigência do PLPRSS 2026-2027 é de 1 de maio de 2026 a 30 de abril de 2027.

2. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

O PRSS tem os seguintes **objetivos estratégicos**:

- Reduzir a mortalidade e a morbilidade associadas ao frio e às infeções respiratórias agudas sazonais (como a gripe e a COVID-19), particularmente nos grupos mais vulneráveis e de risco;
- Reduzir a mortalidade e morbilidade associadas ao calor, com foco nos grupos mais vulneráveis e de risco;
- Assegurar, em contexto de aumento da procura de serviços de saúde, o acesso oportuno e com qualidade aos cuidados de saúde, tanto ao nível dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), como ao nível dos Cuidados de Saúde Hospitalares (CSH) na ULSAR, em articulação com o setor social e o setor privado;
- Aumentar os níveis de literacia em saúde da população, promovendo comportamentos de prevenção da doença, de proteção e de promoção da saúde, em especial nos grupos mais vulneráveis e de risco, bem como a utilização racional dos recursos de saúde, adequando a procura e reduzindo a pressão sobre os serviços de saúde da ULSAR.
- Promover a efetividade dos cuidados prestados à população, promovendo a articulação entre as diversas unidades e serviços de saúde;

3. OBJETIVOS OPERACIONAIS

- Monitorizar diariamente:
 - Temperaturas na área geográfica da ULSAR;
 - Mortalidade e morbilidade na área geográfica da ULSAR;
 - Número de consultas em cuidados de saúde primários;
 - Número de episódios de urgência hospitalar;
- Promover a prevenção da doença
 - Aumentar a cobertura vacinal contra gripe, COVID-19 e infeção pneumocócica;
 - Prevenir a infeção por Vírus Sincicial Respiratório em grupos de risco;
 - Promover medidas preventivas associadas a temperaturas extremas
- Garantir a capacidade de resposta assistencial:
 - Ajustar a resposta dos serviços à procura assistencial;
 - Reforçar os serviços de urgência sempre que necessário;
 - Monitorizar, de forma integrada, a capacidade do sistema de saúde;
 - Promover o alargamento dos horários dos cuidados de saúde primários, quando aplicável.
- Melhorar as condições e a resposta dos serviços:
 - Promover condições adequadas de ventilação e climatização;
 - Assegurar circuitos eficazes de comunicação entre serviços;
 - Garantir a divulgação atempada de orientações e medidas.
- Reforçar a articulação interinstitucional e a resposta social:
 - Articular com proteção civil, autarquias, setor social e forças de segurança;
 - Identificar respostas locais, incluindo locais de abrigo temporário;
 - Promover respostas dirigidas a populações vulneráveis.
- Identificar o risco local;
- Determinar os níveis de risco local;

- Solicitar junto dos parceiros os locais disponíveis para a concretização das ações programadas;
- Comunicar os níveis de risco e respetivas medidas associadas;
- Reunir com órgãos da ULSAR e parceiros externos de acordo com os níveis de risco;
- Solicitar junto das unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) os respetivos PLPRSS;
- Informar junto das entidades de setor social para a necessidade de manter atualizado os PLPRSS;
- Manter vias de comunicação diárias com Proteção Civil dos distintos concelhos da ULSAR;
- Divulgar informação nas redes sociais da ULSAR, nomeadamente de medidas preventivas associadas ao frio extremo e promover a utilização da linha SNS 24 (808 24 24 24);
- Monitorizar e avaliar a implementação do plano.

4. MODELO DE GOVERNAÇÃO

A ELRSS foi designada pelo conselho de administração da respetiva ULSAR.

A coordenação executiva da Equipa Local de Resposta Sazonal em Saúde é atribuída à Dra. Iliete Ramos, Diretora Clínica para os Cuidados de Saúde Primários, e Dra. Elisabete Gonçalves, Diretora Clínica para Cuidados de Saúde Hospitalares, sem prejuízo das competências próprias das autoridades de saúde em matéria de proteção da saúde pública.

A composição inclui representantes das áreas de cuidados de saúde primários, cuidados hospitalares, saúde pública e gestão operacional, bem como uma autoridade de saúde territorialmente competente, que assegura a coordenação em matéria de saúde pública, a articulação permanente com a DGS e com a ELRSS, e o exercício das competências legais de determinação de medidas de saúde pública.

A ELRSS assegura a articulação operacional entre as entidades do sistema de saúde e promove a partilha de informação, a monitorização dos indicadores relevantes e a coordenação das medidas necessárias à preparação e resposta do sistema de saúde.

Esta equipa encontra-se sob dependência direta do conselho de administração.

EQUIPA LOCAL PARA A RESPOSTA SAZONAL EM SAÚDE

TABELA 1 COMPOSIÇÃO E FUNÇÕES DA EQUIPA LOCAL DE RESPOSTA SAZONAL EM SAÚDE

Elemento do Órgão de Gestão Máximo que coordena a Equipa Local	
Nome*	Dra. Elisabete Maria Farias Gonçalves Dra. Iliete Cesaltina Sêca Ramos
Cargo na entidade*	Diretora Clínica para a área dos Cuidados Saúde Hospitalares/ Diretora Clínica para a área dos Cuidados Saúde Primários
Contacto telefónico*	212052837/212049310

Endereço eletrónico*	elisabetegoncalves@ulsar.min-saude.pt iliete.amos@ulsar.min-saude.pt
Identificação da Autoridade Local de Saúde territorialmente competente	
Nome*	Dr. Mauro Tiago Oliveira Silva Batista Oliveira / Dra. Bárbara Sousa Vieira Quinteros Alba
Contacto telefónico*	212147300
Endereço eletrónico*	mauro.oliveira@ulsar.min-saude.pt barbara.vieira@ulsar.min-saude.pt
Representante da área dos Cuidados de Saúde Primários	
Nome*	Dr. Tiago José Alves Pacheco
Cargo na entidade*	Assistente de Medicina Geral e Familiar
Contacto telefónico*	212147300
Endereço eletrónico*	tiago.pacheco@ulsar.min-saude.pt

Representante da área dos Cuidados Hospitalares	
Nome*	Dr. Paulo André Raposo Assunção Fernandes
Cargo na entidade*	Assistente Graduado de Medicina Interna
Contacto telefónico	212147300
Endereço eletrónico	paulofernandes@ulsar.min-saude.pt
Representante da área da Saúde Pública	
Nome*	Dr. Mauro Tiago Oliveira Silva Batista Oliveira / Dra. Bárbara Sousa Vieira Quinteros Alba
Cargo na entidade*	Assistente de Saúde Pública
Contacto telefónico	212147300
Endereço eletrónico	mauro.oliveira@ulsar.min-saude.pt barbara.vieira@ulsar.min-saude.pt

Representante da área da Gestão Operacional	
Nome*	Dr. Hélder André Martins Duarte
Cargo na entidade*	Técnico Superior
Contacto telefónico	212147300
Endereço eletrónico	heldermduarte@ulsar.min-saude.pt
Identificação dos restantes elementos da Equipa Local	
Nome	Enf.^a Célia Rodrigues Oliveira Tavares Vaz Enf.^a Deolinda Conceição Marques Sousa Caxaria Dra. Maria Esmeralda Costa Pereira Dr. Nuno Paulo Soeiro Baptista Pires Enf.^a Patrícia Isabel Andrade Matos Martins

5. PARCEIROS

A preparação e resposta a eventos de saúde sazonal assenta numa abordagem integrada, multinível e intersectorial, assegurando a articulação efetiva entre o setor da saúde, o sistema de proteção civil e os restantes setores relevantes.

Os fluxos de comunicação permitem uma circulação de informação estruturada, célere e bidirecional, integrando dados epidemiológicos, ambientais e operacionais.

A operacionalização da resposta implicará a ativação de mecanismos de coordenação, incluindo a realização de reuniões regulares, a elaboração e partilha de relatórios de situação, devendo estar identificados de pontos focais por entidade e a utilização de sistemas de informação e canais dedicados para suporte à decisão.

Os principais parceiros identificados são as Câmaras Municipais, mediante os seus Serviços Municipais de Proteção Civil (SMPC), assim como o Comando Sub-regional de Emergência e Proteção Civil da Península de Setúbal:

TABELA 2: PARCEIROS IDENTIFICADOS NO PLANO LOCAL DE PREVENÇÃO E RESPOSTA SAZONAL EM SAÚDE

Designação da entidade/instituição	Comando Sub-regional de Emergência e Proteção Civil da Península de Setúbal
Contacto telefónico	212338280
Endereço eletrónico	Email: csrepc.pset@prociv.pt
Descrição das responsabilidades, se aplicável	
Planeamento e gestão de meios • Planeia dispositivos especiais (ex.: combate a incêndios rurais). • Distribui e mobiliza recursos conforme o risco e as ocorrências. Articulação institucional, funcionando como elo entre: ○ municípios e serviços municipais de proteção civil ○ comando regional (Lisboa e Vale do Tejo) ○ entidades nacionais do sistema de proteção civil Monitorização e análise de ocorrências • Acompanha permanentemente a situação operacional na sub-região. • Avalia riscos e define ações adequadas para cada cenário. Apoio à decisão e coordenação estratégica local • Apoia autoridades locais (câmaras, comissões de proteção civil). • Participa na ativação de planos de emergência e na gestão de crises.	
Procedimentos de articulação externa	
O Comando Sub-Regional deve articular com os parceiros por vias diretas, como telefone ou mail, estando ainda previstas reuniões ou briefing segundo níveis de risco ou situações de emergência	

Designação da entidade/instituição	Serviço Municipal de Proteção Civil de Alcochete
Contacto telefónico	<u>212 348 640 / 912 143 999</u>
Endereço eletrónico	gmpc@cm-alcochete.pt / spc@cm-alcochete.pt
Descrição das responsabilidades, se aplicável	
• Levantamento, previsão, avaliação e prevenção riscos específicos do território, como inundações, incêndios, eventos meteorológicos extremos, riscos industriais e comunicar a ULS • Disponibilizar equipamentos municipais para abrigo de pessoas vulneráveis em situações de contingência • Garantir mecanismos de alerta, aviso e comunicação à população antes, durante e após os períodos de contingência • Articulação com bombeiros, forças de segurança, juntas de freguesia e entidades privadas relevantes • Assegurar os meios humanos e físicos e recursos municipais para transporte e o abastecimento de água em caso de falha • Inventariação dos recursos e meios disponíveis e dos mais facilmente mobilizáveis, ao nível local, regional e nacional; • Estudo e divulgação de formas adequadas de proteção de edifícios em geral, de monumentos e de outros bens culturais, de infraestruturas, do património arquivístico, de instalações de serviços essenciais, bem como do ambiente e dos recursos naturais; • Previsão e planeamento de ações atinentes à eventualidade de isolamento de áreas afetadas por riscos.	
Procedimentos de articulação externa	
Os SMPC devem articular com os parceiros por vias diretas, como telefone ou mail, estando ainda previstas reuniões ou briefing segundo níveis de risco ou situações de emergência	

Designação da entidade/instituição	Serviço Municipal de Proteção Civil do Barreiro
Contacto telefónico	212 068 025
Endereço eletrónico	protecaocivil@cm-barreiro.pt
Descrição das responsabilidades, se aplicável	
• Levantamento, previsão, avaliação e prevenção riscos específicos do território, como inundações, incêndios, eventos meteorológicos extremos, riscos industriais e comunicar a ULS	

• Disponibilizar equipamentos municipais para abrigo de pessoas vulneráveis em situações de contingência • Garantir mecanismos de alerta, aviso e comunicação à população antes, durante e após os períodos de contingência • Articulação com bombeiros, forças de segurança, juntas de freguesia e entidades privadas relevantes • Assegurar os meios humanos e físicos e recursos municipais para transporte e o abastecimento de água em caso de falha • Inventariação dos recursos e meios disponíveis e dos mais facilmente mobilizáveis, ao nível local, regional e nacional; • Estudo e divulgação de formas adequadas de proteção de edifícios em geral, de monumentos e de outros bens culturais, de infraestruturas, do património arquivístico, de instalações de serviços essenciais, bem como do ambiente e dos recursos naturais; • Previsão e planeamento de ações atinentes à eventualidade de isolamento de áreas afetadas por riscos.
Procedimentos de articulação externa
Os SMPC devem articular com os parceiros por vias diretas, como telefone ou mail, estando ainda previstas reuniões ou briefing segundo níveis de risco ou situações de emergência

Designação da entidade/instituição	Serviço Municipal de Proteção Civil da Moita
Contacto telefónico	21 280 67 00 / 21 280 68 99 / 21 088 90 02
Endereço eletrónico	smpc@mail.cm-moita.pt
Descrição das responsabilidades, se aplicável	
• Levantamento, previsão, avaliação e prevenção riscos específicos do território, como inundações, incêndios, eventos meteorológicos extremos, riscos industriais e comunicar a ULS • Disponibilizar equipamentos municipais para abrigo de pessoas vulneráveis em situações de contingência • Garantir mecanismos de alerta, aviso e comunicação à população antes, durante e após os períodos de contingência • Articulação com bombeiros, forças de segurança, juntas de freguesia e entidades privadas relevantes • Assegurar os meios humanos e físicos e recursos municipais para transporte e o abastecimento de água em caso de falha • Inventariação dos recursos e meios disponíveis e dos mais facilmente mobilizáveis, ao nível local, regional e nacional; • Estudo e divulgação de formas adequadas de proteção de edifícios em geral, de monumentos e de outros bens culturais, de infraestruturas, do património arquivístico, de instalações de serviços essenciais, bem como do ambiente e dos recursos naturais; • Previsão e planeamento de ações atinentes à eventualidade de isolamento de áreas afetadas por riscos.	

Procedimentos de articulação externa
Os SMPC devem articular com os parceiros por vias diretas, como telefone ou mail, estando ainda previstas reuniões ou briefing segundo níveis de risco ou situações de emergência

Designação da entidade/instituição	Serviço Municipal de Proteção Civil do Montijo
Contacto telefónico	Telf. 21 232 77 19 Telm. 910 006 058
Endereço eletrónico	smpc@mun-montijo.pt
Descrição das responsabilidades, se aplicável	
• Levantamento, previsão, avaliação e prevenção riscos específicos do território, como inundações, incêndios, eventos meteorológicos extremos, riscos industriais e comunicar a ULS • Disponibilizar equipamentos municipais para abrigo de pessoas vulneráveis em situações de contingência • Garantir mecanismos de alerta, aviso e comunicação à população antes, durante e após os períodos de contingência • Articulação com bombeiros, forças de segurança, juntas de freguesia e entidades privadas relevantes • Assegurar os meios humanos e físicos e recursos municipais para transporte e o abastecimento de água em caso de falha • Inventariação dos recursos e meios disponíveis e dos mais facilmente mobilizáveis, ao nível local, regional e nacional; • Estudo e divulgação de formas adequadas de proteção de edifícios em geral, de monumentos e de outros bens culturais, de infraestruturas, do património arquivístico, de instalações de serviços essenciais, bem como do ambiente e dos recursos naturais; • Previsão e planeamento de ações atinentes à eventualidade de isolamento de áreas afetadas por riscos.	
Procedimentos de articulação externa	
Os SMPC devem articular com os parceiros por vias diretas, como telefone ou mail, estando ainda previstas reuniões ou briefing segundo níveis de risco ou situações de emergência	

6. GRUPOS PRIORITÁRIOS

A definição dos grupos prioritários pretende mitigar as consequências do calor e frio extremos, bem como prevenir fenómenos em saúde associados (caso das infeções sazonais), nestes subgrupos populacionais, mediante a capacitação em medidas de autoproteção, bem como a identificação e gestão, de desigualdades económicas e em saúde, em articulação com os distintos parceiros intersectoriais.

O presente documento considera como população-alvo os grupos mais vulneráveis, incluindo:

- pessoas com 65 ou mais anos
- crianças, em especial até aos 5 anos
- crianças no primeiro ano de vida
- Grávidas
- pessoas com doenças crónicas, designadamente insuficiência cardíaca avançada, doença pulmonar obstrutiva crónica grave
- pessoas com compromisso imunitário
- pessoas com mobilidade condicionada, alteração cognitiva crónica ou défice no autocuidado, pessoas acamadas ou em situação de dependência
- pessoas dependentes de tecnologias de suporte vital no domicílio, nomeadamente ventilação mecânica, oxigenoterapia, diálise domiciliária, nutrição parentérica, bombas de perfusão ou outros equipamentos elétricos essenciais
- pessoas cuja terapêutica exija condições específicas de continuidade, incluindo medicamentos que requerem cadeia de frio ou tratamentos programados, como hemodiálise ou terapêutica oncológica
- pessoas em situação de sem-abrigo ou em condição de vulnerabilidade social e económica, incluindo isolamento social
- pessoas que exercem atividades laborais ou desportivas ao ar livre.

A seguinte tabela apresenta os distintos grupos prioritários quantificados, quando possível extrair das bases de dados e de informações de parceiros:

TABELA 3 GRUPOS PRIORITÁRIOS IDENTIFICADOS NO TERRITÓRIO DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

Grupos Prioritários	Número aproximado
Pessoas com 65 ou mais anos	53.185
Crianças no primeiro ano de vida	2.072
Crianças entre 1 e 5 anos	10.554
Grávidas	3.127
Pessoas com doenças crónicas, nomeadamente insuficiência cardíaca avançada e Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) grave	1.843
Pessoas com compromisso imunitário	1107 -VIH 71- EM 363 - biológicos
Pessoas com mobilidade condicionada, alteração cognitiva crónica ou défice no autocuidado	n.d.
Pessoas acamadas ou em situação de dependência	n.d.
Pessoas dependentes de tecnologias de suporte vital no domicílio (e.g., ventiloterapia, concentrador de oxigénio, insuflador-exsufador, aspirador de secreções, diálise domiciliária, nutrição parentérica, bombas de perfusão ou outros equipamentos elétricos essenciais)	31 CRD
Pessoas dependentes de tecnologias de suporte não vital no domicílio (e.g., cama articulada, colchão de alívio de pressão dinâmico)	n.d.
Pessoas que necessitem de bombas de perfusão no domicílio (e.g., nutrição parentérica, analgesia, antibioterapia)	-
Pessoas a realizar medicação que requer cadeia de frio (e.g., biológicos, insulina)	1006 – insulina 363 - biológicos
Pessoas a realizar quimioterapia/terapêuticas oncológicas programadas (e.g., que careçam de acesso regular ao Hospital de Dia)	340/mês
Pessoas a realizar hemodiálise e diálise peritoneal	330
Pessoas em situação de sem abrigo	352
Pessoas em situação de especial vulnerabilidade social e económica (e.g., idosos isolados e sem suporte)	-
Pessoas que exercem atividades laborais ou desportivas ao ar livre	n.d.

Será promovida a visita domiciliária da população mais vulnerável (incluindo pessoas que vivem sozinhas ou isoladas) através das unidades funcionais da rede de cuidados primários (designadamente, UCC e USF).

Os serviços locais de saúde pública, em articulação com os municípios/proteção civil, identificam locais para abrigo temporário, mediante a listagem dos critérios infraestruturais e de recursos humanos necessários.

7. ÁREAS DE AÇÃO

A identificação de riscos em saúde de natureza sazonal constitui um elemento central para o planeamento atempado e a definição de medidas adequadas de prevenção e resposta. Esta identificação deve assentar numa abordagem integrada e dinâmica, baseada na monitorização contínua de determinantes ambientais, epidemiológicos e sociais, permitindo antecipar ameaças e ajustar a intervenção em função da evolução do risco.

A caracterização específica dos riscos associados a cada período sazonal permite orientar a ação dos serviços de saúde e dos parceiros intersectoriais, garantindo uma resposta mais eficaz, proporcional e dirigida às populações mais vulneráveis

7.1. IDENTIFICAÇÃO DO RISCO LOCAL

Tal como referido anteriormente, existem riscos locais segundo a época sazonal em questão.

Na primavera e o verão ocorrem, de forma frequente, temperaturas extremas muito elevadas, alterações na qualidade do ar e o aumento da atividade de vetores, como mosquitos e carraças, com potencial para transmitir doenças graves. Estes fatores apresentam potenciais efeitos na saúde das populações, designadamente, desidratação e descompensação de doenças crónicas, propiciando também a ocorrência de toxinfecções alimentares. Esta época caracteriza-se por situações de grande fluxo e concentração de pessoas, decorrentes da deslocação sazonal da população para férias, eventos de massas e do turismo internacional, o que requer a preparação dos serviços de saúde para uma resposta adequada. Deve ser dada ênfase à prevenção de acidentes e aos incêndios rurais, que implicam uma resposta coordenada, a nível intersectorial, para proteger a saúde pública.

O período do outono e inverno é caracterizado pelo aumento da incidência de doença aguda, nomeadamente patologia respiratória secundária a infeções sazonais, bem como pelo agravamento de doença crónica/pré-existente.

TABELA 4 IDENTIFICAÇÃO DE RISCOS LOCAIS

Âmbito Especificação loco-institucional
Exposição ao frio
A exposição prolongada ao frio pode causar problemas graves de saúde, como hipotermia, e agravar doenças. Pessoas em situação de sem abrigo, pessoas com 65 ou mais anos, crianças e trabalhadores expostos a ambientes externos são os mais vulneráveis. O número total de pessoas em situação de sem-abrigo na ULSAR aumentou entre 2018 e 2021, de 91 para 352 pessoas. É de salientar que, em 2021, na ULSAR, a maioria das pessoas em situação de sem-abrigo se encontrava em situação de sem-teto (89%).

TABELA 5 PESSOAS EM SITUAÇÃO DE SEM-ABRIGO (nº) POR LOCAL DE REFERÊNCIA, A 31 DE DEZEMBRO DE 2018, 2020 E 2021

Pessoas em situação de sem-abrigo (nº)			
Área Geográfica	2018	2020	2021
Alcochete	6	6	4
Barreiro	49	57	49
Moita	31	75	287
Montijo	5	7	12
ULSAR	91	145	352

Fonte: ENIPSSA, 2024

Exposição ao calor

O corpo humano tem mecanismos fisiológicos adequados para o controlo da sua temperatura corporal. Quando a temperatura ambiente é superior à da pele, o corpo, em vez de perder calor, ganha-o, por irradiação e por condução. Nestas condições, um dos principais mecanismos biológicos que o corpo tem para se libertar do calor excessivo é a transpiração.

Qualquer fator que impeça uma evaporação adequada quando a temperatura do ambiente é mais elevada do que a temperatura da pele, determinará uma elevação da temperatura corporal interna. É o caso do sobreaquecimento e/ou de uma humidade relativa elevada.

A exposição ao calor intenso tem efeitos negativos na saúde que podem ser evitados. Os idosos são um grupo particularmente vulnerável do ponto de vista fisiológico (reflexo da sede deprimido) e patológico (comorbilidades e polimedicação).

A reação de cada pessoa à temperatura e os seus efeitos na saúde podem ser diferentes, podendo variar de um ligeiro rubor, edema, síncope, câibras e exaustão por calor, até ao golpe de calor, potencialmente fatal.

Exacerbação de doenças crónicas

Doenças crónicas, incluindo doenças cardiocerebrovasculares, respiratórias e diabetes, podem sofrer agudizações. A diminuição das temperaturas dificulta a termorregulação, aumentando o risco de eventos cardiovasculares e outros. Doenças como asma e a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) estão sujeitas a exacerbações devido ao ar frio e seco e à maior exposição a micro-organismos causadores de infeções respiratórias sazonais. Relativamente a essas patologias, e segundo dados do Perfil de Saúde, temos proporção de utentes com asma registada 2,6%, proporção de utentes com DPOC registada 1,2% e proporção de utentes com bronquite crónica registada 0,8%.

A prevalência da diabetes está nos 7,8%, cerca de 18 mil, e a de HTA de 19,9% dos utentes inscritos, ou seja, cerca de 47 mil.

Infeções respiratórias agudas, como a gripe e a COVID-19

Durante o outono-inverno, as infeções respiratórias agudas, como a gripe e a COVID-19, aumentam significativamente. A combinação de baixas temperaturas, maior permanência em ambientes fechados e pouca ventilação de espaços, cria condições propícias para a propagação de vírus respiratórios nesta época do ano. Na ULSAR, a gestão do processo de combate à gripe sazonal tem sido operacionalizada com base nas orientações técnicas e

operativas emanadas, anualmente e de forma sistemática, pelos serviços pertinentes da DGS e da DE-SNS.

Doenças transmitidas por vetores

As alterações climáticas e o aumento sustentado das temperaturas médias têm favorecido, nos últimos anos, a expansão geográfica e temporal de vetores (como mosquitos e carraças), potenciando o risco de transmissão de doenças. As doenças transmitidas por vetores são uma das principais ameaças à Saúde Global.

A ULSAR dispõe de um programa de vigilância de vetores (REVIVE), implementado a nível local pelas unidades de saúde pública, que se afigura essencial à proteção da saúde da população.

Acidentes ou eventos de relevo

Os acidentes constituem uma importante causa de morbilidade e mortalidade durante o verão em resultado do aumento da circulação de pessoas. Esta época é propícia a acidentes rodoviários e, em contexto balnear, a afogamentos. Entre os principais riscos identificados nesta época do ano, destacam-se os afogamentos, as queimaduras solares e insolações resultantes da exposição prolongada e desprotegida ao sol, os acidentes rodoviários cuja frequência aumenta substancialmente nestes meses, e as lesões traumáticas por mergulho em águas pouco profundas. A vigilância das crianças é uma prioridade nas praias, marítimas e fluviais, assim como em piscinas, privadas e públicas. O uso de meios pneumáticos, como bóias ou colchões, devem ser evitados, sobretudo na ausência de supervisão direta por adultos. Quanto à prevenção dos acidentes rodoviários, importa atentar à tríade condutor-veículo-estrada. Deverá haver um particular cuidado no planeamento de viagens, em especial de longo curso - desde logo assegurando pausas frequentes, para garantir o descanso, bem como o aprovisionamento e correto acondicionamento de água e bebidas não refrigerantes.

As condições meteorológicas adversas comuns do inverno, como chuva, neve, gelo e ventos fortes, aumentam o risco de acidentes rodoviários e quedas. A má ventilação dos espaços e uso inadequado de lareiras e aquecedores pode levar a incêndios domésticos e, no caso das braseiras, a intoxicações por monóxido de carbono. As quedas apresentam uma elevada frequência e transcendência no grupo etário dos idosos, cursando com uma elevada carga de doença pelas suas consequências. Outro evento de relevo é a hipotermia e a sua relação com as temperaturas extremas (frio e calor intensos) são condições ambientais com impacto clínico relevante, sobretudo em idosos, crianças, doentes crónicos, pessoas em situação de vulnerabilidade social e profissionais expostos

7.2. NÍVEIS DE RISCO LOCAL

No PLPRSS da ULSAR estão estabelecidos quatro níveis progressivos de risco, determinados com base em indicadores, aos quais corresponde uma matriz de resposta que associa a cada nível um conjunto graduado de medidas de preparação, coordenação e resposta a implementar pelas entidades do sistema de saúde. Estes níveis são definidos pela Autoridade de Saúde territorialmente competente, implicando um conjunto de medidas a ativar, de acordo com a decisão do Conselho de Administração da ULSAR.

A determinação do nível de risco obedece, portanto, ao modelo nacional previsto na Portaria nº 136/2026/1, de 31 de março, que estabelece quatro níveis de ativação, correspondentes a diferentes necessidades de preparação e resposta.

A vigilância em saúde pública corresponde a um processo contínuo e sistemático de recolha, análise e interpretação de dados e informações de saúde e seus determinantes. A sua finalidade é garantir, em tempo útil, informação indispensável para a avaliação de risco, implementação de medidas de prevenção e controlo, e planeamento em saúde.

Neste contexto, cabe antecipar alterações de tendência e padrão epidemiológico, deteção precoce de fenómenos de saúde, picos de procura de cuidados de saúde e aumento da gravidade, definir medidas de mitigação, proteger grupos vulneráveis e apoiar o planeamento e a avaliação de programas e intervenções, com base em evidência atualizada.

Para este efeito serão utilizados, com destaque, os Índices ÍCARO e FRIESA, embora o nível seja aferido por um conjunto de parâmetros, mais adiante indicados. Estes índices serão referência dado que são preditores do impacto das temperaturas extremas na saúde das populações. O principal benefício da sua utilização é a antecipação da resposta, a 9 dias no caso do Índice-FRIESA e a 3 dias no Índice-ÍCARO.

O **Índice-FRIESA** será utilizado entre novembro e março, e é uma medida numérica do risco potencial que as temperaturas mínimas extremamente baixas têm para a saúde da população dos distritos de Lisboa e do Porto, podendo levar ao óbito. Faz a revisão do impacte do frio na mortalidade calculado com base nas temperaturas observadas e previstas até 9 dias após a emissão do boletim O Índice-FRIESA toma valores iguais ou superiores a zero.

O **Índice-ÍCARO** será utilizado entre maio e setembro, e é uma medida numérica do risco potencial que as temperaturas ambientais elevadas têm para a saúde da população, podendo levar ao óbito. Toma valores maiores ou iguais a zero e corresponde a um excesso relativo de risco. É um indicador do efeito das temperaturas previstas para o próprio dia e os dois dias seguintes na mortalidade da população. Corresponde à razão entre o número de óbitos previsto, tendo em conta as temperaturas observadas e previstas, e o número de óbitos esperado sem o efeito do calor, menos 1. Pode ser assim interpretado como um excesso relativo de risco.

Os níveis de risco definidos obedecem, de forma genérica às seguintes situações:

TABELA 6 NÍVEIS DE RISCO, DESIGNAÇÃO E SITUAÇÃO EM QUE SE ENQUADRAM

Nível	Especificação	Situação
0 Verde	Preparação	Correspondente a situações de risco baixo, sem evidência de impacto na saúde da população e na capacidade de resposta dos serviços de saúde, que implicam sobretudo medidas de monitorização, planeamento e preparação.
1 Amarelo	Vigilância reforçada	Correspondente a situações de evento climático extremo provável e com potencial impacto moderado na saúde da população ou na procura de cuidados de saúde, especialmente em grupos vulneráveis, que implicam o reforço da vigilância, da comunicação de risco e da prontidão operacional dos serviços, podendo determinar ajustes na organização interna dos serviços.
2 Laranja	Resposta reforçada	Correspondente a situações de risco elevado para a saúde da população, com impacto significativo na procura de cuidados por grupos populacionais ou no funcionamento dos serviços de saúde, que determinam a ativação de medidas extraordinárias de coordenação, mobilização de recursos e resposta assistencial, incluindo, quando necessário, o adiamento de cuidados não urgentes.
3 Vermelho	Emergência	Correspondente a situações de evento extremo grave e com impacto elevado na saúde de toda a população ou disrupção significativa do sistema de saúde, que implica a ativação de mecanismos de coordenação de crise e de resposta de emergência.

O PLPRSS determina que os níveis de risco têm critérios específicos para a sua definição, estando previstos conjuntos de medidas a implementar para cada nível:

TABELA 7 NÍVEIS DE RISCO, SEUS CRITÉRIOS E MEDIDAS A IMPLEMENTAR

Nível	Critérios	Medidas a implementar
-------	-----------	-----------------------

0 Verde	Índices ÍCARO/FRIESA indicam efeito nulo sobre a mortalidade (em conjunto com outros parâmetros)	Informar a população das medidas preventivas a adotar; Identificar a população vulnerável;
1 Amarelo	Índices ÍCARO/FRIESA indicam efeito pouco provável sobre a mortalidade (em conjunto com outros parâmetros)	Informar a população das medidas preventivas a adotar; Identificar a população vulnerável; Promover o uso racional dos cuidados de saúde; Monitorizar a procura dos serviços.
2 Laranja	Índices ÍCARO/FRIESA indicam efeito provável sobre a mortalidade (em conjunto com outros parâmetros)	Divulgar informação de alerta; Informar a população e parceiros locais das medidas a adotar; Monitorizar e ajustar a resposta à procura dos serviços de saúde prevista.
3 Vermelho	Índices ÍCARO/FRIESA indicam efeito muito provável sobre a mortalidade (em conjunto com outros parâmetros)	Divulgar informação de alerta; Informar a população e parceiros locais das medidas a adotar; Monitorizar e ajustar a resposta à procura dos serviços de saúde prevista. Divulgar informação às entidades competentes de saúde e a outras instituições, incluindo a comunicação social Reforçar a articulação com entidades regionais com papel determinante na matéria

Para a aferição dos níveis de risco serão ainda considerados outros parâmetros/indicadores:

- Avisos meteorológicos, diários, do Instituto Português do Mar e da Atmosfera, I. P. (IPMA, I. P.);

- Boletim de Vigilância Epidemiológica da Gripe e outros Vírus Respiratórios, do INSA;
- Vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis relevantes, como as doenças transmitidas por vetores e as infeções respiratórias;
- Atividade gripal e de COVID-19, em Portugal e ao nível internacional;
- Evolução diária da mortalidade através do eVM e VDM;
- Informação relevante da Proteção Civil
- as características geográficas;
- a vulnerabilidade da população da área da ULSAR (estado de saúde, dependência social, condições habitacionais, etc.);
- a existência de fatores atmosféricos que agravavam o clima local, tais como a poluição, ventos fortes, nevoeiros, humidade, etc.;
- outras situações locais que podem condicionar a ativação de respostas específicas (eventos ao ar livre com população vulnerável);
- procura de cuidados de saúde prestados pela ULSAR

De notar que o quadro de níveis de risco segundo índices ÍCARO e FRIESA é apenas indicativo, sendo que os mesmos podem ser definidos de acordo com um conjunto de indicadores que impliquem efeitos sobre a saúde das populações e capacidade de resposta dos serviços.

7.2.1. Ativação/desativação dos níveis de risco local

A ativação e desativação dos níveis de risco local compete ao Conselho de Administração da ULSAR, por proposta da ELRSS.

De seguida são apresentados os critérios de ativação dos níveis de risco, com os respetivos indicadores, sendo que não existe critério único ou estanque para a ativação/desativação, estando essas decisões pendentes do conjunto de indicadores referidos para cada nível.

O nível zero será o nível verde, para situações de risco baixo, sem evidência de impacto na saúde da população e na capacidade de resposta dos serviços de saúde. Devem ser privilegiadas as medidas de preparação e prevenção.

Os restantes níveis distribuem-se da seguinte forma:

TABELA 8 CRITÉRIOS DE ATIVAÇÃO DOS NÍVEIS DE RISCO

NÍVEL 1	Período de sustentação
Critérios Críticos:	
• Dificuldade de garantir resposta assistencial adequada • Evento epidemiológico com impacto assistencial relevante	
Indicadores Relevantes:	
• Aumento da procura do Serviço de Urgência (SU) $\geq 10\%$ e $< 25\%$	3 dias
• Aumento do tempo médio de episódios SU $\geq 10\%$ e $< 20\%$	3 dias
• Aumento do tempo médio de espera de atendimento no SU dos utentes urgentes e muito urgentes $\geq 20\%$ e $< 40\%$	3 dias
• Taxa de ocupação hospitalar $\geq 85\%$ e $< 95\%$	3 dias
• Aumento da procura da consulta aberta nos CSP $\geq 15\%$ e $< 30\%$	3 dias
• Preenchimento total das vagas de consulta aberta antes das 12:00	3 dias
NÍVEL 2	Período de sustentação
Critérios Críticos:	
• Dificuldade severa de garantir resposta assistencial adequada • Esgotamento iminente da área física livre do SU	
Indicadores Relevantes:	
• Aumento da procura do Serviço de Urgência (SU) $\geq 25\%$ e $< 50\%$	3 dias
• Aumento do tempo médio de episódios SU $\geq 20\%$ e $< 30\%$	3 dias
• Aumento do tempo médio de espera de atendimento no SU dos utentes urgentes e muito urgentes $\geq 40\%$ e $< 60\%$	3 dias
• Taxa de ocupação hospitalar $\geq 95\%$	3 dias
• Ocupação dos serviços de Medicina $\geq 100\%$	3 dias
• Aumento da procura da consulta aberta nos CSP $\geq 30\%$ e $< 45\%$	3 dias
• Preenchimento total das vagas de consulta aberta antes das 10:30	3 dias
NÍVEL 3	Período de sustentação
Critérios Críticos:	
• Incapacidade de garantir resposta assistencial adequada • Esgotamento da área física livre do SU, impedindo a admissão de novos utentes • Catástrofe ou fenómeno ambiental extremo	
Indicadores Relevantes:	
• Aumento da procura do Serviço de Urgência (SU) $\geq 50\%$	3 dias
• Aumento do tempo médio de episódios SU $\geq 30\%$	3 dias

• Aumento do tempo médio de espera de atendimento no SU dos utentes urgentes e muito urgentes $\geq 60\%$	3 dias
• Taxa de ocupação hospitalar $\geq 105\%$	3 dias
• Aumento da procura da consulta aberta nos CSP $\geq 45\%$	3 dias
• Preenchimento total das vagas de consulta aberta antes das 09:00	3 dias

7.3. MEDIDAS PREVENTIVAS

Estas medidas, no **período de verão** incluem a articulação com diferentes atores e a promoção de comportamentos saudáveis e a implementação de estratégias que visam reduzir a exposição ao calor excessivo e aos riscos durante este período e as medidas a adequar face ao mesmo. Estas medidas assentam na articulação interinstitucional, na promoção de comportamentos protetores e na implementação de estratégias que visam reduzir a exposição a fatores de risco, designadamente o calor excessivo e os seus efeitos na saúde. Têm como objetivo minimizar o impacto na saúde da população, com especial enfoque nos grupos mais vulneráveis, nomeadamente crianças, pessoas idosas e indivíduos com comorbilidades.

No **período de outono-inverno** a gestão eficaz dos riscos associados a este período sazonal é crucial para proteger a saúde. As medidas preventivas desempenham um papel fundamental na mitigação dos efeitos adversos das vagas de frio, especialmente entre as populações mais vulneráveis.

Estas medidas incluem a articulação com diferentes atores e a promoção de comportamentos saudáveis e a implementação de estratégias que visam reduzir a exposição ao frio extremo e aos riscos durante este período e as medidas a adequar face ao mesmo.

As medidas preventivas do PLPRSS estão identificadas no seguinte quadro:

TABELA 9 MEDIDAS PREVENTIVAS PREVISTAS NO ÂMBITO DO PLANO LOCAL DE PREPARAÇÃO E RESPOSTA SAZONAL EM SAÚDE

Divulgar junto dos profissionais de saúde o Planos Local, e qualquer alteração aos mesmos que possa ocorrer
Comunicar aos profissionais de saúde, aos cidadãos e à comunicação social, o PLPRSS e qualquer alteração, sempre que a avaliação realizada o justificar, mediante os canais internos da ULSAR (páginas oficiais e outras vias, como informações via mail)
Promover ações de promoção de literacia em saúde

Cuidados no outono-inverno

-A capacitação da população deve privilegiar:

as recomendações sobre a vacinação sazonal, as medidas preventivas dos efeitos do frio na saúde, bem como a ocorrência de eventos relacionados com a época de inverno (patologia respiratória, intoxicações por monóxido de carbono, acidentes rodoviários), em particular junto dos grupos vulneráveis;

-a articulação dos utentes, famílias e cuidadores com os profissionais de saúde e agentes locais e de proximidade com a população - nomeadamente, farmácias, bombeiros, forças de segurança, autarquias, e demais associações locais, com aconselhamento aos utentes e familiares/ visitas sobre comportamentos em contexto de prevenção primária e de propagação de infeções respiratórias.

Cuidados na primavera-verão

Comunicação, informação e implementação de medidas para evitar os efeitos diretos e indiretos do calor intenso nos grupos vulneráveis, nomeadamente, informação sobre medidas de educação, literacia e proteção individual, como:

- Hidratação;
- Alimentação;
- Vestuário;
- Exposição solar;
- Atividade laboral e exercício físico ao ar livre;
- Conforto térmico de habitações e instalações;
- Prevenção da picada de vetores;

Assegurar a ventilação e climatização dos espaços interiores

Deve ser assegurada, sempre que possível, uma boa ventilação dos espaços, preferencialmente através de ventilação natural, procedendo à abertura de portas e/ou janelas. Pode também ser utilizada ventilação mecânica de ar (sistema AVAC – Aquecimento, Ventilação e Ar Condicionado), desde que esteja garantida a limpeza e manutenção adequada destes sistemas, de acordo com as recomendações do fabricante, e a renovação do ar nos espaços fechados (por arejamento frequente e/ou pelos próprios sistemas de ventilação mecânica);

Fomentar a higiene e etiqueta respiratória



Etiqueta respiratória é uma medida complementar à higienização e desinfeção das mãos e superfícies, bem como ao uso de máscara facial, sempre que aplicável. A etiqueta respiratória constitui uma prática que deve ser adotada permanentemente por qualquer pessoa, pelo que será disponibilizada informação acessível sobre a sua boa prática, nomeadamente através da afixação de cartazes informativos e meios de comunicação da ULSAR, USPAS e Câmaras Municipais
Incentivar a lavagem e/ou desinfeção correta e frequente das mãos
Deve ser garantida a manutenção e a promoção das boas práticas de higiene, nomeadamente a acessibilidade à lavagem das mãos com água e sabão, e/ou a desinfeção com solução adequada, pelo que será disponibilizada informação acessível, nomeadamente através da afixação de cartazes sobre a sua correta lavagem e/ou desinfeção; será reforçada a informação em meios de comunicação da ULSAR, USPAS e Câmaras Municipais
Respeitar a limpeza e desinfeção de equipamentos e superfícies
Toda a comunidade, nomeadamente os cidadãos, as famílias e os profissionais nos seus locais de trabalho, devem preocupar-se em manter a rotina de limpeza das superfícies, sobretudo aquelas onde tocam frequentemente. Nos locais prestadores de cuidados de saúde, deve ser garantida a higienização e desinfeção adequadas dos espaços e equipamentos de acordo com as boas práticas e recomendações técnico-normativas no âmbito do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA);
Diligenciar a existência e a utilização dos EPI
Promover a adoção de medidas de higiene respiratória e de controlo de infeção, não só a nível institucional/prestador de cuidados, mas também a um âmbito comunitário, incluindo a promoção da utilização de equipamento de proteção individual (EPI), quando aplicável e, no caso das instituições prestadoras de cuidados de saúde, em articulação com os serviços de saúde ocupacional e as unidades locais do PPCIRA (UL-PPCIRA). Além das redes hospitalar e de cuidados primários, é da maior relevância a implementação de medidas de controlo da infeção nas redes de cuidados continuados e paliativos, bem como em instituições do setor social (estruturas residenciais de apoio a idosos, lares e centros de dia).
Realizar campanhas de vacinação sazonal

Com o intuito de proteger as pessoas mais vulneráveis ou com maior risco de desenvolver doença grave e também de reduzir a pressão sobre o sistema de saúde, a campanha de vacinação sazonal tem como objetivo operacional garantir a cobertura vacinal para as vacinas sazonais da população elegível, para valores iguais ou superiores aos definidos internacionalmente, aplicando o conhecimento gerado nos últimos anos, em particular no que concerne aos processos de convocatória, de logística de distribuição e de registo.

Relativamente aos profissionais de saúde - e, em concreto aos prestadores diretos de cuidados - a vacinação configura uma obrigação ético-deontológica, decorrente do seu dever de zelar pela saúde de doentes e utentes.

A campanha de vacinação sazonal na ULSAR decorre nas Unidades Funcionais dos Cuidados de Saúde Primários e no Serviço de Saúde Ocupacional. Identificam-se 18 pontos de vacinação na ULSAR:

- UCSP Montijo Rural, Extensão Canha e Pegões;
- UCSP Alcochete;
- USF Luz do Tejo;
- UCSP Montijo;
- USF Aldegalega;
- USF Afonsoeiro;
- UCSP Moita;
- USF Boa Viagem;
- UCSP Alhos Vedros;
- USF Querer Mais;
- UCSP Baixa da Banheira;
- USF Santo António;
- UCSP Barreiro;
- USF Alburrica;
- USF Ribeirinha;
- USF Eça;
- USF Lavradio;
- Serviço de Saúde Ocupacional.

Esta campanha de vacinação sazonal inclui a vacinação a contra a COVID-19, contra a Gripe e contra o *Streptococcus pneumoniae*, de acordo com os normativos em vigor. Decorre também este ano a primeira campanha de imunização contra o Vírus Sincicial Respiratório, de

acordo com o estipulado na Norma 08/2025, de 11 de agosto, da Direção Geral de Saúde (DGS).

A vacinação para os utentes elegíveis para vacinação contra a gripe e a COVID-19, decorrerá nos seguintes níveis:

1. Cuidados de Saúde Primários

- e) Serão convocados todos os utentes com critérios de elegibilidade para vacinação nos CSP, de acordo com as Nomas da DGS. Prevemos que a convocatória seja centralizada pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), mas caso tal não aconteça será feita convocatória central pela ULSAR.
- e) Serão vacinados todos os utentes com critérios de elegibilidade que se dirijam às Unidades Funcionais e pretendam ser vacinados.
- e) Ainda não está quantificada a capacidade vacinal em todas as Unidades Funcionais, sendo que no ano anterior era de **2916** inoculações/semana, valor superior ao anterior.
- e) Na fase inicial da Campanha, para garantir a vacinação das Estruturas Residenciais Para Pessoas Idosas (ERPIS) nas três primeiras semanas, está planeado e organizado reforço desta capacidade vacinal por equipas dedicadas, conforme as necessidades identificadas.
- e) Está prevista a possibilidade de colaboração dos enfermeiros do hospital ou a contratação de prestadores, no caso dos Enfermeiros das Unidades Funcionais não terem a capacidade de resposta necessária, sem comprometer outras atividades.

2. ERPIS e similares

- d) O território da ULSAR foi dividido em cinco zonas: Barreiro, Moita, Montijo, Alcochete e Montijo Rural. Em cada zona existe um enfermeiro que fará a

operacionalização e dinamização do processo de vacinação, constituindo as equipas necessárias para o efeito, de acordo com o número de estruturas a vacinar, e responsabilizando-se também pela receção e distribuição destas vacinas.

- d) As ERPI e Similares serão vacinadas por enfermeiras/os das Unidades Funcionais, particularmente Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), com reforço de dois enfermeiros, em horas extraordinárias, por zona, podendo este reforço ser aumentado se necessário.
- d) A ULSAR tem na sua área de influência 77 ERPIS (similares), tendo sido vacinados em 2024/2025 1726 utentes e 331 profissionais, faltando ainda apurar os números de 2025/2026.
- d) Todas os utentes e profissionais das estruturas residenciais devem ser vacinados nas primeiras três semanas da Campanha.

3. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)

- c) A ULSAR tem na sua área de influência 8 Unidades da RNCCI.
- c) A vacinação é efetuada pelos enfermeiros das unidades de internamento, em articulação com enfermeira da Equipa Coordenadora Local (ECL).
- c) Os doentes internados no domicílio em Cuidados Continuados são vacinados por enfermeiros das UCC da sua área de residência - Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

4. Estabelecimentos Prisionais

a) na área de abrangência da ULSAR, encontra-se o Estabelecimento Prisional do Montijo sendo a vacinação deste Estabelecimento feita em articulação com os enfermeiros dos Serviços Prisionais.

5. Vacinação das pessoas em situação de sem abrigo

A vacinação das pessoas em situação de sem abrigo terá uma estratégia personalizada e articulada com o NPISA, a Proteção Civil, as Autarquias e as Associações com intervenção direta junto das pessoas em situação de sem abrigo.

6. Vacinação dos profissionais no contexto do Serviço de Saúde Ocupacional

- b) Os profissionais dos CSH serão vacinados no Serviço de Saúde Ocupacional da ULSAR.
- b) Os profissionais dos CSP serão vacinados na UF com ponto de vacinação, mais próxima do local onde os profissionais exercem a sua atividade, em articulação com o serviço de Saúde Ocupacional da ULSAR.

Reforçar a vigilância clínica nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) e Lares Residenciais

Mediante implementação dos Planos de Contingência das próprias estruturas e articulação direta com as Autoridades de Saúde Locais; em termos de vacinação as ERPI e Similares serão vacinadas por enfermeiras/os das Unidades Funcionais, particularmente Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), com reforço de dois enfermeiros, em horas extraordinárias, por zona, podendo este reforço ser aumentado se necessário.

Promover a criação de pontos focais junto da proteção civil

O ponto focal nos concelhos da ULSAR é a Autoridade Saúde Local, dado que integra a Comissão Municipal de Proteção Civil

Identificar os Locais de Abrigo Temporário (LAT)

Os SMPC identificam os LATs, sendo que ainda estão por definir, em alguns concelhos do território da ULSAR:

Barreiro - Escola Conde Ferreira, na Avenida Bento Gonçalves, com 15 vagas;

Montijo - Centro de Acolhimento de Emergência Social 2.0, com 28 vagas;

Moita e Alcochete não têm, atualmente, locais definidos.

Assegurar a elaboração ou revisão de Orientações Técnicas

Sempre que se justifique, pelos profissionais/grupos dentro de cada área de atuação (Equipa Gestora do Programa de Vacinação, PPCIRA, Saúde ocupacional, ...)

- **Capacitar as pessoas para a autogestão de cuidados em situação de doença ligeira**
- **Promover linha SNS 24 (808 24 24 24) como contacto privilegiado com o sistema de saúde**
- **Incentivar o recurso adequado aos cuidados de saúde primários nas situações de doença aguda ou agudização de doença crónica**
- **Promover a utilização do portal e da App SNS 24**
- **Assegurar a divulgação de alterações organizativas dos serviços de saúde, a promoção da sua adequada utilização e a adoção de medidas de prevenção e autoproteção**

Todas estas medidas serão promovidas através de cartazes nas unidades, informação direta de todos os profissionais de saúde aos utentes, assim como páginas da ULSAR e todos os seus meios de comunicação, com o reforço, se necessário, em níveis de risco mais elevados, das Câmaras Municipais, Comunicação Social Local e SMPC

Exemplos:

- a. Divulgação dos cartazes do SNS referentes à linha SNS24 e à linha SNS24 Grávida nas redes sociais da ULSAR (Facebook e Instagram), com periodicidade semanal. Cartaz da linha SNS24 colocado em todas as unidades que integram a ULSAR (CSP e CSH).
- b. Divulgação de cartaz da ULSAR sobre os Serviços de Atendimento Complementar existentes, com informação sobre localização das unidades/dias/horários.
- c. Divulgação nas redes sociais da ULSAR (Facebook, Instagram) com periodicidade semanal e colocação de cartaz em todas as unidades que integram a ULSAR (Hospitais e Unidades de Saúde).
- d. Divulgação do cartaz informativo da ULSAR sobre o mapa interativo do SNS, informando os utentes do local onde podem confirmar quais as urgências abertas. Divulgação nas redes sociais, com periodicidade semana

Apresentar medidas para assegurar a comunicação de risco aos diferentes grupos vulneráveis e de risco

Serão asseguradas respostas de proximidade, de acordo com necessidades em saúde dos grupos vulneráveis e de risco, com a acessibilidade necessária e possível, ao nível das Unidades de Cuidados de Saúde Primários, em articulação com os Parceiros Comunitários (Autarquias, Segurança Social Proteção Civil, Farmácias Comunitárias, entre outros) e restantes níveis de intervenção (CSH e RNCCI), minimizando a disrupção da resposta dos Serviços de Saúde. As Unidades Funcionais, na autonomia que lhes compete, reorganizam a sua atividade, para facilitar a acessibilidade aos cuidados, quer em consulta presencial, não presencial ou consulta domiciliária, sempre que necessário, de acordo com o contexto clínico e necessidades dos utentes.

O trabalho de comunicação será realizado pela ULSAR e parceiros comunitários adequados, segundo cada subgrupo de população vulnerável

Garantir orientações específicas para comunicação interna e externa da Instituição

A ELRSS, as Autoridades de Saúde Locais e o Conselho de Administração garantem orientações específicas, segundo níveis de risco ou conteúdo informativo, para comunicação dentro da ULSAR, assim como a parceiros intersectoriais e população em geral

7.4. MEDIDAS OPERACIONAIS

Em função da avaliação de risco, as ELRSS devem sugerir a implementação de medidas proporcionais ao risco identificado. No que respeita às medidas operacionais, compreendem medidas de monitorização, planeamento, preparação e resposta, de acordo com o nível ativado:

Nível 0 - Verde – Preparação

TABELA 10 MEDIDAS PARA NÍVEL VERDE

Cuidados de Saúde Primários	Cuidados Hospitalares
• Monitorização contínua da procura assistencial	• Monitorização contínua dos indicadores assistenciais

Nível 1 - Amarelo - Vigilância reforçada

As medidas a implementar, que acrescem às medidas do nível anterior e que devem ser complementadas com as medidas locais que sejam consideradas pertinentes, são, genericamente, as seguintes:

TABELA 11 MEDIDAS PARA NÍVEL AMARELO

Cuidados de Saúde Primários	Cuidados Hospitalares
• Monitorização diária da procura assistencial • Reforço da consulta aberta para doença aguda • Ajuste dinâmico de agendas • Reajuste dos procedimentos de triagem e utilização da teleconsulta • Reforço da articulação interinstitucional • Informação preventiva à população através de veículos de informação adequados • Reforço das ações de literacia em saúde que visem a utilização da linha SNS24 como ponto primário de contacto com o SNS por parte dos utentes • Informação sobre os LAT previamente identificados e formas de acesso • Cooperação com as autarquias e entidades da proteção civil na identificação das habitações e estruturas residenciais sem climatização adequada • Definição de procedimentos de articulação com as ERPI e demais respostas residenciais da área geográfica de abrangência • Identificação de grupos prioritários, os quais devem ser sujeitas a acompanhamento próximo, periódico e ajustado às suas necessidades de cuidados, presencial ou por teleconsulta, articulando com os Cuidados Hospitalares ou demais estruturas locais. • Preparação das medidas a ser ativadas no nível seguinte	• Elaboração do plano diário de altas • Identificação de um responsável por gestão de vagas • Monitorização diária da disponibilidade de vagas • Promoção de alta clínica precoce segura, em articulação com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e respostas sociais • Adequar a distribuição dos utentes que requerem cuidados menos diferenciados (ex.: utentes a aguardar resolução social) libertando profissionais mais diferenciados para setores críticos • Monitorização da lotação e <i>boarding</i> do SU • Garantir a efetividade da alta médica nos serviços de internamento, com especial ênfase ao fim de semana e feriados • Reforçar a capacidade do Hospital de Dia, para doentes crónicos agudizados e patologia respiratória, mediante reforço de equipa médica e de enfermagem • Monitorização contínua dos indicadores assistenciais • Reforço pontual das equipas do Serviço de Urgência, incluindo as equipas de triagem e das salas de observação • Otimização dos circuitos assistenciais • Reuniões operacionais regulares • Preparação das medidas a ser ativadas no nível seguinte, incluindo: ◦ Definição de áreas de expansão assistencial ◦ Mapeamento de camas suplementares

Nível 2 - Laranja - Resposta reforçada

As medidas a implementar, que acrescem às medidas do nível anterior e que devem ser complementadas com as medidas locais que sejam consideradas pertinentes, são, genericamente, as seguintes:

TABELA 12 MEDIDAS PARA NÍVEL LARANJA

Cuidados de Saúde Primários	Cuidados Hospitalares
• Aumento gradual da capacidade de consulta aberta, proporcional ao aumento da procura • Implementação de horários alargados privilegiando o aumento da capacidade da consulta aberta • Reorganização da atividade programada não prioritária de forma a priorizar o atendimento em consulta aberta • Reforço de equipas multidisciplinares • Criação de circuitos dedicados a patologia sazonal • Reforço dos cuidados domiciliários, com especial enfoque no apoio presencial aos grupos prioritários, nomeadamente através da expansão de vagas das Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), mediante realocação temporária de enfermeiros provenientes de programas/projetos das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) de menor carga sazonal ou de unidades/serviços com atividade programada suspensa. • Reforçar a atividade do Serviço de Atendimento Complementar (SAC), privilegiando a resposta à doença aguda em detrimento da atividade programada. • Promoção, em articulação com as autarquias e Proteção Civil, da utilização dos LAT por pessoas mais vulneráveis sem acesso a climatização adequada • Preparação das medidas a ser ativadas no nível seguinte	• Reforço formal das equipas assistenciais, em proporção ao aumento da procura • Reorganização funcional do Serviço de Urgência • Ativação de áreas de expansão assistencial • Ativação de camas suplementares • Redução programada de atividade cirúrgica não urgente ou prioritária • Reavaliar imediata e permanentemente todos os utentes internados, identificando as pessoas com condições para regressar ao seu domicílio ou com condições de transição para respostas comunitárias adequadas, de modo a libertar camas da RNCCI • Reforçar o Serviço Social no Serviço de Urgência para agilização de altas • Priorizar a observação de doentes referenciados via unidades funcionais dos CSP, RNCCI ou ERPI, através de “linhas verdes” previamente definidas • Preparação das medidas a ser ativadas no nível seguinte, incluindo: ◦ Definição de critérios de transferência de doentes diferenciados/críticos por especialidade ◦ Definição do modelo de expansão extraordinária das áreas assistenciais ◦ Definição do modelo de expansão da capacidade de cuidados intensivos ◦ Definição de estruturas de comando operacional

Nível 3 - Vermelho – Emergência

As medidas a implementar, que acrescem às medidas do nível anterior e que devem ser complementadas com as medidas locais que sejam consideradas pertinentes, são, genericamente, as seguintes:

TABELA 13 MEDIDAS PARA NÍVEL VERMELHO

Cuidados de Saúde Primários	Cuidados Hospitalares
• Reforço da resposta domiciliária para agilizar altas hospitalares, nomeadamente através do reforço e ajuste das ECCI • Apoio clínico in loco às ERPI e famílias de acolhimento da área geográfica de abrangência • Suspensão parcial da atividade programada não prioritária das unidades de forma a dar resposta aos pontos anteriores • Funcionamento alargado das unidades assistenciais, privilegiando o acesso em tempo útil à consulta aberta se existência de recursos humanos • Mobilização extraordinária de profissionais em função do necessário para dar resposta aos pontos anteriores • Criação de estruturas assistenciais provisórias/temporárias, em articulação com as autarquias e Proteção Civil	• Priorização do regime de ambulatório, com suspensão da atividade cirúrgica adicional não ambulatorizável e da atividade cirúrgica convencional não urgente, exceto oncologia e outras cirurgias prioritárias • Redução/suspensão de consulta externa não urgente, alocando os recursos em função da procura nos serviços com maior pressão assistencial • Reorganização global dos circuitos assistenciais • Reforço extraordinário de equipas • Transferência inter-hospitalar estruturada • Mobilização, excecional, de profissionais dos serviços cuja atividade foi suspensa (ex.: blocos operatórios, consulta externa, atividade programada) para reforço da resposta à doença aguda (ex.: SU, internamento, cuidados intermédios/respiratórios) • Expansão extraordinária das áreas assistenciais, de acordo com a capacidade de expansão interna, incluindo a abertura de camas de contingência em áreas alternativas e a conversão funcional de áreas não-assistenciais em internamento • Expansão da capacidade de cuidados intensivos • Ativação de estruturas de comando operacional • Prever a possibilidade de ativação de unidades de retaguarda (“hospitais de campanha”), em articulação com Proteção Civil, Autarquias, Forças Armadas para Internamento de baixa complexidade – exclusivamente para utentes estabilizados a aguardar resposta RNCCI/ERPI

Relativamente a medidas específicas, nomeadamente recursos humanos, entre outras, que passaremos a enunciar, no PLPRSS a principal medida para o nível 1 de ativação é o reforço de

recursos humanos, para o nível 2 adiciona-se a articulação entre serviços da ULSAR para redireccionamento do atendimento ambulatorio de acordo com a prioridade clínica, e, para o nível 3 um ajuste da atividade programada em ambulatorio.

Quanto aos **recursos humanos a nível de cuidados hospitalares**, as escalas das Equipas Médicas dos Serviços de Urgência Médico-Cirúrgica e Urgência Pediátrica serão ajustadas de acordo com os níveis de contingência, definidos em conformidade com a disponibilidade de recursos possíveis:

- a. Realização de horas extraordinárias;
- b. Recrutamento de profissionais - contrato de trabalho ou contrato de prestação de serviços.

As escalas das Equipas de Enfermagem e Assistentes Operacionais dos Serviços de Urgência Médico-Cirúrgica e Urgência Pediátrica serão reforçadas e ajustadas ao fluxo de doentes, em conformidade com a disponibilidade de recursos, para a realização de horas extraordinárias, de profissionais do Serviço de Urgência /Urgência Pediátrica ou de outros Serviços da ULSAR / Internamento Pediatria, de acordo com escala que já se encontra previamente definida.

A constituição das equipas segundo o nível está explicitada na seguinte tabela:

TABELA 14 CONSTITUIÇÃO DAS EQUIPAS DE URGÊNCIA DE ACORDO COM O NÍVEL DE RISCO

Equipa Base	08h - 20h	20h - 00h	00h – 08h
Nº de Médicos - Especialistas	9	9	
Nº de Médicos - Internos	3	3	
Nº de Médicos - Outros	5	3	
Nº de Enfermeiros	15	15	14
Nº de Assistentes Operacionais	12	11	8
	Nível 1		

Recursos Humanos necessários		08h – 20h	20h – 00h	00h – 08h
Nº de Médicos - Especialistas	- 10		9	
Nº de Médicos - Internos		4	4	
Nº de Médicos - Outros		5	3	
Nº de Enfermeiros		15	15	14
Nº de Assistentes Operacionais		12	11	8
		Nível 2		
RH necessários		08h -20h	20h – 00h	00h – 08h
Nº de Médicos - Especialistas		11	9	
Nº de Médicos - Internos		4	4	
Nº de Médicos - Outros		6	3	
Nº de Enfermeiros		20	20	19
Nº de Assistentes Operacionais		14	13	10
		Nível 3		
RH necessários		08h –20h	20h – 00h	00h – 08h
Nº de Médicos - Especialistas		11	10	

Nº de Médicos - Internos	4	4	
Nº de Médicos - Outros	6	4	
Nº de Enfermeiros	22	22	21
Nº de Assistentes Operacionais	15	14	11

No que diz respeito ao **ajuste da atividade programada em ambulatório**, esta medida refere-se à necessidade de dar resposta perante números elevados de episódios de urgência, utilizando capacidade instalada para atividades programadas em ambulatório, em termos de recursos humanos. Permite diminuir tempos de espera e manter uma fluência de circuito adequada.

Fatores como **internamento prolongado** em doentes com idade avançada, elevada carga de doença crónica e ausência de suporte na comunidade, são contributos inequívocos para o desequilíbrio entre a procura e a oferta.

Esta realidade tem sido gerida através da articulação da **Equipa de Gestão de Camas**, Responsáveis Clínicos e Administradores das áreas Médica, Cirúrgica e Urgência, Serviço Social e Conselho de Administração.

São realizadas semanalmente três reuniões presenciais multidisciplinares - Reuniões de Gestão de Camas - com os profissionais supracitados, para análise das necessidades e dos constrangimentos, casos de internamento prolongado ou de causa social, procurando em conjunto as soluções possíveis.

As três reuniões semanais são permanentes, escalando até cinco, de acordo com o nível de contingência ativado, e necessidades identificadas pelo Conselho de Administração em articulação com os Serviços.

Diariamente são disponibilizados pela Equipa de Gestão de Camas os mapas de ocupação de camas, em todos os Serviços, nos períodos da manhã e da tarde, permitindo a mobilização de doentes, logo que possível, para as áreas de cuidados mais adequadas a cada caso.

Esta metodologia garante a atenção permanente e responsabilidade partilhada nos vários níveis de gestão.

O facto de dispormos, no Hospital N.º Sr.ª do Rosário, de **Unidade de Cuidados Paliativos** com 8 camas de internamento, apoio a doentes internados noutros Serviços e Consulta de Cuidados Paliativos, é uma mais-valia da ULSAR no que a esta área de cuidados diz respeito. Também a **Hospitalização Domiciliária**, Médica e Cirúrgica, com 10 doentes cada, tem demonstrado ser uma mais valia deste modelo assistencial, particularmente em contexto de níveis de risco mais elevados. A capacidade de hospitalização domiciliária pode ser incrementada até 15 utentes em cada uma das áreas.

Ao nível das Unidades Funcionais dos **Cuidados de Saúde Primários** está prevista a reorganização da sua atividade, adequando a resposta à procura, particularmente aumentando a capacidade de resposta à doença aguda. Esta reorganização está vinculada ao nível de contingência definido anteriormente baseado em critérios hospitalares.

As Unidades podem aumentar o número de vagas de consulta de doença aguda entre 5% e 25%, de acordo com o aumento da procura.

As Unidades comunicam ao Conselho de Administração o planeamento da sua atividade, ou seja, horário e número de consultas de doença aguda, consultas abertas e consultas de intersubstituição.

Esta reorganização da atividade não deve comprometer a atividade assistencial programada, concretamente a resposta a grupos vulneráveis e grupos de risco.

Mantém-se implementado o **Protocolo “Azúis e Verdes”** garantindo as Unidades Funcionais pelos menos 2 vagas /dia, preferencialmente uma no horário da manhã e uma no horário da tarde, para atendimento de utentes referenciados pelos CSH, com estas prioridades, de acordo com o previsto no Protocolo. Este número de vagas poderá ser aumentado, se necessário.

Proceder-se-á ao ajuste da resposta do **Atendimento Complementar** de Fins de Semana e Feriados nas Unidades dos Cuidados de Saúde Primários.

O Atendimento Complementar funciona nos horários das 9h-15h, em três polos da ULSAR:

AC Alcochete, AC Alhos Vedros e AC Barreiro.

De acordo com a procura:

- 1) Aumenta 1 médico em cada equipa, se a procura ultrapassar os 50% do número médio de atendimentos.
- 2) Se a procura justificar, implementada a medida 1) alargam o horário até às 18h.
- 3) Se a procura justificar, mantendo as medidas 1) e 2) alargam o horário até às 20h.

O Atendimento Complementar é realizado com recurso a horas suplementares de toda a equipa multiprofissional das nossas Unidades Funcionais ou através de recrutamento de profissionais – contrato de trabalho ou contrato de prestação de serviços. Neste contexto, a realização de trabalho suplementar está claramente condicionado pela greve anual decretada pelos sindicatos. Serão realizadas **reuniões mensais** (presenciais/online) da Diretora Clínica dos CSP e Departamento dos CSP, com os Coordenadores e Conselhos Técnicos das Unidades Funcionais, para acompanhamento e monitorização das medidas implementadas em contexto do PLPRSS e reorganização da resposta.

8. MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO

A monitorização e avaliação do PLPRSS incumbe à ELRSS, que acompanhará a elaboração e implementação da execução local em estreita articulação com o conselho de administração da ULSAR.

A monitorização e avaliação do constituem componentes essenciais para assegurar a efetividade das medidas implementadas e a sua adequação à evolução dos fenómenos sazonais.

Serão adotados processos que visam identificar pontos fortes e boas práticas, constrangimentos e falhas operacionais, assim como oportunidades de melhoria ao nível dos planos, procedimentos e articulação institucional.

O acompanhamento e monitorização do plano é realizado pela respetiva ELRSS-MI, em estreita articulação com o conselho de administração da ULS, que aprova alterações nos níveis de contingência e respetivas medidas a implementar. Estas alterações são comunicadas ao Departamento Regional, à DGS e DE SNS.

Os principais indicadores a acompanhar para a monitorização do plano constam do Anexo I. A maioria dos indicadores estão disponíveis a partir dos dashboards elaborados para o efeito pela DGS.

Os indicadores para os **períodos de outono-inverno** que atualmente são passíveis de obter e monitorizar, com a periodicidade semanal, tendo o apoio do Gabinete de Planeamento, não dependentes de entidades externas à ULSAR, e que, por esse motivo, poderemos utilizar com certeza, são para os CSP e CSH:

Consultas em CSP:

- Nº de consultas em CSP;
- Nº de consultas não programadas em CSP;
- Nº de consultas em CSP, por síndrome gripal (R80);
- Proporção de consultas em CSP, por síndrome gripal;
- Nº de consultas em CSP, por grupo etário;
- Nº de consultas em CSP por síndrome gripal, por grupo etário;
- Proporção de consultas em CSP por síndrome gripal, por grupo etário;
- Proporção de consultas em CSP por síndrome gripal a utentes com idade ≥ 65 anos.

Episódios de urgência hospitalar (UH):

- N.º de episódios UH;
- Proporção de episódios UH por Síndrome Gripal (total e por grupo etário);
- Proporção de episódios UH por Infecções Respiratórias Agudas;
- N.º de episódios UH, com destino o internamento;
- N.º de episódios UH por Síndrome Gripal, com destino o internamento.

Internamentos em Enfermaria e Unidades de Cuidados Intensivos (UCI):

- Ocupação em Enfermarias por todas as causas;
- Ocupação em UCI por todas as causas;
- Ocupação em UCI por Gripe;
- Ocupação em UCI por COVID-19.

Será ainda acompanhada, através do Grupo de Coordenação Local de Vacinação da ULSAR, a monitorização da campanha de vacinação sazonal e imunização contra o Vírus Sincial Respiratório.

Os indicadores para os **períodos de primavera-verão** são os seguintes:

Consultas em CSP:

- N.º de consultas em CSP;
- N.º de consultas por Gastroenterite | Códigos ICPC-2: D70 e D73
- N.º de consultas por Desidratação | Código ICPC-2: T11
- N.º de consultas por Infecções Respiratórias Agudas | Códigos ICPC-2: R80; R29.01; A77.01; R71; R72, R73, R74; R75; R77; R78; R79; R81; R82; R83, R99

Episódios de urgência hospitalar (UH):

- N.º de episódios UH;
- Proporção de episódios UH por Vómitos, Diarreia ou Gastroenterite Aguda
- Proporção de episódios UH por Desidratação
- Proporção de episódios UH por Infecções Respiratórias Agudas

- Proporção de episódios UH com destino o internamento
- Proporção de episódios UH por Infecções Respiratórias Agudas;
- N.º de episódios UH, com destino o internamento;

Internamentos em Enfermaria e Unidades de Cuidados Intensivos (UCI):

- Ocupação em Enfermarias por todas as causas;
- Ocupação em UCI por todas as causas;

A informação referente aos indicadores recolhidos de forma ativa a partir das instituições/fontes dos dados (e.g.: alguns indicadores hospitalares, Linha SNS 24, INEM), é agregada por semana, e diária sempre que se justifique. Para níveis de risco verde e amarelo serão realizadas atualizações semanais, sendo que, para níveis de risco laranja ou vermelho teremos atualizações diárias.

9. CRONOGRAMA

O PLPRSS será elaborado até 30 de abril de 2026, e enviado ao CA de ULSAR para validação e envio à DE SNS e DGS.

Será elaborado, até 31 de outubro de 2026 um relatório intercalar de avaliação do ciclo anual. Até 15 de maio de 2027 será elaborado e posteriormente enviado para o Conselho de Administração da ULSAR, um relatório síntese sobre as ações desenvolvidas localmente, mencionando facilidades e/ou constrangimentos no desenvolvimento do PLPRSS e indicando medidas que visem a melhoria ou eficácia de intervenções futuras. O Conselho de Administração remeterá o relatório para a DGS e DE SNS, assim como para o Departamento Regional.

TABELA 15 CRONOGRAMA

Ações	Responsável	Implementação/ Realização
Elaboração do Plano Local	Dr. Mauro Oliveira	30/04/2026
Elaboração do Relatório Intercalar de Avaliação do Ciclo Anual	Dr. Mauro Oliveira	31/10/2026
Elaboração do Relatório de Avaliação do Ciclo Anual	Dr. Mauro Oliveira	15/05/2027

10. ANEXOS

Anexo 1: Indicadores utilizado no período outono-inverno

Indicador	Fonte de informação
Condições ambientais	
Temperaturas máximas e mínimas observadas e previstas	IPMA
Avisos meteorológicos para temperaturas mínimas e frio extremo	IPMA
Índice FRIESA (efeito do frio sobre a mortalidade)	INSA
Qualidade do ar ambiente	APA
N.º de eventos/ ocorrências de exceção	DGS/ANEPC/IPMA/ ULS/DE-SNS
Vacinação	
Gripe	
N.º de doses de reforço sazonal administradas [Total; em farmácias comunitárias; e no SNS]	DGS (VACINAS)
Cobertura vacinal (reforço sazonal), por grupos etários decenais	
Cobertura vacinal (reforço sazonal), nas pessoas com comorbilidades	
Cobertura vacinal (reforço sazonal), nos residentes de ERPI	
COVID-19	
N.º de doses de reforço sazonal administradas [Total; em farmácias comunitárias; e no SNS]	DGS (VACINAS)
Cobertura vacinal (reforço sazonal), por grupos etários decenais	
Cobertura vacinal (reforço sazonal), nas pessoas com comorbilidades	
Cobertura vacinal (reforço sazonal), nos residentes de ERPI	
Vigilância da COVID-19, da Gripe e outros vírus respiratórios	
Situação epidemiológica da COVID-19, Gripe e outros vírus respiratórios	DGS (SINAVE)/INSA
Identificação e caracterização dos vírus em circulação	INSA
Procura Serviços de Saúde SNS	
SNS 24	
N.º de atendimentos triados, total	SPMS (Linha SNS 24)
N.º de atendimentos triados por algoritmo “Tosse”	
N.º de atendimentos triados por algoritmo “Febre”	
N.º de atendimentos triados por algoritmo “Infecção Respiratória Aguda”	
N.º de atendimentos triados por tipo de encaminhamento (emergência, urgência hospitalar, cuidados de saúde primários, autocuidados)	

Emergência médica - INEM	
N.º de chamadas	
N.º de ocorrências, por nível de prioridade	INEM
N.º de acionamentos	
Consultas em cuidados de saúde primários (CSP)	
N.º de consultas em CSP, total	
N.º de consultas por Síndrome Gripal Código ICPC-2: R80	ACSS/ DE-SNS/ ULS/ SPMS
N.º de consultas por Infecções Respiratórias Agudas Códigos ICPC-2: R80; R29.01; A77.01; R71; R72, R73, R74; R75; R77; R78; R79; R81; R82; R83, R99	(SIM@SNS)
Episódios de urgência hospitalar (UH)	
N.º de episódios UH	
Proporção de episódios UH por Síndrome Gripal (total e por grupo etário)	ACSS/ DE-SNS/ ULS/ SPMS
Proporção de episódios UH por Infecções Respiratórias Agudas	(SIM@SNS/SDM)
N.º de episódios UH, com destino o internamento	
N.º de episódios UH por Síndrome Gripal, com destino o internamento	
Internamentos em Enfermaria e Unidades de Cuidados Intensivos (UCI)	
Ocupação em Enfermarias por todas as causas	ACSS/ DE-SNS/ ULS/ SPMS
Ocupação em UCI por todas as causas	(SIM@SNS/SDM)
Ocupação em UCI por Gripe	DGS/CESP
Ocupação em UCI por COVID-19	(Rede de Hospitais)
Mortalidade	
Número de óbitos diário e semanal	DGS (SICO-eVM)
Excesso de mortalidade por todas as causas diário e semanal	INSA (VDM)/ DGS (SICO-eVM)
Mortalidade específica por COVID-19	DGS (SICO)
Informação Complementar	
"Captura" da informação através de fontes informais	DGS/CESP
Alertas nacionais e internacionais	DGS/CESP (Plataformas de alerta, Rede das Autoridades de Saúde)
Monitorização e avaliação do Plano	
N.º de relatórios semanais de âmbito nacional elaborados	DGS

Anexo 2: Indicadores utilizado no período de verão

Indicador	Fonte de informação
Condições ambientais	
Temperaturas máximas e mínimas observadas e previstas	IPMA
Índice ÍCARO (efeito do calor sobre a mortalidade)	INSA
Qualidade do ar ambiente exterior	APA
Vigilância baseada em eventos	
Avisos meteorológicos para tempo quente	IPMA
N.º de eventos/ ocorrências de exceção (e.g. grandes incêndios)	DGS/ANEPC/IPMA/ Autoridades de Saúde
Disponibilidade de medicamentos	INFARMED
Alertas internacionais e outros alertas nacionais relevantes	DGS/ Autoridades de Saúde
Vigilância de doenças transmissíveis	
Doenças transmitidas por vetores	
Vigilância das doenças transmitidas por vetores	DGS (SINAVE)/INSA
Infeções respiratórias	
Vigilância das infeções respiratórias de notificação obrigatória	DGS (SINAVE)/INSA
Vigilância da Gripe e outros vírus respiratórios	INSA/DGS
Vigilância da COVID-19	DGS/INSA
Serviços de Saúde SNS	
SNS 24	
N.º de atendimentos triados, total e por grupo etário	SPMS (Linha SNS 24)
N.º de atendimentos triados por algoritmo "Queimaduras"	
N.º de atendimentos triados por algoritmo "Exposição solar"	
N.º de atendimentos triados por algoritmo "Náuseas e Vômitos"	
N.º de atendimentos triados por tipo de encaminhamento (emergência, urgência hospitalar, cuidados de saúde primários, autocuidados)	
Emergência médica - INEM	
N.º de chamadas	INEM
N.º de ocorrências, por nível de prioridade	
N.º de acionamentos	

Consultas em cuidados de saúde primários (CSP)	
N.º de consultas em CSP, total	ACSS/DE-SNS/SPMS (SIM@SNS)
N.º de consultas por Gastroenterite Códigos ICPC-2: D70 e D73	
N.º de consultas por Desidratação Código ICPC-2: T11	
N.º de consultas por Infecções Respiratórias Agudas Códigos ICPC-2: R80; R29.01; A77.01; R71; R72, R73, R74; R75; R77; R78; R79; R81; R82; R83, R99	
Episódios de urgência hospitalar (UH)	
N.º de episódios UH	ACSS/DE-SNS/SPMS (SIM@SNS)
Proporção de episódios UH por Vômitos, Diarreia ou Gastroenterite Aguda	
Proporção de episódios UH por Desidratação	
Proporção de episódios UH por Infecções Respiratórias Agudas	
Proporção de episódios UH com destino o internamento	
Tempo médio de espera entre a triagem e a primeira observação médica	
Internamentos em Enfermarias e Unidades de Cuidados Intensivos (UCI)	
Ocupação em Enfermarias por todas as causas	ACSS/DE-SNS/SPMS (SIM@SNS/SDM)
Ocupação em UCI por todas as causas	
Mortalidade	
Número de óbitos diário e semanal	DGS (SICO-eVM)
Excesso de mortalidade por todas as causas diário e semanal	INSA (VDM)/ DGS (SICO-eVM)
Mortalidade específica por COVID-19 e grandes grupos	DGS (SICO-eVM)
Informação complementar	
Caracterização dos comportamentos aditivos e dependências	ICAD
Atividade Transfusional e Sistema de Hemovigilância e Biovigilância	IPST
Armazenamento e distribuição de vacinas	SUCH
Monitorização e avaliação do Plano	
N.º de relatórios semanais de âmbito nacional elaborados	DGS
Proporção de estabelecimentos de saúde do SNS que remeteram os seus Planos de Contingência específicos à DE-SNS e respetiva ARS	DE-SNS/ARS
Períodos de tempo de ativação de Planos de Contingência	DE-SNS/ULS/ARS/ Autoridades de Saúde
N.º de Locais de Abrigo Temporário ativados	Autoridades de Saúde