

PLANO DE GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

(PGRIC)

2026

Serviço de Auditoria Interna

Unidade Local de Saúde da Região de Leiria, E.P.E

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

Palavras-Chave: Gestão de risco; Corrupção; Infrações conexas; Controlo interno; Cumprimento normativo

Destinatários		Universo da Unidade Local de Saúde – Região de Leiria	
Data	Elaboração	Aprovação	Assinatura (s) Responsável (eis) pela Aprovação
	Grupo de Trabalho nomeado por deliberação do Conselho de Administração	Conselho de Administração	<i>Originais no Conselho de Administração</i>
	2024.11.13	2011.05.26	

MAPA DE REVISÕES

Revisão	Página(s)	Motivo	Responsável(eis)pela Revisão	Data	Assinatura do(s) responsável(eis) pela aprovação
01	Todas	Atualização do plano Adaptação ao template de documentos em vigor no ULSLR	Auditor Interno e Gabinete Jurídico	2013.03.18	<i>O Conselho de Administração:</i>
02	Todas	- Atualização do plano - Adaptação ao Regulamento interno em vigor no ULSRL - Recomendações da IGAS	Auditor Interno, Gabinete Jurídico e Serviços: Gestão Doentes, Gestão Financeira, Aprovisionamento, Recursos Humanos, Instalações e Equipamentos, Farmácia e Sistemas de Informação	2015.03.20	<i>O Conselho de Administração:</i>
03	Todas	Atualização do plano Adaptação ao Regulamento interno em vigor no ULSRL	Auditor Interno e Gabinete Jurídico	2019.06.13	<i>O Conselho de Administração</i>
04	Todas	Atualização do plano	Serviço de Auditoria Interna	2021.06.16	<i>O Conselho de Administração</i>
05	Todas	- Atualização do plano - Adaptação do plano à nova estrutura organizacional ULSRL	Serviço de Auditoria Interna	2024.11.13	<i>O Conselho de Administração</i>

PLANO

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

06	Todas	• Atualização das medidas preventivas associadas aos riscos de categoria elevado ou crítico	Serviço de Auditoria Interna	2025.01.28	O Conselho de Administração
07	Todas	• Atualização do plano de acordo com o RGPC, Guia MENAC N.º 1/2023 e Recomendações da IGAS (Proc. N.º 111/2025), incluindo revisão das matrizes de risco e reforço das medidas preventivas	Serviço de Auditoria Interna com contributos das áreas orgânicas	2026.03.31	O Conselho de Administração

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

1.	INTRODUÇÃO.....	8
2.	ENQUADRAMENTO LEGAL DO PLANO	8
2.1.	Regime Geral de Prevenção da Corrupção.....	9
2.2.	Enquadramento normativo aplicável	9
2.3.	Integração com o Sistema de Governação da ULS RL	10
2.4.	Integração da Resiliência Climática (JCI GHI.05.00)	10
3.	CONTEXTO DA REVISÃO DO PLANO (7.ª Revisão – 2026)	11
3.1.	Recomendações da IGAS (Proc. n.º 111/2025)	11
3.2.	Integração no Programa de Cumprimento Normativo	11
3.3.	Nova Estrutura Orgânica da ULS RL.....	11
3.4.	Atualização metodológica (MENAC 2023).....	12
3.5.	Integração da Resiliência Climática e Continuidade Assistencial	12
4.	CARATERIZAÇÃO INSTITUCIONAL E MODELO DE GOVERNAÇÃO DA ULS RL	12
4.1.	Missão Institucional, Natureza Jurídica e Responsabilidade Pública	12
4.2.	Modelo de Governação e Estrutura Organizacional	13
4.3.	Modelo de Gestão de Risco da ULS RL	14
4.4.	Integração no Programa de Cumprimento Normativo	15
4.5.	Integração com o Sistema de Qualidade, Continuidade Assistencial e Reacreditação JCI	15
5.	MODELO CONCEPTUAL E CATEGORIZAÇÃO DOS RISCOS	17
5.1.	Enquadramento do Modelo de Gestão de Risco.....	17
5.2.	Relação entre Estratégia, Objetivos e Risco	17
5.3.	Categorias de Risco Adotadas	18
5.4.	Riscos Ambientais e Climáticos	20
5.5.	Interdependência entre Categorias de Risco	21
5.6.	Apetite ao Risco Institucional	21
6.	METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO DO GRAU DE RISCO	22
6.1.	Princípios Gerais de Avaliação	22
6.2.	Componentes da Avaliação do Risco.....	22
6.3.	Avaliação do Risco Inerente	23
6.4.	Avaliação do Nível de Controlo	26
6.5.	Determinação do Risco Residual	26

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

6.6.	Critérios de Priorização Institucional.....	27
6.7.	Ligação ao Planeamento e Governação	27
6.8.	Documentação e Evidência	28
7.	IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS E MEDIDAS PREVENTIVAS POR ÁREA ORGÂNICA	28
7.1.	Identificação dos Riscos por Área Orgânica	28
7.2.	Estrutura da Matriz de Risco	29
7.3.	Tratamento e Monitorização de Riscos Elevados e Críticos.....	29
7.4.	Consolidação Institucional dos Riscos	30
7.5.	Matrizes de Risco por Área Orgânica	31
I.	Conselho de Administração	33
II.	Estruturas de Suporte ao Conselho de Administração e de Controlo	34
	Serviço de Auditoria Interna	34
	Responsável pelo Cumprimento Normativo	35
	Encarregado de Proteção de Dados	36
III.	Serviços de Gestão e Logística	37
	Serviço de Aprovisionamento	37
	Serviço de Gestão de Utentes	38
	Serviço de Gestão Financeira	39
	Serviço de Gestão de Recursos Humanos	40
	Serviço de Instalações e Equipamentos	41
	Serviço de Planeamento e Apoio à Gestão	42
	Serviço de Segurança e Saúde no Trabalho	43
	Serviço de Sistemas de Informação	44
	Serviços Hoteleiros	45
	Gabinete de Educação e Formação Permanente	46
	Gabinete Jurídico	47
IV.	Serviços de Suporte à Prestação de Cuidados	48
	Serviço Farmacêutico	48
	Serviço Social	49
	Unidade de Esterilização	50
	Coordenação Técnica	51
	Direção do Internato Médico	52
	Equipa de Gestão de Camas	53

PLANO
GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

Gabinete de Auditoria à Codificação Clínica.....	54
Serviço de Psicologia Clínica e da Saúde.....	55
Serviço de Nutrição e Alimentação.....	56
V. Serviços de Prestação de Cuidados.....	57
Nota sobre Direções Clínicas.....	57
a) Departamento de Cuidados de Saúde Primários.....	57
b) Departamento de Cuidados Hospitalares.....	57
c) Departamento do Doente Crítico.....	57
d) Serviço Integrado de Cuidados Paliativos.....	57
e) Rede Nacional de Cuidados Continuados.....	57
f) Departamento de Saúde Pública.....	57
Estruturas Transversais.....	58
Nota sobre Direção de Enfermagem.....	58
Articulação com referenciais internacionais de qualidade e segurança do doente.....	58
a) Departamento de Cuidados de Saúde Primários.....	59
b) Departamento de Cuidados Hospitalares.....	60
c) Departamento do Doente Crítico.....	61
d) Serviço Integrado de Cuidados Paliativos.....	62
e) Rede Nacional de Cuidados Continuados.....	63
f) Departamento de Saúde Pública.....	64
VI. Comissões e Serviços de Apoio.....	65
Gabinete da Qualidade.....	65
Unidade Local do PPCIRA.....	66
Comissão de Emergência e Catástrofe.....	67
Unidade Local de Gestão do Acesso e Referenciação.....	68
Gabinete de Relações Públicas Comunicação e Imagem.....	69
Gabinete do Cidadão.....	70
8. SISTEMA DE CONTROLO, MONITORIZAÇÃO E REPORTE DO PGRCIC.....	71
8.1. Princípios de Monitorização.....	71
8.2. Modelo de Responsabilidades (Linhas de Defesa).....	71
8.3. Diferenciação de Monitorização por Nível de Risco.....	72
8.4. Indicadores de Monitorização.....	73
8.5. Relatório Anual de Execução.....	73

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

9.	REVISÃO, ATUALIZAÇÃO E MELHORIA CONTÍNUA.....	74
9.1.	Periodicidade da Revisão.....	74
9.2.	Atualização das Matrizes de Risco.....	74
9.3.	Articulação com o Programa de Cumprimento Normativo.....	75
9.4.	Melhoria Contínua.....	75
9.5.	Disposições finais.....	75
10.	Referências Normativas e Documentais	76

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

1. INTRODUÇÃO

O presente Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PGRIC) da Unidade Local de Saúde da Região de Leiria, E.P.E. constitui um instrumento de apoio à gestão e à tomada de decisão, orientado para a identificação, avaliação e mitigação dos riscos de corrupção e infrações conexas.

O Plano visa reforçar a transparência, a integridade e a eficiência na utilização dos recursos públicos, contribuindo para a melhoria contínua do sistema de controlo interno e da governação institucional.

O presente Plano reflete uma abordagem integrada, transversal e evolutiva da gestão de riscos, alinhada com as melhores práticas nacionais e internacionais, contribuindo para o reforço do sistema de controlo interno e da cultura de integridade institucional.

2. ENQUADRAMENTO LEGAL DO PLANO

O Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PGRIC) da Unidade Local de Saúde da Região de Leiria, E.P.E. (ULS RL) constitui um instrumento estruturante do Programa de Cumprimento Normativo (PCN) da entidade, nos termos do Regime Geral de Prevenção da Corrupção (RGPC), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro.

O PGRIC integra o sistema de controlo interno e de governação da ULS RL e estabelece os princípios, metodologias e mecanismos de identificação, avaliação, mitigação, monitorização e reporte dos riscos de corrupção e infrações conexas, assegurando:

- ✓ A conformidade legal e regulamentar;
- ✓ A integridade na gestão de recursos públicos;
- ✓ A transparência decisional;
- ✓ A proteção da reputação institucional;
- ✓ A continuidade e resiliência da prestação de cuidados de saúde.

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

2.1. Regime Geral de Prevenção da Corrupção

Nos termos dos artigos 5.º e seguintes do Decreto-Lei n.º 109-E/2021 as entidades públicas com 50 ou mais trabalhadores estão obrigadas a implementar um Programa de Cumprimento Normativo que inclua:

- ✓ Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas;
- ✓ Código de Ética;
- ✓ Canal de denúncia interno;
- ✓ Programa de formação;
- ✓ Designação de Responsável pelo Cumprimento Normativo (RCN).

O presente PGRCIC concretiza essa obrigação legal, encontrando-se articulado com:

- ✓ O Código de Ética da ULS RL;
- ✓ O Canal Interno de Denúncias (Lei n.º 93/2021);
- ✓ O sistema de controlo interno;
- ✓ O plano anual de auditoria interna;
- ✓ O relatório anual de execução e monitorização.

2.2. Enquadramento normativo aplicável

O presente Plano tem por base o seguinte quadro normativo:

- ✓ Lei n.º 54/2008 — criação do Conselho de Prevenção da Corrupção;
- ✓ Recomendação do CPC de 1 de julho de 2009;
- ✓ Decreto-Lei n.º 109-E/2021 — Regime Geral de Prevenção da Corrupção;
- ✓ Lei n.º 93/2021 — Regime Geral de Proteção de Denunciantes;
- ✓ Guia n.º 1/2023 do MENAC — Metodologia de elaboração de planos;
- ✓ Estratégia Nacional Anticorrupção (ENAC);
- ✓ Código Penal (arts. 372.º a 386.º);
- ✓ Código dos Contratos Públicos;
- ✓ Lei dos Compromissos e Pagamentos em Atraso;
- ✓ Regulamento (UE) 2016/679 (RGPD);

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

- ✓ Estatuto do SNS (DL n.º 52/2022);
- ✓ Regulamento Interno da ULS RL (RE.ULS RL.070.00);
- ✓ Recomendações da IGAS — Processo n.º 111/2025.

2.3. Integração com o Sistema de Governação da ULS RL

O PGRCIC encontra-se formalmente integrado:

- ✓ No Programa de Cumprimento Normativo;
- ✓ No Sistema de Controlo Interno;
- ✓ No modelo de gestão de riscos corporativos;
- ✓ No sistema de qualidade e segurança do doente;
- ✓ No processo de reacreditação JCI.

2.4. Integração da Resiliência Climática (JCI GHI.05.00)

Em cumprimento do Padrão GHI.05.00 da 8.ª edição do Manual de Acreditação da Joint Commission International (JCI), o presente Plano integra expressamente:

- ✓ A identificação de riscos ambientais e climáticos;
- ✓ A avaliação do impacto desses riscos na continuidade assistencial;
- ✓ A definição de medidas de mitigação e adaptação;
- ✓ A articulação com os planos de manutenção preventiva e de contingência.

Os riscos climáticos são classificados, consoante a sua natureza, como:

RO — quando afetam a operacionalidade

RE — quando afetam a estratégia institucional

RCO — quando implicam incumprimento legal ou regulatório

Esta integração assegura coerência entre o modelo de prevenção da corrupção e o modelo de gestão de riscos organizacionais e clínicos.

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

3. CONTEXTO DA REVISÃO DO PLANO (7.ª Revisão – 2026)

A presente revisão do PGRIC decorre da necessidade de atualização estrutural e metodológica do Plano, face à evolução do enquadramento normativo, organizacional e institucional da ULS RL.

A revisão foi determinada pelos seguintes fatores estruturantes:

3.1. Recomendações da IGAS (Proc. n.º 111/2025)

A Inspeção-Geral das Atividades em Saúde formulou recomendações específicas, das quais se destacam:

- ✓ Alargamento da cobertura do plano à totalidade da estrutura orgânica;
- ✓ Conformidade integral com o Guia n.º 1/2023 do MENAC;
- ✓ Designação formal do Responsável pelo Cumprimento Normativo;
- ✓ Reforço do canal de denúncia;
- ✓ Implementação de política de gestão de ofertas e hospitalidades;
- ✓ Procedimento formal de declaração de conflitos de interesse;
- ✓ Programa de formação interna estruturado.

3.2. Integração no Programa de Cumprimento Normativo

A revisão consolida o PGRIC como instrumento nuclear do PCN da ULS RL, assegurando:

- ✓ Articulação com o Código de Ética;
- ✓ Articulação com o Canal Interno de Denúncias;
- ✓ Monitorização contínua;
- ✓ Reporte periódico ao Conselho de Administração;
- ✓ Produção de relatório anual de execução.

3.3. Nova Estrutura Orgânica da ULS RL

A transição de ULSRL para ULS RL implicou a integração:

- ✓ Cuidados hospitalares;
- ✓ Cuidados de saúde primários;
- ✓ Saúde pública;

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

- ✓ Cuidados continuados.

A presente revisão assegura a cobertura integral da nova estrutura, incluindo comissões e estruturas transversais assegurando uma abordagem integrada e transversal à gestão de riscos.

3.4. Atualização metodológica (MENAC 2023)

O modelo de avaliação de risco foi revisto para:

- ✓ Diferenciar risco inerente e risco residual;
- ✓ Integrar nível de controlo;
- ✓ Adotar matriz de risco alinhada com MENAC;
- ✓ Uniformizar critérios e escalas de avaliação;
- ✓ Reforçar critérios de monitorização.

3.5. Integração da Resiliência Climática e Continuidade Assistencial

No âmbito da reacreditação JCI, foi necessário:

- ✓ Integrar riscos ambientais e climáticos;
- ✓ Avaliar impacto na continuidade dos cuidados;
- ✓ Formalizar medidas de mitigação;
- ✓ Articular com manutenção preventiva e planos de contingência.

A inclusão desta dimensão reforça o caráter transversal do Plano enquanto instrumento de governação e gestão integrada de riscos.

4. CARATERIZAÇÃO INSTITUCIONAL E MODELO DE GOVERNAÇÃO DA ULS RL

4.1. Missão Institucional, Natureza Jurídica e Responsabilidade Pública

A Unidade Local de Saúde da Região de Leiria, E.P.E. (ULS RL) é uma entidade pública empresarial integrada no Serviço Nacional de Saúde (SNS), nos termos do Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, que aprova o Estatuto do SNS.

Resultante da integração do Centro Hospitalar de Leiria com os Agrupamentos de Centros de Saúde da respetiva área geográfica, a ULS RL assume um modelo organizacional verticalmente integrado,

PLANO

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

assegurando a prestação de cuidados de saúde hospitalares, de cuidados de saúde primários, de saúde pública e de cuidados continuados.

A missão da ULS RL consiste em garantir cuidados de saúde integrados, acessíveis, equitativos e de qualidade à população da sua área de influência, assegurando, em simultâneo:

- ✓ A gestão eficiente e responsável dos recursos públicos que lhe são confiados;
- ✓ A observância dos princípios da legalidade, transparência e responsabilidade;
- ✓ A promoção de uma cultura de integridade organizacional;
- ✓ A proteção da reputação institucional;
- ✓ A sustentabilidade e continuidade da prestação assistencial.

Enquanto entidade gestora de dinheiros e património públicos, a ULS RL está sujeita a especiais deveres de prevenção da corrupção, infrações conexas, conflitos de interesse e demais riscos de não conformidade.

O presente PGRIC constitui um instrumento estruturante para a concretização desses deveres.

4.2. Modelo de Governação e Estrutura Organizacional

A governação da ULS RL assenta num modelo colegial, funcionalmente segregado e orientado por princípios de controlo interno, garantindo mecanismos de controlo interno e supervisão adequados à dimensão e complexidade da organização.

4.2.1 Órgãos de Governo

- ✓ Conselho de Administração (CA)
- ✓ Revisor Oficial de Contas
- ✓ Conselho Consultivo

Compete ao Conselho de Administração a definição estratégica, a aprovação dos planos e instrumentos de gestão, a afetação de recursos e a supervisão global do sistema de controlo interno e de gestão de risco.

A ULS dispõe ainda de Revisor Oficial de Contas, órgão de fiscalização externa, nos termos legais aplicáveis às entidades públicas empresariais.

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

4.2.2 Órgãos de Suporte ao CA

- ✓ Serviço de Auditoria Interna (SAI)
- ✓ Responsável pelo Cumprimento Normativo (RCN)
- ✓ Encarregado de Proteção de Dados (EPD)

Estes órgãos asseguram funções de segunda e terceira linha de defesa, no âmbito do modelo de governação do risco.

4.2.3 Departamentos e Serviços

A estrutura orgânica da ULS RL integra:

- ✓ Departamento de Cuidados Hospitalares
- ✓ Departamento de Cuidados de Saúde Primários
- ✓ Departamento de Saúde Pública
- ✓ Departamento do Doente Crítico
- ✓ Serviços de suporte assistencial
- ✓ Serviços de gestão e logística
- ✓ Comissões e estruturas transversais

A segregação de funções, a definição formal de competências e a existência de circuitos de decisão colegial constituem mecanismos essenciais de mitigação de risco.

4.3. Modelo de Gestão de Risco da ULS RL

A ULS RL adota um modelo estruturado de gestão de risco alinhado com:

- ✓ O Regime Geral de Prevenção da Corrupção
- ✓ O Guia n.º 1/2023 do MENAC
- ✓ As boas práticas internacionais (COSO ERM e IIA)
- ✓ O modelo de acreditação JCI

O ciclo de gestão de risco institucional compreende as seguintes etapas:

- ✓ Identificação dos riscos
- ✓ Classificação por categoria (RE, RO, RCO, RSI, RP)
- ✓ Avaliação do risco inerente (impacto × probabilidade)
- ✓ Avaliação do nível de controlo existente

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

- ✓ Determinação do risco residual
- ✓ Definição de medidas preventivas e corretivas
- ✓ Monitorização periódica
- ✓ Reporte ao Conselho de Administração
- ✓ Revisão anual do Plano

O modelo organiza-se segundo três linhas de defesa:

- ✓ 1.ª Linha: Diretores de serviço e responsáveis operacionais
- ✓ 2.ª Linha: Sistema de Controlo Interno e RCN
- ✓ 3.ª Linha: Serviço de Auditoria Interna

Este modelo assegura independência, rastreabilidade e robustez no controlo dos riscos.

4.4. Integração no Programa de Cumprimento Normativo

O PGRIC integra o Programa de Cumprimento Normativo da ULS RL, o qual inclui:

- ✓ Código de Ética
- ✓ Canal Interno de Denúncias (Lei n.º 93/2021)
- ✓ Política de gestão de conflitos de interesse
- ✓ Política de ofertas e hospitalidades
- ✓ Programa de formação anual
- ✓ Mecanismos de monitorização e reporte

A articulação entre estes instrumentos permite assegurar:

- ✓ Prevenção estruturada
- ✓ Detecção precoce de irregularidades
- ✓ Proteção de denunciantes
- ✓ Correção atempada de desvios
- ✓ Evidência documental de conformidade

4.5. Integração com o Sistema de Qualidade, Continuidade Assistencial e Reacreditação JCI

A gestão de risco na ULS RL não se limita às dimensões económico-financeira e administrativa.

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

Integra igualmente:

- ✓ Risco clínico
- ✓ Risco organizacional
- ✓ Risco tecnológico
- ✓ Risco reputacional
- ✓ Risco ambiental e climático

No âmbito da reacreditação pela Joint Commission International (JCI), o Plano articula-se com os padrões de:

- ✓ Governação e liderança
- ✓ Gestão de risco
- ✓ Segurança do doente
- ✓ Continuidade assistencial

4.5.1. Riscos Ambientais e Climáticos

Em cumprimento do padrão GHI.05.00 da JCI, o presente Plano integra a identificação e avaliação dos riscos climáticos suscetíveis de afetar:

- ✓ Infraestruturas críticas
- ✓ Sistemas elétricos e de gases medicinais
- ✓ Cadeia de abastecimento
- ✓ Sistemas de informação
- ✓ Continuidade assistencial

Estes riscos são classificados, consoante a sua natureza, como:

- ✓ Risco Operacional (RO)
- ✓ Risco Estratégico (RE)
- ✓ Risco de Conformidade (RCO), quando associados a incumprimento legal

A sua monitorização articula-se com:

- ✓ Planos de manutenção preventiva

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

- ✓ Planos de contingência
- ✓ Comissão de Qualidade e Segurança do Doente
- ✓ Gabinete de Gestão de Riscos

5. MODELO CONCEPTUAL E CATEGORIZAÇÃO DOS RISCOS

5.1. Enquadramento do Modelo de Gestão de Risco

A ULS RL adota um modelo estruturado de gestão de risco alinhado com:

- ✓ O Regime Geral de Prevenção da Corrupção (DL 109-E/2021);
- ✓ O Guia n.º 1/2023 do MENAC;
- ✓ O referencial internacional COSO ERM (Enterprise Risk Management – Integrating with Strategy and Performance);
- ✓ As boas práticas do Institute of Internal Auditors (IIA);
- ✓ Os requisitos da Joint Commission International (JCI).

O modelo de gestão de risco da ULS RL reconhece que os riscos não ocorrem isoladamente, inserindo-se num sistema integrado de governação, estratégia e desempenho.

O presente Plano adota uma abordagem transversal, considerando o risco como:

A possibilidade de ocorrência de um evento que possa comprometer a prossecução dos objetivos estratégicos, operacionais, financeiros, assistenciais ou reputacionais da ULS RL.

5.2. Relação entre Estratégia, Objetivos e Risco

Em alinhamento com o COSO ERM, a gestão de risco encontra-se diretamente ligada:

- ✓ À estratégia institucional
- ✓ Aos objetivos operacionais e assistenciais
- ✓ À execução orçamental
- ✓ À conformidade legal
- ✓ À continuidade da atividade

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

Os riscos identificados no presente Plano são avaliados tendo por referência o seu impacto potencial sobre:

- ✓ Sustentabilidade financeira
- ✓ Legalidade e conformidade
- ✓ Qualidade e segurança dos cuidados
- ✓ Continuidade assistencial
- ✓ Reputação institucional

5.3. Categorias de Risco Adotadas

Para efeitos de uniformização e consistência metodológica, os riscos são classificados nas seguintes categorias:

5.3.1. Risco Estratégico (RE)

Possibilidade de ocorrência de eventos que afetem negativamente:

- ✓ A definição e execução da estratégia institucional
- ✓ A concretização dos objetivos estratégicos
- ✓ A sustentabilidade do modelo organizacional
- ✓ A adaptação a alterações legislativas, económicas ou ambientais

Inclui, designadamente:

- ✓ Decisões estratégicas inadequadas
- ✓ Falhas no planeamento plurianual
- ✓ Dependência excessiva de fatores externos
- ✓ Impactos estruturais de alterações climáticas

5.3.2. Risco Operacional (RO)

Possibilidade de ocorrência de falhas nos processos internos, pessoas, sistemas ou infraestruturas que afetem:

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

- ✓ A prestação de cuidados
- ✓ A execução orçamental
- ✓ A eficiência organizacional
- ✓ A segurança física ou técnica

Inclui:

- ✓ atos indevidos no âmbito operacional
- ✓ Erros processuais
- ✓ Inoperacionalidade de sistemas críticos
- ✓ Falhas na manutenção
- ✓ Eventos climáticos com impacto operacional

5.3.3. Risco de Conformidade (RCO)

Possibilidade de ocorrência de violações legais, regulamentares ou éticas suscetíveis de originar:

- ✓ Responsabilidade disciplinar, civil ou criminal
- ✓ Sanções administrativas
- ✓ Perda de financiamento
- ✓ Danos reputacionais

Inclui:

- ✓ Corrupção e infrações conexas
- ✓ Conflitos de interesse
- ✓ Incumprimento do CCP
- ✓ Incumprimento do RGPD
- ✓ Incumprimento do regime de dedicação plena

5.3.4. Risco dos Sistemas de Informação (RSI)

Possibilidade de falhas tecnológicas que comprometam:

- ✓ Integridade dos dados

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

- ✓ Confidencialidade da informação
- ✓ Disponibilidade dos sistemas
- ✓ Continuidade assistencial

Inclui:

- ✓ Ciberataques
- ✓ Acessos não autorizados
- ✓ Indisponibilidade de servidores
- ✓ Falhas de backup

5.3.5. Risco de Reputação (RP)

Possibilidade de ocorrência de eventos que afetem negativamente a perceção pública da ULS RL, independentemente da existência de dano material.

Inclui:

- ✓ Casos mediáticos;
- ✓ Perceção de favorecimento
- ✓ Incidentes clínicos de elevada exposição pública
- ✓ Denúncias públicas

5.4. Riscos Ambientais e Climáticos

Em conformidade com o padrão GHI.05.00 da Joint Commission International (JCI), a ULS RL integra os riscos ambientais e climáticos no seu modelo de gestão de risco institucional.

Estes riscos não são tratados como categoria autónoma, sendo considerados de forma transversal nas diferentes categorias de risco (RE, RO e RCO), em função da sua natureza e impacto.

Exemplos:

- ✓ Inundações que afetem blocos operatórios → RO
- ✓ Ondas de calor que afetem consumo energético e sustentabilidade financeira → RE

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

- ✓ Incumprimento de obrigações legais ambientais → RCO

A sua identificação, avaliação e monitorização integram o registo institucional de riscos, articulando-se com os planos de contingência, manutenção preventiva e continuidade assistencial.

5.5. Interdependência entre Categorias de Risco

Reconhece-se que os riscos são frequentemente interdependentes.

Exemplo típico:

Falha operacional → Incumprimento legal → Exposição mediática → Dano reputacional

Assim, a classificação múltipla de riscos (ex.: RO; RCO; RP) é admitida sempre que exista sobreposição relevante.

5.6. Appetite ao Risco Institucional

A ULS RL adota um apetite ao risco nulo ou muito reduzido nas seguintes matérias:

- ✓ Corrupção e infrações conexas
- ✓ Conflitos de interesse
- ✓ Violação de direitos dos utentes
- ✓ Segurança clínica
- ✓ Integridade financeira

Nos restantes domínios, o apetite ao risco é moderado, desde que:

- ✓ Existam mecanismos de controlo adequados
- ✓ A decisão seja fundamentada
- ✓ O risco seja monitorizado
- ✓ Seja assegurada a continuidade assistencial

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

6. METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO DO GRAU DE RISCO

6.1. Princípios Gerais de Avaliação

A avaliação dos riscos identificados no presente Plano assenta numa metodologia estruturada, alinhada com:

- ✓ O Regime Geral de Prevenção da Corrupção
- ✓ O Guia n.º 1/2023 do MENAC
- ✓ O referencial COSO ERM
- ✓ As boas práticas do Institute of Internal Auditors (IIA)

A metodologia permite:

- ✓ Priorizar riscos
- ✓ Determinar a necessidade de medidas adicionais
- ✓ Apoiar decisões do Conselho de Administração
- ✓ Sustentar o planeamento da auditoria interna
- ✓ Evidenciar cumprimento perante entidades fiscalizadoras

6.2. Componentes da Avaliação do Risco

A avaliação do risco compreende três dimensões fundamentais de avaliação:

- ✓ Impacto
- ✓ Probabilidade
- ✓ Nível de Controlo

A avaliação do risco inerente é efetuada com base na combinação do impacto e da probabilidade, conforme matriz seguinte.

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

Quadro — Matriz de avaliação do risco (Impacto × Probabilidade)

Impacto ↓ / Probabilidade →	1	2	3	4	5
5					
4					
3					
2					
1					

A avaliação do nível de controlo é suportada pelo quadro seguinte:

Valor	Nível de Controlo	Descrição
1	Muito forte	Controlos robustos e eficazes, devidamente documentados e monitorizados.
2	Forte	Controlos adequados e regularmente aplicados.
3	Adequado	Controlos existentes mas com margem de melhoria.
4	Fraco	Controlos insuficientes ou pouco sistematizados.
5	Inexistente	Ausência de mecanismos de controlo adequados.

A combinação destas dimensões permite determinar:

- ✓ O risco inerente
- ✓ O risco residual

6.3. Avaliação do Risco Inerente

O risco inerente corresponde ao nível de exposição existente na ausência de controlos ou medidas de mitigação.

É determinado pela conjugação de:

- ✓ Impacto
- ✓ Probabilidade de ocorrência

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

Quadro - Avaliação do risco e interpretação

Impacto	Probabilidade	Resultado	Classificação	Significado
1	1	Muito Baixo	Muito Baixo	Risco aceitável
2	2	Baixo	Baixo	Monitorização
3	3	Moderado	Moderado	Controlo regular
4	4	Elevado	Elevado	Medidas adicionais
5	5	Crítico	Crítico	Ação imediata

6.3.1. Escala de Impacto

O impacto é avaliado considerando os efeitos potenciais sobre:

- ✓ Sustentabilidade financeira
- ✓ Legalidade e conformidade
- ✓ Continuidade assistencial
- ✓ Segurança clínica
- ✓ Reputação institucional

Escala adotada (1 a 5):

1 — Reduzido

2 — Moderado

3 — Significativo

4 — Elevado

5 — Muito Elevado

O impacto deve ser determinado considerando o cenário mais plausível e não o pior cenário absoluto.

Valor	Nível de Impacto	Descrição
1	Reduzido	Impacto mínimo na atividade do serviço, sem efeitos relevantes na organização.
2	Moderado	Impacto limitado, facilmente corrigido, sem comprometer significativamente a atividade.
3	Significativo	Impacto relevante que pode afetar o funcionamento do serviço ou exigir medidas corretivas adicionais.
4	Elevado	Impacto grave, com efeitos significativos na atividade, podendo comprometer objetivos institucionais ou originar incumprimentos legais.
5	Muito Elevado	Impacto crítico com consequências graves para a organização, incluindo danos reputacionais, financeiros ou legais significativos.

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

6.3.2. Escala de Probabilidade

A probabilidade é estimada com base:

- ✓ Em dados históricos
- ✓ Em auditorias anteriores
- ✓ Em frequência de incidentes
- ✓ Em contexto organizacional
- ✓ Em fatores externos (ex.: alterações legislativas, contexto climático)

Escala adotada (1 a 5):

- 1 — Muito Improvável
- 2 — Improvável
- 3 — Ocasional
- 4 — Frequente
- 5 — Muito Frequente

6.3.3. Determinação do Risco Inerente

O risco inerente resulta da matriz:

Impacto × Probabilidade

A classificação final enquadra-se em:

- ✓ Muito baixo
- ✓ Baixo
- ✓ Moderado
- ✓ Elevado
- ✓ Crítico

A matriz de avaliação do risco inerente encontra-se sistematizada no quadro seguinte:

Valor	Probabilidade	Descrição
1	Muito improvável	Situação excecional, sem registo conhecido de ocorrência.
2	Improvável	Pode ocorrer em circunstâncias pouco frequentes.
3	Ocasional	Pode ocorrer pontualmente no decurso da atividade.
4	Frequente	Ocorre com alguma regularidade.
5	Muito frequente	Ocorre regularmente ou é altamente expectável.

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

Os riscos classificados como Elevado ou Crítico exigem:

- ✓ Análise prioritária
- ✓ Medidas adicionais de mitigação
- ✓ Monitorização reforçada

6.4. Avaliação do Nível de Controlo

O nível de controlo reflete a eficácia das medidas atualmente implementadas.

É avaliado considerando:

- ✓ Existência formal de procedimentos
- ✓ Grau de segregação de funções
- ✓ Rastreabilidade documental
- ✓ Automatização de controlos
- ✓ Frequência de monitorização
- ✓ Evidência de supervisão

Escala adotada:

1 — Muito Forte

2 — Forte

3 — Adequado

4 — Inadequado

5 — Fraco ou Inexistente

A avaliação deve basear-se em evidência objetiva e não apenas na perceção do responsável.

6.5. Determinação do Risco Residual

O risco residual resulta da ponderação do risco inerente em função da eficácia dos controlos implementados, constituindo a principal referência para a definição de prioridades institucionais e afetação de recursos de controlo.

Neste contexto, o risco residual é utilizado como indicador prioritário para:

- ✓ Definição de medidas corretivas

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

- ✓ Planeamento de auditorias
- ✓ Reporte ao Conselho de Administração
- ✓ Monitorização periódica dos riscos

6.6. Critérios de Priorização Institucional

Independentemente da classificação quantitativa, são automaticamente considerados prioritários:

- ✓ Riscos associados a corrupção e infrações penais
- ✓ Conflitos de interesse
- ✓ Incumprimento do RGPC
- ✓ Violação de dados pessoais sensíveis
- ✓ Riscos que comprometam a continuidade assistencial
- ✓ Riscos climáticos com impacto estrutural

Estes riscos exigem acompanhamento reforçado, mesmo quando classificados como “Moderados”.

6.7. Ligação ao Planeamento e Governação

Os resultados da avaliação de risco são utilizados para:

- ✓ Atualização do Plano de Auditoria Interna
- ✓ Definição de prioridades de formação
- ✓ Ajustamento de procedimentos internos
- ✓ Reporte anual ao MENAC
- ✓ Reporte ao Conselho de Administração

A avaliação é revista anualmente ou sempre que ocorram alterações relevantes no contexto organizacional ou de risco.

- ✓ Ocorra alteração estrutural relevante
- ✓ Se verifique incidente significativo
- ✓ Se altere o enquadramento legal
- ✓ Se registe evento climático com impacto institucional

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

6.8. Documentação e Evidência

Todas as avaliações de risco devem ser:

- ✓ Formalmente registadas
- ✓ Documentadas
- ✓ Datadas
- ✓ Identificadas por responsável
- ✓ Arquivadas digitalmente

A rastreabilidade constitui requisito essencial de conformidade.

Atendendo à natureza transversal de determinadas estruturas, designadamente comissões e gabinetes de apoio institucional, não foram elaboradas matrizes de risco autónomas, sendo os respetivos riscos refletidos nas matrizes das áreas orgânicas com responsabilidade funcional direta. No caso dos Departamentos, nomeadamente dos Cuidados de Saúde Primários, as matrizes de risco assumem carácter agregador, aplicando-se às diferentes unidades funcionais que os integram.

7. IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS E MEDIDAS PREVENTIVAS POR ÁREA ORGÂNICA

7.1. Identificação dos Riscos por Área Orgânica

A identificação dos riscos foi efetuada com base numa análise sistemática das atividades desenvolvidas pelas diferentes áreas orgânicas da ULS RL, tendo por base diversas fontes de informação relevantes para a gestão de risco institucional.

Neste âmbito foram considerados, designadamente:

- ✓ levantamento de informação junto dos serviços e responsáveis pelas áreas funcionais
- ✓ análise de relatórios de auditoria interna e externa
- ✓ recomendações emitidas por entidades de controlo e supervisão, nomeadamente a IGAS
- ✓ histórico de processos disciplinares e situações reportadas no âmbito da gestão institucional
- ✓ identificação de riscos transversais comuns a várias áreas da organização
- ✓ consideração de riscos emergentes, incluindo riscos associados a fenómenos climáticos e à continuidade da atividade assistencial

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

Os riscos identificados encontram-se sistematizados em matrizes de risco por área orgânica, constantes em anexo ao presente Plano, nas quais se encontram definidos os respetivos níveis de risco, medidas preventivas e responsáveis pela sua implementação.

7.2. Estrutura da Matriz de Risco

A avaliação dos riscos é efetuada através de matrizes estruturadas por área orgânica, que incluem a identificação do processo ou atividade, a descrição do risco identificado, a respetiva categoria de risco, bem como a avaliação do impacto e da probabilidade de ocorrência.

Com base nestes parâmetros é determinado o risco inerente, sendo posteriormente considerado o nível de controlo existente para apuramento do risco residual e da respetiva classificação final. As matrizes incluem ainda:

- ✓ identificação das medidas preventivas existentes
- ✓ eventuais medidas adicionais de mitigação
- ✓ responsável pela sua implementação
- ✓ prazo previsto para execução
- ✓ o estado de implementação das medidas
- ✓ a respetiva evidência documental

7.3. Tratamento e Monitorização de Riscos Elevados e Críticos

Os riscos classificados como **Elevados** ou **Críticos** exigem a adoção de medidas reforçadas de mitigação e acompanhamento, de forma a assegurar a sua redução para níveis aceitáveis.

Nestes casos devem ser definidos:

- ✓ um plano de ação específico, adequado à natureza do risco identificado
- ✓ a designação nominal do responsável pela implementação das medidas
- ✓ a definição de prazos de execução
- ✓ a existência de evidência documental que comprove a implementação das medidas

Os riscos classificados como “**Críticos**” são objeto de **monitorização trimestral**, enquanto os riscos classificados como “**Elevados**” são objeto de **monitorização semestral**, sem prejuízo de

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

acompanhamento adicional sempre que a criticidade o justifique, sendo a informação relevante reportada ao Conselho de Administração, no âmbito do acompanhamento do Plano.

A inexistência de medidas de mitigação definidas para riscos classificados como **Elevados** ou **Críticos** constitui situação de desconformidade face ao presente Plano.

7.4. Consolidação Institucional dos Riscos

A informação constante das matrizes de risco por área orgânica é objeto de consolidação institucional, permitindo obter uma visão global do perfil de risco da ULS RL.

Esta consolidação possibilita, designadamente:

- ✓ identificar o número total de riscos registados no Plano
- ✓ analisar a sua distribuição por categorias de risco
- ✓ avaliar a distribuição por níveis de risco (baixo, moderado, elevado e crítico)
- ✓ acompanhar a evolução do perfil de risco institucional ao longo das sucessivas revisões do Plano

A análise consolidada dos riscos identificados nas diferentes áreas orgânicas, constitui um instrumento de apoio à tomada de decisão e ao acompanhamento do sistema de controlo interno e do Programa de Cumprimento Normativo.

Quadro 1 – Distribuição das ocorrências por categoria de risco

Categoria de Risco	N.º de Riscos	%
RE (Estratégico)	45	17,4%
RO (Operacional)	112	43,2%
RCO (Conformidade)	64	24,7%
RSI (Sistemas de Informação)	18	6,9%
RP (Reputação)	20	7,7%
Total	259	100%

*Nota: A distribuição apresentada reflete o n.º de ocorrências por categoria de risco. Sempre que um risco de encontra classificado em mais que uma categoria, o mesmo é contabilizado em cada uma das categorias atribuídas.

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

Quadro 2 – Distribuição por nível de risco

Nível de Risco	N.º de Riscos	%
Crítico	5	2,9%
Elevado	48	28,2%
Moderado	115	67,6%
Baixo	2	1,2%
Total	170	100%

Verifica-se uma predominância de riscos classificados como moderados, representando 67,6% do total, sendo ainda relevante a presença de riscos elevados (28,2%) e críticos (2,9%), os quais requerem acompanhamento prioritário e implementação de medidas reforçadas de mitigação.

Quadro 3 – Estado de implementação das medidas

Estado	N.º	%
Implementadas	0	0
Em curso	161	94,7%
Não iniciadas	9	5,3%
Total	170	100%

* Para efeitos de apresentação, as designações constantes da informação recolhida foram harmonizadas, considerando-se como “Em curso” as medidas em implementação e como não iniciadas as medidas identificadas como a implementar.

Verifica-se que a generalidade das medidas se encontra em fase de implementação, representando 94,7% do total, o que evidencia um nível significativo de execução do Plano. As medidas não iniciadas (5,3%) deverão ser objeto de acompanhamento no âmbito dos processos de monitorização do PGRIC, tendo em vista a sua implementação progressiva.

7.5. Matrizes de Risco por Área Orgânica

As matrizes de risco constantes do presente Plano encontram-se organizadas por área orgânica, em conformidade com a estrutura organizacional da Unidade Local de Saúde da Região de Leiria.

A identificação e avaliação dos riscos são efetuadas ao nível das unidades funcionais com responsabilidade de gestão e decisão, assegurando uma abordagem proporcional à dimensão, complexidade e natureza das atividades desenvolvidas.

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

Nos departamentos assistenciais que integram múltiplos serviços ou unidades funcionais, a análise de risco é realizada ao nível do departamento ou serviço estruturante, considerando os riscos transversais associados à atividade assistencial desenvolvida.

Sempre que aplicável, os riscos identificados nas unidades funcionais que integram cada departamento são considerados na respetiva matriz de risco, garantindo uma visão integrada dos principais riscos institucionais.

A classificação final do risco é representada através de escala cromática que distingue os níveis de risco “Baixo” (verde), “Moderado” (amarelo), “Elevado” (laranja) e “Crítico” (vermelho), permitindo uma leitura imediata do perfil de risco institucional.

Tabela de classificação do grau de risco

Risco Residual	Classificação
1 – 4	Baixo
5 – 9	Moderado
10 – 14	Elevado
≥ 15	Crítico

As matrizes de risco encontram-se estruturadas de acordo com as áreas orgânicas.

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

I. Conselho de Administração

Nº	Área Orgânica	Processo / Atividade	Risco Identificado	Categoria	Impacto	Probabilidade	Risco Inerente	Nível de Controlo	Risco Residual	Classificação Final	Medidas Preventivas Existentes	Medidas Adicionais (se aplicável)	Responsável Nominal	Prazo	Estado de Implementação	Evidência Documental
1	Conselho de Administração	Supervisão do Sistema de Controlo Interno	Insuficiente supervisão estratégica do sistema de controlo interno e do Programa de Cumprimento Normativo	RE / RCO	5	2	10	4	6	Moderado	Aprovação anual do PGRI; existência de Serviço de Auditoria Interna; relatórios periódicos ao CA	Reforço da monitorização dos instrumentos do PCN	Presidente do CA	Monitorização contínua	Em curso	Atas do CA; relatórios do SAI
2	Conselho de Administração	Gestão de conflitos de interesse	Decisões influenciadas por interesses não declarados ou incompatibilidades de funções	RCO / RP	5	2	10	3	7	Moderado	Código de Conduta; declarações de inexistência de conflitos; enquadramento legal aplicável	Revisão periódica das declarações de interesses	Presidente do CA	Anual	Em curso	Declarações arquivadas
3	Conselho de Administração	Governança estratégica da contratação pública	Fragilidades na supervisão e planeamento da contratação pública	RCO / RO	5	2	10	5	5	Moderado	Procedimentos de contratação pública; serviço de aprovisionamento estruturado; utilização de plataformas eletrónicas; Atualização dos manuais de contratação e de compras; reforço de verificação jurídica na preparação de procedimentos de contratação	Plano anual consolidado de contratação e reporte periódico ao CA	Vogal com pelouro financeiro	2026	Em implementação	Plano de contratação; Relatórios de contratação; Reforço de acompanhamento jurídico na preparação de procedimentos de contratação mais complexos/financiados
4	Conselho de Administração	Supervisão da execução orçamental	Acompanhamento estratégico insuficiente da execução financeira	RO / RCO	4	3	12	3	9	Moderado	Relatórios periódicos de execução financeira; reuniões de acompanhamento	Reforço da monitorização periódica	Vogal com pelouro financeiro	Contínuo	Em curso	Relatórios financeiros
5	Conselho de Administração	Continuidade da atividade institucional	Insuficiente supervisão de riscos institucionais críticos, incluindo riscos climáticos e infraestruturais	RE / RO	5	3	15	3	12	Elevado	Planos de contingência; Planos de manutenção preventiva; Articulação com estruturas de gestão de risco; Contratação de manutenção e assistência técnica	Revisão periódica dos planos de continuidade	Presidente do CA	2026	Em implementação	Planos de contingência; relatórios técnicos; contratação de manutenção e assistência técnica
6	Conselho de Administração	Supervisão estratégica da política de recrutamento e gestão de recursos humanos	Fragilidades na supervisão institucional dos processos de recrutamento, potenciando situações de ocupação informal de funções ou abertura de procedimentos concursais insuficientemente planeados ou fundamentados.	RCO/RE	5	3	15	3	12	Elevado	Aplicação da legislação aplicável ao recrutamento na Administração Pública Procedimentos formais de autorização de abertura de concursos Intervenção do SGRH e do Gabinete Jurídico na instrução dos processos.	Reforço da supervisão institucional dos procedimentos de recrutamento e da articulação entre CA, SGRH e Gabinete Jurídico, assegurando o adequado planeamento e fundamentação dos procedimentos concursais.	Vogal do CA com pelouro dos Recursos Humanos.	Contínuo	Em curso	Processos de autorização de abertura de concursos Deliberações do CA.

PLANO

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS
**II. Estruturas de Suporte ao Conselho de Administração e de Controlo
Serviço de Auditoria Interna**

Nº	Área Orgânica	Processo / Atividade	Risco Identificado	Categoria	Impacto	Probabilidade	Risco Inerente	Nível de Controlo	Risco Residual	Classificação Final	Medidas Preventivas Existentes	Medidas Adicionais (se aplicável)	Responsável Nominal	Prazo	Estado de Implementação	Evidência Documental
1	Serviço de Auditoria Interna	Planeamento de auditorias	Cobertura insuficiente de áreas críticas no plano anual de auditoria	RE / RCO	4	3	12	3	9	Moderado	Plano anual de auditoria aprovado pelo CA; Abordagem baseada no risco	Revisão periódica da matriz de riscos institucional	Responsável SAI	Anual	Em curso	Plano anual de auditoria
2	Serviço de Auditoria Interna	Execução do plano anual de auditoria	Limitações na execução integral do plano anual de auditoria decorrentes da capacidade instalada do serviço face à dimensão da ULS RL	RO	4	4	16	3	13	Elevado	Planeamento anual baseado no risco; Priorização de auditorias críticas	Reforço da equipa técnica do SAI	Conselho de Administração	2026	Em curso	Plano anual de auditoria
3	Serviço de Auditoria Interna	Monitorização de recomendações	Não implementação ou atraso na implementação de recomendações de auditoria	RCO / RO	4	3	12	3	9	Moderado	Relatórios de auditoria; Acompanhamento de recomendações	Monitorização periódica da execução das recomendações	Responsável SAI	Contínuo	Em curso	Relatórios de auditoria
4	Serviço de Auditoria Interna	Independência e objetividade	Interferência na independência funcional da auditoria interna	RE / RCO	5	2	10	3	7	Moderado	Dependência orgânica do Presidente do CA; Autonomia técnica	Formalização de carta de auditoria interna	Conselho de Administração	2026	A implementar	Regulamento interno
5	Serviço de Auditoria Interna	Comunicação institucional	Divulgação inadequada ou insuficiente de resultados de auditoria	RCO / RP	4	2	8	3	5	Moderado	Relatórios formais de auditoria; Reporte ao CA	Definição de procedimentos de comunicação institucional	Responsável SAI	Contínuo	Em curso	Relatórios de auditoria

PLANO

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS
III. Responsável pelo Cumprimento Normativo

Nº	Área Orgânica	Processo / Atividade	Risco Identificado	Categoria	Impacto	Probabilidade	Risco Inerente	Nível de Controlo	Risco Residual	Classificação Final	Medidas Preventivas Existentes	Medidas Adicionais (se aplicável)	Responsável Nominal	Prazo	Estado de Implementação	Evidência Documental
1	Responsável pelo Cumprimento Normativo	Implementação do Programa de Cumprimento Normativo	Implementação incompleta ou não consolidação dos instrumentos do Programa de Cumprimento Normativo	RCO	4	3	12	3	9	Moderado	Nomeação formal do RCN; existência de PPRCIC; acompanhamento institucional	Consolidação dos instrumentos de compliance	Conselho de Administração	2026	Em curso	Despacho de nomeação do RCN
2	Responsável pelo Cumprimento Normativo	Monitorização do PPRCIC	Insuficiente monitorização das medidas previstas no PPRCIC	RCO	4	3	12	3	9	Moderado	Relatórios de execução do PPRCIC; articulação com Auditoria Interna	Definição de procedimentos formais de monitorização	RCN	Contínuo	Em curso	Relatórios PPRCIC
3	Responsável pelo Cumprimento Normativo	Gestão do canal de denúncias	Tratamento inadequado ou atraso na análise de denúncias recebidas	RCO / RP	4	2	8	3	5	Moderado	Canal institucional de denúncias; regulamento aplicável	Implementação de plataforma eletrónica de denúncias	RCN	2026	A implementar	Registo de denúncias
4	Responsável pelo Cumprimento Normativo	Promoção da cultura de integridade	Insuficiente sensibilização dos colaboradores para matérias de ética e prevenção da corrupção	RCO	3	3	9	3	6	Moderado	Código de Ética; ações de sensibilização internas	Plano anual de formação em ética e integridade	RCN	Anual	A implementar	Plano de formação
5	Responsável pelo Cumprimento Normativo	Articulação institucional de compliance	Falhas de articulação entre o RCN, Auditoria Interna e restantes estruturas de controlo	RE / RCO	3	3	9	3	6	Moderado	Articulação institucional entre órgãos de controlo	Formalização de procedimentos de cooperação	Conselho de Administração	2026	Em curso	Regulamentos internos

PLANO

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS
IV. Encarregado de Proteção de Dados

Nº	Área Orgânica	Processo / Atividade	Risco Identificado	Categoria	Impacto	Probabilidade	Risco Inerente	Nível de Controlo	Risco Residual	Classificação Final	Medidas Preventivas Existentes	Medidas Adicionais (se aplicável)	Responsável Nominal	Prazo	Estado de Implementação	Evidência Documental
1	Encarregado de Proteção de Dados	Monitorização do cumprimento do RGPD	Incumprimento das obrigações legais relativas à proteção de dados pessoais	RCO / RSI	5	3	15	3	12	Elevado	Nomeação formal do EPD; políticas institucionais de proteção de dados	Reforço da sensibilização institucional em matéria de proteção de dados	EPD	Contínuo	Em curso	Despacho de nomeação; Políticas RGPD
2	Encarregado de Proteção de Dados	Gestão de incidentes de segurança	Violação de dados pessoais (data breach) com impacto em dados clínicos ou administrativos	RSI / RCO	5	3	15	3	12	Elevado	Articulação com sistemas de informação; Email dedicado a notificação de violação de dados pessoais	Implementação de procedimentos de notificação de incidentes	EPD	Anual	A implementar	Registos de incidentes
3	Encarregado de Proteção de Dados	Avaliação de impacto sobre proteção de dados (DPIA)	Ausência ou realização inadequada de avaliações de impacto em tratamentos de risco elevado	RCO	4	4	16	3	13	Elevado	Apoio do EPD aos serviços; orientações internas	Definição de procedimento formal para DPIA	EPD	Contínuo	Em curso	Avaliações de impacto
4	Encarregado de Proteção de Dados	Direitos dos titulares de dados	Resposta inadequada ou fora de prazo a pedidos de registos de acessos de	RCO / RP	4	3	12	3	9	Moderado	Procedimentos de resposta a pedidos de registos de acesso pelos titulares	Monitorização periódica dos pedidos recebidos	EPD	Contínuo	Em curso	Registo de pedidos de titulares
5	Encarregado de Proteção de Dados	Sensibilização e formação	Insuficiente sensibilização dos colaboradores para boas práticas de proteção de dados	RCO	3	3	9	3	6	Moderado	Orientações internas de proteção de dados	Plano periódico de formação RGPD e formação no acolhimento de novos trabalhadores	EPD	Anual	A implementar	Plano de formação (GEFOP_Transversal à instituição)

PLANO

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS
**V. Serviços de Gestão e Logística
Serviço de Aprovisionamento**

Nº	Área Orgânica	Processo / Atividade	Risco Identificado	Categoria	Impacto	Probabilidade	Risco Inerente	Nível de Controlo	Risco Residual	Classificação Final	Medidas Preventivas Existentes	Medidas Adicionais (se aplicável)	Responsável Nominal	Prazo	Estado de Implementação	Evidência Documental
1	Serviço de Aprovisionamento	Planeamento da contratação	Planeamento inadequado das necessidades de aquisição conduzindo a procedimentos urgentes ou menos concorrenciais	RO / RCO	4	5	20	3	17	Crítico	Planeamento anual de necessidades; articulação com serviços requisitantes	Reforço do planeamento anual consolidado de aquisições	Diretor do Serviço de Aprovisionamento	Anual	Em curso	Plano anual de aquisições
2	Serviço de Aprovisionamento	Procedimentos de contratação pública	Deficiências na instrução ou condução de procedimentos de contratação pública	RCO	5	3	15	3	12	Elevado	Aplicação do CCP; utilização de plataformas eletrónicas; validação jurídica quando aplicável	Reforço da formação em contratação pública	Diretor do Serviço de Aprovisionamento	Contínuo	Em curso	Procedimentos documentais de contratação
3	Serviço de Aprovisionamento	Fracionamento de despesa	Fracionamento indevido da despesa para evitar procedimentos concursais	RCO / RP	5	2	10	3	7	Moderado	Circuitos de validação financeira; supervisão hierárquica	Monitorização periódica de padrões de despesa	Diretor do Serviço de Aprovisionamento	Contínuo	Em curso	Registos de procedimentos
4	Serviço de Aprovisionamento	Seleção de fornecedores	Favorecimento indevido de fornecedores ou conflito de interesses	RCO / RP	5	2	10	3	7	Moderado	Código de Conduta; regras do CCP; transparência dos procedimentos	Reforço da declaração de inexistência de conflitos	Diretor do Serviço de Aprovisionamento	Contínuo	Em curso	Procedimentos de contratação
5	Serviço de Aprovisionamento	Gestão contratual	Falhas na monitorização da execução contratual	RO	4	3	12	3	9	Moderado	Acompanhamento pelos serviços requisitantes; controlo documental	Formalização de relatórios de execução contratual	Diretor do Serviço de Aprovisionamento	Contínuo	Em curso	Relatórios de execução contratual
6	Serviço de Aprovisionamento	Arquivo e transparência dos procedimentos	Insuficiente documentação ou arquivo dos processos de contratação	RCO	4	3	12	3	9	Moderado	Procedimentos administrativos; arquivo eletrónico	Reforço da organização documental dos processos	Diretor do Serviço de Aprovisionamento	Contínuo	Em curso	Processos de contratação arquivados

PLANO

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS
VI. Serviço de Gestão de Utentes

Nº	Área Orgânica	Processo / Atividade	Risco Identificado	Categoria	Impacto	Probabilidade	Risco Inerente	Nível de Controlo	Risco Residual	Classificação Final	Medidas Preventivas Existentes	Medidas Adicionais (se aplicável)	Responsável Nominal	Prazo	Estado de Implementação	Evidência Documental
1	Serviço de Gestão de Utentes	Registo administrativo de utentes	Registo incorreto ou incompleto de dados administrativos dos utentes	RO / RSI	4	3	12	3	9	Moderado	Sistemas informáticos de registo; validação administrativa	Reforço da verificação de dados no registo inicial	Diretor do SGU	Contínuo	Em curso	Registos administrativo s
2	Serviço de Gestão de Utentes	Proteção de dados pessoais	Acesso indevido a dados pessoais de utentes	RSI / RCO	5	3	15	3	12	Elevado	Perfis de acesso nos sistemas; políticas de proteção de dados	Reforço da sensibilização dos profissionais	Diretor do SGU	Contínuo	Em curso	Registos de acessos
3	Serviço de Gestão de Utentes	Gestão de listas de espera	Gestão inadequada das listas de espera para consulta ou cirurgia	RO / RP	5	3	15	3	12	Elevado	Sistemas de gestão de listas; supervisão hierárquica	Reforço da monitorização periódica das listas	Diretor do SGU	Contínuo	Em curso	Relatórios de listas de espera
4	Serviço de Gestão de Utentes	Faturação de cuidados de saúde	Faturação incorreta ou incompleta de atos assistenciais	RO / RCO	5	3	15	3	12	Elevado	Procedimentos de faturação; sistemas informáticos de suporte	Revisão periódica de processos de faturação	Diretor do SGU	Contínuo	Em curso	Registos de faturação
5	Serviço de Gestão de Utentes	Identificação de utentes	Erros na identificação administrativa de utentes	RO	4	3	12	3	9	Moderado	Procedimentos de identificação; validação de dados	Reforço da verificação documental	Diretor do SGU	Contínuo	Em curso	Registos administrativo s
6	Serviço de Gestão de Utentes	Articulação administrativa com serviços clínicos	Falhas na comunicação administrativa entre serviços assistenciais e administrativos	RO	3	3	9	3	6	Moderado	Procedimentos internos de comunicação	Reforço da articulação entre serviços	Diretor do SGU	Contínuo	Em curso	Procedimento s internos

PLANO

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS
VII. Serviço de Gestão Financeira

Nº	Área Orgânica	Processo / Atividade	Risco Identificado	Categoria	Impacto	Probabilidade	Risco Inerente	Nível de Controlo	Risco Residual	Classificação Final	Medidas Preventivas Existentes	Medidas Adicionais (se aplicável)	Responsável Nominal	Prazo	Estado de Implementação	Evidência Documental
1	Serviço de Gestão Financeira	Execução orçamental	Execução orçamental inadequada ou desalinhada com os objetivos institucionais	RO / RE	5	3	15	3	12	Elevado	Sistema de acompanhamento orçamental; monitorização periódica; supervisão do CA	Reforço da monitorização financeira	Diretor do SGF	Contínuo	Em curso	Relatórios de execução orçamental
2	Serviço de Gestão Financeira	Registo contabilístico	Registos contabilísticos incorretos ou incompletos	RO / RCO	4	3	12	3	9	Moderado	Sistema contabilístico através de solução informática centralizada para o SNS; procedimentos internos; monitorização periódica	Revisão periódica dos registos	Diretor do SGF	Contínuo	Em curso	Balancetes; relatórios contabilísticos
3	Serviço de Gestão Financeira	Pagamentos a fornecedores	Pagamentos indevidos ou sem validação adequada	RCO / RO	5	3	15	3	12	Elevado	Circuitos de validação; segregação de funções; sistema informático	Reforço de controlos de validação e da segregação de funções	Diretor do SGF	Contínuo	Em curso	Ordens de pagamento; documentos contabilísticos
4	Serviço de Gestão Financeira	Gestão de tesouraria	Insuficiente controlo da tesouraria e dos fluxos financeiros	RO	5	2	10	3	7	Moderado	Reconciliações bancárias periódicas; supervisão financeira	Reforço da monitorização de tesouraria	Diretor do SGF	Contínuo	Em curso	Reconciliações bancárias
5	Serviço de Gestão Financeira	Reporte financeiro institucional	Informação financeira incorreta ou incompleta no reporte às entidades externas	RCO / RP	5	2	10	3	7	Moderado	Procedimentos de validação interna; revisão superior	Reforço dos procedimentos de revisão	Diretor do SGF	Contínuo	Em curso	Relatórios financeiros enviados
6	Serviço de Gestão Financeira	Sustentabilidade financeira	Situação de desequilíbrio financeiro estrutural da instituição	RE / RO	5	3	15	3	12	Elevado	Monitorização financeira; acompanhamento pelo CA e tutela	Definição e implementação de plano de sustentabilidade financeira	Conselho de Administração	Permanente	Em monitorização	Relatórios financeiros institucionais

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

VIII. Serviço de Gestão de Recursos Humanos

Nº	Área Orgânica	Processo / Atividade	Risco Identificado	Categoria	Impacto	Probabilidade	Risco Inerente	Nível de Controlo	Risco Residual	Classificação Final	Medidas Preventivas Existentes	Medidas Adicionais (se aplicável)	Responsável Nominal	Prazo	Estado de Implementação	Evidência Documental
1	Serviço de Gestão de Recursos Humanos	Procedimentos de recrutamento	Risco de violação dos princípios de igualdade, transparência e legalidade nos procedimentos de recrutamento.	RCO / RP	5	4	20	3	17	Critico	Aplicação da legislação aplicável; adoção de procedimentos formais de recrutamento; publicitação de concursos	Reforço dos mecanismos de verificação de conformidade legal e transparência nos procedimentos de recrutamento.	Diretor do SGRH	Contínuo	Em curso	Processos de recrutamento
2	Serviço de Gestão de Recursos Humanos	Gestão de vínculos contratuais	Irregularidades na formalização ou gestão de contratos de trabalho	RCO	4	3	12	3	9	Moderado	Procedimentos administrativos; validação jurídica quando aplicável	Revisão periódica dos processos contratuais	Diretor do SGRH	Contínuo	Em curso	Processos individuais
3	Serviço de Gestão de Recursos Humanos	Processamento salarial	Erros no processamento de remunerações e suplementos remuneratórios	RO	4	2	8	3	5	Moderado	Sistemas informáticos de processamento salarial; validação hierárquica	Reforço dos controlos periódicos de validação	Diretor do SGRH	Contínuo	Em curso	Mapas de remunerações
4	Serviço de Gestão de Recursos Humanos	Acumulação de funções	Exercício de funções acumuladas sem autorização ou controlo adequado	RCO / RP	5	3	15	3	12	Elevado	Procedimentos formais de autorização de acumulações; enquadramento legal aplicável	Reforço da monitorização das autorizações de acumulação	Diretor do SGRH	Anual	Em curso	Autorizações de acumulação
5	Serviço de Gestão de Recursos Humanos	Gestão disciplinar	Deficiências na gestão ou tramitação de processos disciplinares	RCO / RP	4	2	8	3	5	Moderado	Aplicação do regime disciplinar aplicável; acompanhamento jurídico	Reforço da sistematização documental	Diretor do SGRH	Contínuo	Em curso	Processos disciplinares
6	Serviço de Gestão de Recursos Humanos	Gestão de assiduidade	Registo ou controlo inadequado da assiduidade dos trabalhadores	RO	4	3	12	3	9	Moderado	Sistemas eletrónicos de controlo de assiduidade; supervisão hierárquica	Reforço da verificação periódica de registos	Diretor do SGRH	Contínuo	Em curso	Registos de assiduidade

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

IX. Serviço de Instalações e Equipamentos

Nº	Área Orgânica	Processo / Atividade	Risco Identificado	Categoria	Impacto	Probabilidade	Risco Inerente	Nível de Controlo	Risco Residual	Classificação Final	Medidas Preventivas Existentes	Medidas Adicionais (se aplicável)	Responsável Nominal	Prazo	Estado de Implementação	Evidência Documental
1	Serviço de Instalações e Equipamentos	Manutenção de infraestruturas	Falhas na manutenção preventiva de edifícios hospitalares	RO	3	3	9	3	6	Moderado	Plano de manutenção preventiva; equipas técnicas	Revisão periódica do plano de manutenção	Diretor do SIE	Contínuo	Em curso	Plano de manutenção Aguarda-se o desenvolvimento de procedimento concursal para a realização de pequenas reparações na infra-estrutura, cujo processo foi remetido ao SA há mais de 1 ano.
2	Serviço de Instalações e Equipamentos	Gestão de equipamentos médicos	Avaria ou indisponibilidade de equipamentos médicos críticos	RO	4	2	8	4	4	Baixo	Contratos de manutenção; monitorização técnica	Reforço da monitorização de equipamentos críticos	Diretor do SIE	Contínuo	Em curso	Registos de manutenção. Celebração de contratos de manutenção que têm permitido reduzir este risco.
3	Serviço de Instalações e Equipamentos	Segurança das instalações	Deficiências na segurança física das instalações	RO	4	2	8	3	5	Moderado	Sistemas de vigilância; procedimentos de segurança	Revisão periódica das medidas de segurança	Diretor do SIE	Contínuo	Em curso	Relatórios de segurança. Encontra-se aberto o procedimento por Concurso Público A75772026 - Manutenção CCTV, Controlo Acessos e SADI, o qual permitirá reduzir este risco no próximo triénio.
4	Serviço de Instalações e Equipamentos	Gestão energética	Consumo energético excessivo ou ineficiente	RO	3	3	9	3	6	Moderado	Monitorização energética; manutenção de sistemas	Plano de eficiência energética	Diretor do SIE	Anual	Em curso	Relatórios energéticos. Encontra-se em curso o desenvolvimento das empreitadas no âmbito do PRR - Eficiência Energética e Hídrica, que permitirá reduzir este risco.
5	Serviço de Instalações e Equipamentos	Continuidade operacional	Falhas estruturais que comprometam a atividade assistencial	RE / RO	4	3	12	3	9	Moderado	Planos de contingência; monitorização técnica	Revisão periódica dos planos de contingência	Diretor do SIE	Anual	Em curso	Planos de contingência. Planos já revistos pelo SIE e submetidos para aprovação pela CQSD, para a Auditoria da JCI.
6	Serviço de Instalações e Equipamentos	Resiliência de infraestruturas hospitalares	Impacto de fenómenos ambientais extremos (tempestades, ondas de calor, inundações) na integridade das infraestruturas e na continuidade da prestação de cuidados	RE / RO	5	4	20	3	17	Critico	Planos de contingência para falhas de infraestruturas críticas; manutenção preventiva de infraestruturas; monitorização de sistemas técnicos essenciais (energia, gases medicinais e redes técnicas).	Avaliação periódica de riscos ambientais e climáticos com impacto nas infraestruturas hospitalares, revisão dos planos de contingência associados e reforço das medidas de resiliência das infraestruturas.	Diretor do SIE	Anual	Em curso	Planos de contingência para falhas de infraestruturas críticas; manutenção preventiva de infraestruturas; monitorização de sistemas técnicos essenciais (energia, gases medicinais, redes técnicas). Necessidade urgente de aumento de Potência no HSA e no HABLO. Não existe disponibilidade de potência elétrica para a instalação de equipamentos adicionais / em curso e para o aumento das instalações. Necessidade de existência de sistema de comunicações em caso de catástrofe (SIRESP?). A articular com o SSI.

PLANO

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS
X. Serviço de Planeamento e Apoio à Gestão

Nº	Área Orgânica	Processo / Atividade	Risco Identificado	Categoria	Impacto	Probabilidade	Risco Inerente	Nível de Controlo	Risco Residual	Classificação Final	Medidas Preventivas Existentes	Medidas Adicionais (se aplicável)	Responsável Nominal	Prazo	Estado de Implementação	Evidência Documental
1	Serviço de Planeamento e Apoio à Gestão	Planeamento estratégico	Planeamento institucional inadequado	RE	5	2	10	4	6	Moderado	Plano de Desenvolvimento Organizacional	Revisão periódica do planeamento estratégico	Diretor do SPAG	Anual	Em curso	Plano de Desenvolvimento Organizacional
2	Serviço de Planeamento e Apoio à Gestão	Produção de informação para gestão	Informação de gestão incorreta ou incompleta	RO	4	3	12	4	8	Moderado	Sistemas de informação; validação de dados	Reforço da verificação de dados	Diretor do SPAG	Contínuo	Em curso	Relatórios de Desempenho e Execução e Reporte no sistema SICA
3	Serviço de Planeamento e Apoio à Gestão	Monitorização de indicadores	Monitorização insuficiente de indicadores institucionais	RO	4	3	12	4	8	Moderado	Relatórios periódicos; indicadores institucionais	Reforço da monitorização de indicadores	Diretor do SPAG	Contínuo	Em curso	Relatórios de Desempenho e Execução e Reporte no sistema SICA
4	Serviço de Planeamento e Apoio à Gestão	Apoio à decisão estratégica	Deficiente suporte técnico à tomada de decisão	RE	4	2	8	3	5	Moderado	Produção de relatórios de gestão	Reforço da análise de dados institucionais	Diretor do SPAG	Contínuo	Em curso	Relatórios de Desempenho e Execução

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

XI. Serviço de Segurança e Saúde no Trabalho

Nº	Área Orgânica	Processo / Atividade	Risco Identificado	Categoria	Impacto	Probabilidade	Risco Inerente	Nível de Controlo	Risco Residual	Classificação Final	Medidas Preventivas Existentes	Medidas Adicionais (se aplicável)	Responsável Nominal	Prazo	Estado de Implementação	Evidência Documental
1	Serviço de Segurança e Saúde no Trabalho	Avaliação de riscos profissionais	Avaliação insuficiente dos riscos profissionais	RO / RCO	4	3	12	3	9	Moderado	Priorizar e otimizar a prevenção de riscos profissionais ,em função dos recursos humanos disponíveis para o universo dos trabalhadores	Têm sido feitas diligências para o reforço da equipa de técnicos de segurança.	Responsável SST	contínuo	Em curso	Relatórios de avaliação e Planos de Prevenção aprovados pelo C.A.
2	Serviço de Segurança e Saúde no Trabalho	Prevenção de acidentes de trabalho	Ocorrência de acidentes de trabalho	RO	4	3	12	3	9	Moderado	Avaliação de riscos; Implementação de planos de prevenção dos riscos identificados;Formação e informação dos trabalhadores	Têm sido feitas diligências para o reforço da equipa de técnicos de segurança.Está em curso a atualização de procedimentos institucionais pela equipa multidisciplinar do SSST.	Responsável SST	Contínuo	Em curso	Registos,Relatórios e acompanhamento dos acidentes
3	Serviço de Segurança e Saúde no Trabalho	Vigilância da saúde ocupacional	Monitorização insuficiente da saúde ocupacional	RO	5	2	10	4	6	Moderado	Priorizar e otimizar a avaliação da saúde dos trabalhadores ,em função dos recursos humanos disponíveis para o universo dos profissionais.	Apesar do incremento de recursos no ano de 2025,a equipa médica e de enfermagem continua insuficiente e tem que se ter em conta a insuficiência de gabinetes no SSST.	Responsável SST	Contínuo	Em curso	Fichas de aptidão emitidas
4	Serviço de Segurança e Saúde no Trabalho	Formação em Saúde e Segurança	Insuficiente sensibilização dos trabalhadores para riscos profissionais	RO	4	3	12	3	9	Moderado	Formação em Saúde e Segurança	Reforço das ações de formação	Responsável SST	contínuo	Em curso	Registo de formação

PLANO

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS
XII. Serviço de Sistemas de Informação

Nº	Área Orgânica	Processo / Atividade	Risco Identificado	Categoria	Impacto	Probabilidade	Risco Inerente	Nível de Controlo	Risco Residual	Classificação Final	Medidas Preventivas Existentes	Medidas Adicionais (se aplicável)	Responsável Nominal	Prazo	Estado de Implementação	Evidência Documental
1	Serviço de Sistemas de Informação	Segurança informática	Acesso não autorizado a sistemas informáticos institucionais	RSI / RCO	5	3	15	4	11	Elevado	Sistemas de autenticação; controlo de acessos; políticas de segurança informática	Reforço dos mecanismos de monitorização e controlo de acessos	Diretor do SSI	Contínuo	Em curso	Registos de acessos
2	Serviço de Sistemas de Informação	Proteção de dados	Violação de dados pessoais ou clínicos	RSI / RCO	5	3	15	3	12	Elevado	Políticas RGPD; intervenção do Encarregado de Proteção de Dados; controlos de acesso	Reforço de auditorias internas de proteção de dados	Diretor do SSI	Contínuo	Em curso	Relatórios do Encarregado de Proteção de Dados
3	Serviço de Sistemas de Informação	Continuidade dos sistemas	Falha ou indisponibilidade prolongada de sistemas informáticos críticos com impacto na atividade assistencial.	RO / RSI	5	3	15	4	11	Elevado	Sistemas de backup; redundância de servidores	Testes periódicos de recuperação de sistemas	Diretor do SSI	Anual	Em curso	Registos de backup
4	Serviço de Sistemas de Informação	Integridade de dados	Alteração ou perda de dados institucionais	RSI	4	3	12	3	9	Moderado	Sistemas de controlo de acessos e registo de alterações	Reforço de auditorias de integridade de dados	Diretor do SSI	Contínuo	Em curso	Logs de sistema
5	Serviço de Sistemas de Informação	Gestão de perfis de utilizador	Atribuição inadequada de perfis ou privilégios de acesso	RSI / RCO	4	2	8	3	5	Moderado	Procedimentos formais de atribuição de acessos	Revisão periódica dos perfis de utilizador	Diretor do SSI	Anual	Em curso	Registos de perfis
6	Serviço de Sistemas de Informação	Atualização tecnológica	Utilização de sistemas desatualizados ou vulneráveis	RO / RSI	4	3	12	3	9	Moderado	Atualizações regulares de software; suporte técnico	Plano periódico de atualização tecnológica	Diretor do SSI	Contínuo	Em curso	Relatórios técnicos

PLANO

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS
XIII. Serviços Hoteleiros

Nº	Área Orgânica	Processo / Atividade	Risco Identificado	Categoria	Impacto	Probabilidade	Risco Inerente	Nível de Controlo	Risco Residual	Classificação Final	Medidas Preventivas Existentes	Medidas Adicionais (se aplicável)	Responsável Nominal	Prazo	Estado de Implementação	Evidência Documental
1	Serviços Hoteleiros	Gestão de alimentação hospitalar	Deficiências na qualidade ou segurança alimentar	RO	4	3	12	3	9	Moderado	Procedimentos HACCP; controlo de qualidade	Revisão periódica dos procedimentos	Responsável Serviços Hoteleiros	Contínuo	Em curso	Relatórios HACCP
2	Serviços Hoteleiros	Gestão de limpeza hospitalar	Deficiências nos procedimentos de limpeza e desinfeção	RO	4	3	12	3	9	Moderado	Protocolos de higienização; supervisão	Reforço da monitorização das equipas	Responsável Serviços Hoteleiros	Contínuo	Em curso	Relatórios de limpeza
3	Serviços Hoteleiros	Gestão de resíduos hospitalares	Gestão inadequada de resíduos hospitalares	RO / RCO	4	2	8	3	5	Moderado	Procedimentos de gestão de resíduos	Reforço da monitorização dos circuitos	Responsável Serviços Hoteleiros	Contínuo	Em curso	Registos de resíduos
4	Serviços Hoteleiros	Gestão de roupa hospitalar	Falhas no circuito de roupa hospitalar	RO	3	3	9	3	6	Moderado	Procedimentos operacionais internos	Reforço do controlo de circuitos	Responsável Serviços Hoteleiros	Contínuo	Em curso	Registos operacionais

PLANO

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS
XIV. Gabinete de Educação e Formação Permanente

Nº	Área Orgânica	Processo / Atividade	Risco Identificado	Categoria	Impacto	Probabilidade	Risco Inerente	Nível de Controlo	Risco Residual	Classificação Final	Medidas Preventivas Existentes	Medidas Adicionais (se aplicável)	Responsável Nominal	Prazo	Estado de Implementação	Evidência Documental
1	Gabinete de Educação e Formação Permanente	Planeamento da formação institucional	Planeamento insuficiente das necessidades formativas dos profissionais	RO	4	3	12	3	9	Moderado	Levantamento anual de necessidades formativas	Consolidação de plano anual estruturado de formação	Responsável do Gabinete	Anual	Em curso	Plano anual de formação
2	Gabinete de Educação e Formação Permanente	Execução das ações de formação	Não realização ou atraso na execução das ações de formação planeadas	RO	3	3	9	3	6	Moderado	Programação anual de ações formativas	Monitorização periódica do plano de formação	Responsável do Gabinete	Contínuo	Em curso	Registos de formação
3	Gabinete de Educação e Formação Permanente	Formação obrigatória institucional	Não cumprimento de ações de formação obrigatórias em áreas críticas (ex.: segurança, ética, proteção de dados)	RCO	4	3	12	3	9	Moderado	Plano institucional de formação obrigatória	Reforço da monitorização da participação dos profissionais	Responsável do Gabinete	Anual	Em curso	Registos de participação
4	Gabinete de Educação e Formação Permanente	Avaliação da eficácia da formação	Ausência de avaliação sistemática da eficácia das ações formativas realizadas	RO	3	3	9	3	6	Moderado	Avaliação de satisfação dos formandos	Implementação de mecanismos de avaliação de impacto da formação	Responsável do Gabinete	Anual	A implementar	Relatórios de avaliação
5	Gabinete de Educação e Formação Permanente	Articulação com unidades e serviços	Falhas na articulação com serviços na definição de prioridades formativas	RE / RO	3	3	9	3	6	Moderado	Comunicação institucional com serviços	Reuniões periódicas de articulação formativa	Responsável do Gabinete	Contínuo	Em curso	Registos de reuniões

PLANO

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS
XV. Gabinete Jurídico

Nº	Área Orgânica	Processo / Atividade	Risco Identificado	Categoria	Impacto	Probabilidade	Risco Inerente	Nível de Controlo	Risco Residual	Classificação Final	Medidas Preventivas Existentes	Medidas Adicionais (se aplicável)	Responsável Nominal	Prazo	Estado de Implementação	Evidência Documental
1	Gabinete Jurídico	Emissão de pareceres jurídicos	Emissão de parecer jurídico incompleto ou desatualizado que conduza a decisões administrativas ou financeiras incorretas	RCO	5	3	15	3	12	Elevado	Análise jurídica prévia; consulta de legislação e jurisprudência	Atualização periódica de bases jurídicas e formação contínua	Responsável do Gabinete Jurídico	Contínuo	Em curso	Pareceres emitidos
2	Gabinete Jurídico	Apoio jurídico à contratação pública	Interpretação incorreta do regime legal aplicável à contratação pública	RCO / RO	5	3	15	3	12	Elevado	Apoio jurídico aos procedimentos; validação de peças procedimentais	Revisão jurídica prévia obrigatória de procedimentos mais complexos	Responsável do Gabinete Jurídico	Contínuo	Em curso	Pareceres jurídicos; processos de contratação
3	Gabinete Jurídico	Gestão de processos judiciais e contenciosos	Perda de prazos processuais ou gestão inadequada de processos judiciais	RO / RCO	5	3	15	3	12	Elevado	Sistema de controlo de prazos; acompanhamento de processos	Implementação de registo centralizado de processos judiciais	Responsável do Gabinete Jurídico	Contínuo	Em curso	Registos de processos
4	Gabinete Jurídico	Conformidade legal institucional	Incumprimento de obrigações legais ou regulamentares aplicáveis à atividade da ULS	RCO	5	3	15	3	12	Elevado	Acompanhamento legislativo; emissão de orientações jurídicas	Elaboração de notas internas de atualização legislativa	Responsável do Gabinete Jurídico	Contínuo	Em curso	Notas jurídicas; comunicações internas
5	Gabinete Jurídico	Apoio a processos disciplinares	Instrução inadequada de processos disciplinares	RCO / RO	4	3	12	3	9	Moderado	Apoio jurídico aos processos disciplinares	Elaboração de orientações internas para tramitação disciplinar	Responsável do Gabinete Jurídico	Contínuo	Em curso	Processos disciplinares
6	Gabinete Jurídico	Assessoria jurídica institucional	Prestação tardia de apoio jurídico a serviços ou órgãos da instituição	RO	4	3	12	3	9	Moderado	Acompanhamento regular de processos; articulação com serviços	Definição de prazos internos de resposta	Responsável do Gabinete Jurídico	Contínuo	Em curso	Registos de pedidos de parecer
7	Gabinete Jurídico	Apoio Jurídico a procedimentos de recrutamento	Validação jurídica insuficiente de procedimentos de recrutamento podendo comprometer os princípios de legalidade, igualdade e transparência	RCO/RP	5	4	20	3	17	Crítico	Emissão de pareceres jurídicos; análise de enquadramento legal aplicável	Emissão de pareceres jurídicos; análise de enquadramento legal aplicável	Responsável do Gabinete Jurídico	Contínuo	Em curso	Pareceres jurídicos; processos de recrutamento

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

XVI. Serviços de Suporte à Prestação de Cuidados Serviço Farmacêutico

Nº	Área Orgânica	Processo / Atividade	Risco Identificado	Categoria	Impacto	Probabilidade	Risco Inerente	Nível de Controlo	Risco Residual	Classificação Final	Medidas Preventivas Existentes	Medidas Adicionais (se aplicável)	Responsável Nominal	Prazo	Estado de Implementação	Evidência Documental
1	Serviço Farmacêutico	Gestão de medicamentos	Utilização inadequada ou erro na dispensa de medicamentos	RO / RCO	5	3	15	4	11	Elevado	Protocolos de dispensa; validação farmacêutica	Reforço da monitorização de erros de medicação	Diretor do Serviço Farmacêutico	Contínuo	Em curso	Registos de dispensa
2	Serviço Farmacêutico	Armazenamento e conservação	Degradação ou perda de medicamentos por incumprimento das condições de armazenamento	RO	4	3	12	4	8	Moderado	Monitorização de temperatura; controlo de armazenamento	Reforço da monitorização automática de temperatura	Diretor do Serviço Farmacêutico	Contínuo	Em curso	Registos de temperatura
3	Serviço Farmacêutico	Gestão de stocks	Rutura ou excesso de stocks de medicamentos críticos	RO / RE	4	3	12	3	9	Moderado	Sistema de gestão de stocks; monitorização periódica	Reforço da previsão de consumo	Diretor do Serviço Farmacêutico	Contínuo	Em curso	Registos de stocks
4	Serviço Farmacêutico	Rastreabilidade de medicamentos	Falhas na rastreabilidade de medicamentos de elevado custo ou utilização restrita	RCO	5	3	15	4	11	Elevado	Registo informático de dispensa; controlo de utilização	Auditorias internas periódicas à rastreabilidade	Diretor do Serviço Farmacêutico	Anual	A implementar	Registos informáticos
5	Serviço Farmacêutico	Gestão de prazos de validade	Utilização ou manutenção em stock de medicamentos fora de prazo	RO	4	2	8	3	5	Moderado	Controlo periódico de validade	Reforço da monitorização automática de prazos	Diretor do Serviço Farmacêutico	Contínuo	Em curso	Registos de controlo de validade

PLANO

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS
XVII. Serviço Social

Nº	Área Orgânica	Processo / Atividade	Risco Identificado	Categoria	Impacto	Probabilidade	Risco Inerente	Nível de Controlo	Risco Residual	Classificação Final	Medidas Preventivas Existentes	Medidas Adicionais (se aplicável)	Responsável Nominal	Prazo	Estado de Implementação	Evidência Documental
1	Serviço Social	Avaliação social de utentes	Avaliação social insuficiente ou incompleta de utentes em situação de vulnerabilidade	RO	4	3	12	3	9	Moderado	Procedimentos internos de avaliação social	Reforço da articulação com serviços clínicos	Responsável do Serviço Social	Contínuo	Em curso	Registos de avaliação social
2	Serviço Social	Gestão de altas sociais	Atraso na resolução de situações sociais que condicionem a alta hospitalar	RO / RE	4	3	12	3	9	Moderado	Articulação com rede social e instituições externas	Reforço da articulação com entidades da rede social	Responsável do Serviço Social	Contínuo	Em curso	Registos de acompanhamento social
3	Serviço Social	Articulação institucional	Falhas de articulação com instituições da rede social e comunitária	RO	3	3	9	3	6	Moderado	Protocolos de articulação institucional	Reforço de reuniões de articulação com parceiros externos	Responsável do Serviço Social	Contínuo	Em curso	Protocolos institucionais
4	Serviço Social	Proteção de informação social	Divulgação indevida de informação sensível relativa à situação social dos utentes	RCO / RSI	4	2	8	3	5	Moderado	Procedimentos de confidencialidade; cumprimento do RGPD	Reforço da sensibilização para proteção de dados	Responsável do Serviço Social	Contínuo	Em curso	Registos de processo social
5	Serviço Social	Registo de informação social	Registo incompleto ou inadequado de informação social relevante	RO	3	3	9	3	6	Moderado	Procedimentos internos de registo	Reforço da monitorização da qualidade dos registos	Responsável do Serviço Social	Contínuo	Em curso	Registos de processo social

PLANO

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS
XVIII. Unidade de Esterilização

Nº	Área Orgânica	Processo / Atividade	Risco Identificado	Categoria	Impacto	Probabilidade	Risco Inerente	Nível de Controlo	Risco Residual	Classificação Final	Medidas Preventivas Existentes	Medidas Adicionais (se aplicável)	Responsável Nominal	Prazo	Estado de Implementação	Evidência Documental
1	Unidade de Esterilização	Processo de esterilização de dispositivos médicos	Falha no processo de esterilização com risco de infeção associada aos cuidados de saúde	RO / RCO	5	3	15	4	11	Elevado	Protocolos de esterilização; monitorização de ciclos; controlo biológico e químico	Reforço da monitorização e auditorias internas ao processo	Responsável da Unidade	Contínuo	Em curso	Registos de ciclos de esterilização
2	Unidade de Esterilização	Validação e controlo de equipamentos	Utilização de equipamentos de esterilização sem validação ou manutenção adequada	RO	4	3	12	3	9	Moderado	Plano de manutenção preventiva; validação periódica de equipamentos	Monitorização sistemática dos planos de manutenção	Responsável da Unidade	Contínuo	Em curso	Registos de manutenção
3	Unidade de Esterilização	Rastreabilidade de dispositivos esterilizados	Falhas na rastreabilidade dos dispositivos médicos esterilizados	RCO	4	3	12	0	12	Elevado	Sistemas de registo e identificação de lotes	Reforço da rastreabilidade eletrónica	Responsável da Unidade	Contínuo	Em curso	Registos de rastreabilidade
4	Unidade de Esterilização	Armazenamento e transporte de material esterilizado	Contaminação de material esterilizado durante armazenamento ou transporte	RO	4	3	12	2	10	Elevado	Procedimentos de acondicionamento e transporte	Reforço de auditorias internas em parceria com UL PPCIRA	Responsável da Unidade	Contínuo	Em curso	Procedimentos internos
5	Unidade de Esterilização	Conformidade com normas técnicas	Incumprimento de normas técnicas aplicáveis ao processo de esterilização	RCO	5	2	10	3	7	Moderado	Procedimentos normalizados; formação técnica	Atualização periódica de normas e protocolos	Responsável da Unidade	Anual	Em curso	Normas e protocolos

PLANO

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS
XIX. Coordenação Técnica

Nº	Área Orgânica	Processo / Atividade	Risco Identificado	Categoria	Impacto	Probabilidade	Risco Inerente	Nível de Controlo	Risco Residual	Classificação Final	Medidas Preventivas Existentes	Medidas Adicionais (se aplicável)	Responsável Nominal	Prazo	Estado de Implementação	Evidência Documental
1	Coordenação Técnica	Coordenação de atividades técnicas	Falhas de articulação entre equipas técnicas e serviços assistenciais	RO	3	3	9	3	6	Moderado	Procedimentos de articulação técnica	Reforço da comunicação institucional entre serviços	Responsável da Coordenação Técnica	Contínuo	Em curso	Registos de reuniões
2	Coordenação Técnica	Planeamento de intervensões técnicas	Planeamento inadequado de intervenções técnicas com impacto na atividade assistencial	RO / RE	4	3	12	3	9	Moderado	Planeamento prévio de intervensões	Reforço da articulação com serviços assistenciais	Responsável da Coordenação Técnica	Contínuo	Em curso	Planos de intervenção
3	Coordenação Técnica	Monitorização de equipamentos	Falhas na monitorização do funcionamento de equipamentos técnicos	RO	4	2	8	3	5	Moderado	Procedimentos de monitorização técnica	Reforço da monitorização periódica de equipamentos	Responsável da Coordenação Técnica	Contínuo	Em curso	Registos de monitorizaçã o
4	Coordenação Técnica	Registo e reporte técnico	Registo incompleto ou inadequado de intervensões técnicas realizadas	RO	3	3	9	3	6	Moderado	Procedimentos de registo técnico	Reforço da monitorização dos registos técnicos	Responsável da Coordenação Técnica	Contínuo	Em curso	Registos técnicos

PLANO

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS
XX. Direção do Internato Médico

Nº	Área Orgânica	Processo / Atividade	Risco Identificado	Categori a	Impacto	Probabilidade	Risco Inerente	Nível de Controlo	Risco Residual	Classificaçã o Final	Medidas Preventivas Existentes	Medidas Adicionais (se aplicável)	Responsável Nominal	Prazo	Estado de Implementação	Evidência Documental
1	Direção do Internato Médico	Organização do internato médico	Planeamento inadequado das atividades formativas dos médicos internos	RO	4	3	12	3	9	Moderado	Programas de formação definidos; supervisão por orientadores de formação	Reforço da monitorização do cumprimento dos programas formativos	Diretor do Internato Médico	Anual	Em curso	Programas de formação
2	Direção do Internato Médico	Supervisão clínica	Insuficiente supervisão da atividade clínica dos médicos internos	RO / RCO	4	3	12	3	9	Moderado	Existência de orientadores de formação	Reforço da monitorização da atividade formativa	Diretor do Internato Médico	Contínuo	Em curso	Registos de supervisão
3	Direção do Internato Médico	Avaliação formativa	Avaliação inadequada do desempenho dos médicos internos	RO	3	3	9	3	6	Moderado	Procedimentos de avaliação definidos	Reforço da uniformização de critérios de avaliação	Diretor do Internato Médico	Anual	Em curso	Registos de avaliação
4	Direção do Internato Médico	Cumprimento de programas formativos	Incumprimento de requisitos formativos definidos para o internato médico	RCO	4	2	8	3	5	Moderado	Programas de formação aprovados	Monitorização periódica do cumprimento dos programas	Diretor do Internato Médico	Contínuo	Em curso	Relatórios de formação

PLANO

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS
XXI. Equipa de Gestão de Camas

Nº	Área Orgânica	Processo / Atividade	Risco Identificado	Categoria	Impacto	Probabilidade	Risco Inerente	Nível de Controlo	Risco Residual	Classificação Final	Medidas Preventivas Existentes	Medidas Adicionais (se aplicável)	Responsável Nominal	Prazo	Estado de Implementação	Evidência Documental
1	Equipa de Gestão de Camas	Gestão da ocupação hospitalar	Falhas na gestão da ocupação de camas hospitalares com impacto na resposta assistencial	RO / RE	5	3	15	3	12	Elevado	Monitorização diária da ocupação; Articulação com serviços clínicos	Reforço da monitorização de fluxos assistenciais	Responsável da Equipa	Contínuo	Em curso	Registos de ocupação
2	Equipa de Gestão de Camas	Gestão de internamentos	Atrasos na alocação de camas a doentes com indicação para internamento	RO	4	3	12	3	9	Moderado	Articulação com serviços clínicos e urgência	Reforço da monitorização do tempo de espera para internamento	Responsável da Equipa	Contínuo	Em curso	Registos de internamento
3	Equipa de Gestão de Camas	Coordenação entre serviços	Falhas de comunicação entre serviços clínicos na gestão de camas	RO	3	3	9	3	6	Moderado	Procedimentos de articulação entre serviços	Reforço da comunicação institucional	Responsável da Equipa	Contínuo	Em curso	Registos de comunicação
4	Equipa de Gestão de Camas	Planeamento da capacidade assistencial	Planeamento inadequado da capacidade de internamento face à procura assistencial	RE	4	3	12	3	9	Moderado	Monitorização de indicadores de ocupação	Reforço da análise de dados assistenciais	Responsável da Equipa	Anual	Em curso	Relatórios de atividade
5	Equipa de Gestão de Camas	Registo e monitorização de dados	Registo incorreto ou incompleto de informação relativa à gestão de camas	RO / RSI	3	3	9	3	6	Moderado	Sistemas informáticos de gestão hospitalar	Auditorias periódicas à qualidade dos dados	Responsável da Equipa	Contínuo	Em curso	Registos informáticos

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

XXII. Gabinete de Auditoria à Codificação Clínica

Nº	Área Orgânica	Processo / Atividade	Risco Identificado	Categoria	Impacto	Probabilidade	Risco Inerente	Nível de Controlo	Risco Residual	Classificação Final	Medidas Preventivas Existentes	Medidas Adicionais (se aplicável)	Responsável Nominal	Prazo	Estado de Implementação	Evidência Documental
1	Gabinete de Auditoria à Codificação Clínica	Codificação clínica	Codificação incorreta de episódios clínicos com impacto na produção assistencial e financiamento	RO / RCO	5	3	15	3	12	Elevado	Procedimentos de codificação; validação técnica	Reforço de auditorias internas à codificação	Responsável do Gabinete	Contínuo	Em curso	Relatórios de auditoria
2	Gabinete de Auditoria à Codificação Clínica	Auditoria à codificação	Insuficiente cobertura de auditorias à codificação clínica	RO	4	3	12	3	9	Moderado	Planeamento de auditorias à codificação	Reforço da monitorização da atividade de auditoria	Responsável do Gabinete	Anual	Em curso	Plano de auditoria
3	Gabinete de Auditoria à Codificação Clínica	Qualidade dos dados clínicos	Registo clínico insuficiente para suportar codificação adequada	RO / RSI	4	3	12	3	9	Moderado	Orientações internas para registo clínico	Sensibilização dos profissionais para qualidade do registo clínico	Responsável do Gabinete	Contínuo	Em curso	Registos clínicos
4	Gabinete de Auditoria à Codificação Clínica	Articulação com serviços clínicos	Falhas de articulação entre codificação clínica e serviços assistenciais	RO	3	3	9	3	6	Moderado	Comunicação com serviços clínicos	Reforço de reuniões de articulação	Responsável do Gabinete	Contínuo	Em curso	Registos de reuniões
5	Gabinete de Auditoria à Codificação Clínica	Monitorização da produção assistencial	Falhas na monitorização de indicadores de produção e codificação	RO / RE	4	2	8	3	5	Moderado	Monitorização de indicadores assistenciais	Reforço da análise periódica de dados	Responsável do Gabinete	Anual	Em curso	Relatórios de atividade

PLANO

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS
XXIII. Serviço de Psicologia Clínica e da Saúde

Nº	Área Orgânica	Processo / Atividade	Risco Identificado	Categori a	Impacto	Probabilidade	Risco Inerente	Nível de Controlo	Risco Residual	Classificação Final	Medidas Preventivas Existentes	Medidas Adicionais (se aplicável)	Responsável Nominal	Prazo	Estado de Implementação	Evidência Documental
1	Serviço de Psicologia Clínica e da Saúde	Prestação de cuidados psicológicos	Atraso ou limitação no acesso a acompanhamento psicológico por parte dos utentes	RO	4	3	12	3	9	Moderado	Planeamento de consultas; articulação com serviços clínicos	Reforço da monitorização das listas de espera	Responsável do Serviço	Contínuo	Em curso	Registos de consultas
2	Serviço de Psicologia Clínica e da Saúde	Registo clínico	Registo incompleto ou inadequado da intervenção psicológica no processo clínico	RO	3	3	9	3	6	Moderado	Procedimentos internos de registo clínico	Reforço da monitorização da qualidade dos registos	Responsável do Serviço	Contínuo	Em curso	Registos clínicos
3	Serviço de Psicologia Clínica e da Saúde	Confidencialidade da informação	Divulgação indevida de informação clínica sensível relativa aos utentes	RCO / RSI	4	3	12	3	9	Moderado	Cumprimento de normas de confidencialidade e RGPD	Reforço da sensibilização para proteção de dados	Responsável do Serviço	Contínuo	Em curso	Registos clínicos
4	Serviço de Psicologia Clínica e da Saúde	Articulação com equipas assistenciais	Falhas de comunicação ou articulação com equipas clínicas	RO	3	3	9	3	6	Moderado	Reuniões de articulação clínica	Reforço da comunicação institucional	Responsável do Serviço	Contínuo	Em curso	Registos de reuniões
5	Serviço de Psicologia Clínica e da Saúde	Avaliação psicológica	Avaliação psicológica inadequada ou incompleta em situações clínicas complexas	RO	4	2	8	3	5	Moderado	Protocolos de avaliação psicológica	Atualização periódica de protocolos clínicos	Responsável do Serviço	Contínuo	Em curso	Registos de avaliação

PLANO

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS
XXIV. Serviço de Nutrição e Alimentação

Nº	Área Orgânica	Processo / Atividade	Risco Identificado	Categoria	Impacto	Probabilidade	Risco Inerente	Nível de Controlo	Risco Residual	Classificação Final	Medidas Preventivas Existentes	Medidas Adicionais	Responsável Nominal	Prazo	Estado	Evidência Documental
1	Serviço de Nutrição e Alimentação	Consultas externas de nutrição	Consulta não atempada	RE	3	4	12	5	7	Moderado	Criação de Critérios de Admissão; Triagem adequada; distribuição por profissionais existentes	Reforço do numero de profissionais do serviço	Diretor do Serviço	Contínuo	Em curso	Registos em Agendamento de Consulta
2	Serviço de Nutrição e Alimentação	Acompanhamento de doentes internados	Monitorização insuficiente do doente internado	RE	5	3	15	3	12	Elevado	Reavaliação nutricional em internamento; articulação com equipas clínicas	Reforço da monitorização regular e definição de momentos estruturados de reavaliação nutricional	Responsáveis pela Avaliação Nutricional do Doente	Contínuo	Em curso	Processos clínicos
3	Serviço de Nutrição e Alimentação	Articulação com serviços clínicos	Falhas de comunicação que comprometam a adequação nutricional	RE / RO	5	3	15	5	10	Elevado	Integração nas equipas multidisciplinares	Registos estruturados das intervenções	Responsáveis pela Avaliação Nutricional do Doente	Contínuo	Em curso	Registos clínicos
4	Serviço de Nutrição e Alimentação	Orientação de estágios	Acompanhamento desadequado de estagiários	RE / RO	4	1	4	3	1	Baixo	Rácio e calendarização adequada ao espaço e numero de profissionais disponíveis para acompanhamento	Acompanhamento e supervisão diária por Nutricionistas	Diretor do Serviço	Contínuo	Em curso	Autorização de realização; Planos de Estágio
5	Serviço de Nutrição e Alimentação	Adequação nutricional (interface com alimentação)	Falhas no cumprimento dos planos de dietas (pelo concessionário)	RE / RO	5	5	25	5	20	Crítico	Manual de Dietas; articulação com hotelaria; Discussão em reuniões UFQ	Formalização e divulgação de procedimentos	Diretor do Serviço; S. Hoteleiro; Diretor do Concessionário	Contínuo	Em curso	Caderno de Encargos; manual de Dietas; apresentação de registos em reunião UFQ; Indicador de Qualidade

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

XXV. Serviços de Prestação de Cuidados

Nota sobre Direções Clínicas

As funções de Direção Clínica encontram-se asseguradas por vogais do Conselho de Administração com pelouro na área assistencial.

Atendendo à natureza transversal destas funções, os riscos associados à atividade clínica encontram-se refletidos nas matrizes de risco dos respetivos departamentos assistenciais, designadamente no Departamento de Cuidados de Saúde Primários e no Departamento de Cuidados Hospitalares.

a) Departamento de Cuidados de Saúde Primários

A análise de risco é efetuada ao nível do departamento, considerando as unidades funcionais que integram os diferentes centros de saúde, designadamente Unidades de Saúde Familiar (USF), Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) e Serviços de Atendimento Complementar.

b) Departamento de Cuidados Hospitalares

A matriz de risco abrange os serviços hospitalares que integram o departamento, considerando os riscos assistenciais, organizacionais e de conformidade associados à prestação de cuidados hospitalares.

c) Departamento do Doente Crítico

(Medicina Intensiva, Unidade de Intermédios Polivalente, Serviço de Urgência)

d) Serviço Integrado de Cuidados Paliativos

(Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos, Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos, Unidade de Internamento de Cuidados Paliativos); Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

e) Rede Nacional de Cuidados Continuados

(Equipa de Gestão de Altas, Equipa Coordenadora Local, Unidade de Convalescença, Equipas de Cuidados Continuados Integrados)

f) Departamento de Saúde Pública

(Unidade de Saúde Pública, Unidade de Epidemiologia Clínica e de Saúde Hospitalar, Unidade de Estudos e Planeamento em Saúde, Unidade de Medicina de Viagem e de Populações Móveis); Consultas Respiratórias na Comunidade.

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

Estruturas Transversais

Integram igualmente o âmbito do presente plano diversas estruturas transversais de governação clínica, qualidade e apoio institucional, incluindo comissões, gabinetes e grupos de trabalho com competências relevantes no domínio da gestão de risco, segurança do doente, qualidade assistencial e cumprimento normativo.

Atendendo à natureza transversal destas estruturas e à sua articulação com diferentes áreas orgânicas da instituição, os riscos associados às respetivas atividades encontram-se integrados nas matrizes de risco das áreas orgânicas com responsabilidade funcional direta, não tendo sido por isso elaboradas matrizes de risco autónomas.

Nota sobre Direção de Enfermagem

A Direção de Enfermagem exerce funções de coordenação técnica e organizacional de natureza transversal na instituição, no âmbito da gestão e supervisão da atividade de enfermagem.

Atendendo a esta natureza transversal, os riscos associados à atividade de enfermagem encontram-se refletidos nas matrizes de risco das áreas assistenciais e das estruturas institucionais com responsabilidades na qualidade e segurança do doente.

A Direção de Enfermagem, pela sua natureza transversal, não dispõe de matriz autónoma, encontrando-se os riscos associados refletidos nas matrizes das áreas assistenciais e estruturas de qualidade e segurança do doente.

Articulação com referenciais internacionais de qualidade e segurança do doente

O presente plano articula-se igualmente com referenciais internacionais de qualidade e segurança do doente, designadamente os requisitos da Joint Commission International (JCI), no âmbito do processo de reacreditação institucional.

No âmbito desta articulação, os riscos operacionais, infraestruturais e de continuidade da atividade identificados no presente plano incluem dimensões associadas a eventos ambientais e climáticos potencialmente disruptivos, designadamente no que respeita à integridade das infraestruturas hospitalares, ao funcionamento de sistemas técnicos críticos e à continuidade da prestação de cuidados.

PLANO

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS
a) Departamento de Cuidados de Saúde Primários

Nº	Área Orgânica	Processo / Atividade	Risco Identificado	Categoria	Impacto	Probabilidade	Risco Inerente	Nível de Controlo	Risco Residual	Classificação Final	Medidas Preventivas Existentes	Medidas Adicionais (se aplicável)	Responsável Nominal	Prazo	Estado de Implementação	Evidência Documental
1	Departamento de Cuidados de Saúde Primários	Acesso a cuidados de saúde	Dificuldade de acesso dos utentes a consultas de cuidados de saúde primários	RO / RE	5	3	15	3	12	Elevado	Organização de agendas; monitorização de indicadores assistenciais	Reforço da monitorização do acesso a consultas	Diretor do Departamento	Contínuo	Em curso	Relatórios de atividade
2	Departamento de Cuidados de Saúde Primários	Continuidade de cuidados	Falhas na articulação entre cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares	RO	4	3	12	3	9	Moderado	Sistemas de referenciação; articulação institucional	Reforço da articulação entre níveis de cuidados	Diretor do Departamento	Contínuo	Em curso	Registos de referenciação
3	Departamento de Cuidados de Saúde Primários	Registo clínico	Registo clínico incompleto ou inadequado no processo clínico eletrónico	RO / RSI	4	3	12	3	9	Moderado	Procedimentos de registo clínico	Reforço da monitorização da qualidade do registo clínico	Diretor do Departamento	Contínuo	Em curso	Registos clínicos
4	Departamento de Cuidados de Saúde Primários	Promoção da saúde e prevenção da doença	Planeamento inadequado de programas de prevenção e promoção da saúde	RE	3	3	9	3	6	Moderado	Programas institucionais de saúde pública	Reforço da monitorização dos programas de saúde	Diretor do Departamento	Anual	Em curso	Relatórios de atividade
5	Departamento de Cuidados de Saúde Primários	Articulação com a comunidade	Falhas na articulação com parceiros institucionais e comunitários	RO	3	3	9	3	6	Moderado	Parcerias institucionais; articulação com autarquias e entidades locais	Reforço da articulação interinstitucional	Diretor do Departamento	Contínuo	Em curso	Protocolos institucionais

PLANO

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS
b) Departamento de Cuidados Hospitalares

Nº	Área Orgânica	Processo / Atividade	Risco Identificado	Categoria	Impacto	Probabilidade	Risco Inerente	Nível de Controlo	Risco Residual	Classificação Final	Medidas Preventivas Existentes	Medidas Adicionais (se aplicável)	Responsável Nominal	Prazo	Estado de Implementação	Evidência Documental
1	Departamento de Cuidados Hospitalares	Prestação de cuidados de saúde	Ocorrência de eventos adversos associados à prestação de cuidados	RO / RCO	5	3	15	3	12	Elevado	Protocolos clínicos; sistemas de notificação de eventos adversos	Reforço da monitorização da segurança do doente	Diretor do Departamento	Contínuo	Em curso	Registos de eventos adversos
2	Departamento de Cuidados Hospitalares	Segurança do doente	Falhas na identificação correta do doente ou na administração de terapêutica	RO	5	3	15	3	12	Elevado	Procedimentos de identificação do doente; protocolos clínicos	Reforço de auditorias internas à segurança do doente	Diretor do Departamento	Contínuo	Em curso	Procedimentos clínicos
3	Departamento de Cuidados Hospitalares	Registo clínico	Registo clínico incompleto ou inadequado no processo clínico	RO / RSI	4	3	12	3	9	Moderado	Procedimentos de registo clínico; sistemas informáticos	Reforço da monitorização da qualidade do registo clínico	Diretor do Departamento	Contínuo	Em curso	Registos clínicos
4	Departamento de Cuidados Hospitalares	Articulação entre serviços	Falhas de comunicação entre equipas assistenciais	RO	3	3	9	3	6	Moderado	Reuniões clínicas; articulação institucional	Reforço da comunicação entre equipas	Diretor do Departamento	Contínuo	Em curso	Registos de reuniões
5	Departamento de Cuidados Hospitalares	Gestão da atividade assistencial	Planeamento inadequado da atividade assistencial hospitalar	RE / RO	4	3	12	3	9	Moderado	Monitorização da atividade assistencial	Reforço da análise de indicadores assistenciais	Diretor do Departamento	Anual	Em curso	Relatórios de atividade
6	Departamento de Cuidados Hospitalares	Qualidade e segurança dos cuidados	Incumprimento de normas clínicas e protocolos assistenciais	RCO	4	3	12	3	9	Moderado	Protocolos clínicos; formação contínua	Reforço da monitorização da conformidade clínica	Diretor do Departamento	Contínuo	Em curso	Protocolos clínicos

PLANO

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS
c) Departamento do Doente Crítico

Nº	Área Orgânica	Processo / Atividade	Risco Identificado	Categoria	Impacto	Probabilidade	Risco Inerente	Nível de Controlo	Risco Residual	Classificação Final	Medidas Preventivas Existentes	Medidas Adicionais (se aplicável)	Responsável Nominal	Prazo	Estado de Implementação	Evidência Documental
1	Departamento do Doente Crítico	Prestação de cuidados ao doente crítico	Ocorrência de eventos adversos graves associados à prestação de cuidados críticos	RO / RCO	5	3	15	3	12	Elevado	Protocolos clínicos; equipas diferenciadas; sistemas de notificação de incidentes	Reforço da monitorização de eventos adversos	Diretor do Departamento	Contínuo	Em curso	Registos clínicos
2	Departamento do Doente Crítico	Funcionamento do Serviço de Urgência	Sobrelotação do serviço de urgência com impacto na qualidade e segurança dos cuidados	RO / RE	5	3	15	3	12	Elevado	Sistema de triagem; monitorização de tempos de espera	Reforço da monitorização da procura assistencial	Diretor do Departamento	Contínuo	Em curso	Relatórios de atividade
3	Departamento do Doente Crítico	Articulação entre unidades críticas	Falhas de comunicação entre equipas assistenciais	RO	4	3	12	3	9	Moderado	Reuniões clínicas; protocolos de comunicação	Reforço da articulação entre equipas	Diretor do Departamento	Contínuo	Em curso	Atas de reuniões
4	Departamento do Doente Crítico	Gestão de camas críticas	Indisponibilidade de camas em unidades críticas	RO	4	3	12	3	9	Moderado	Monitorização de ocupação; gestão centralizada de camas	Reforço da monitorização da ocupação	Diretor do Departamento	Contínuo	Em curso	Relatórios de gestão
5	Departamento do Doente Crítico	Segurança do doente	Incumprimento de protocolos clínicos	RCO	4	3	12	3	9	Moderado	Protocolos clínicos; auditorias clínicas	Reforço da auditoria clínica	Diretor do Departamento	Contínuo	Em curso	Protocolos clínicos

PLANO

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS
d) Serviço Integrado de Cuidados Paliativos

Nº	Área Orgânica	Processo / Atividade	Risco Identificado	Categoria	Impacto	Probabilidade	Risco Inerente	Nível de Controlo	Risco Residual	Classificaçã o Final	Medidas Preventivas Existentes	Medidas Adicionais (se aplicável)	Responsável Nominal	Prazo	Estado de Implementação	Evidência Documental
1	Serviço Integrado de Cuidados Paliativos	Referenciação para cuidados paliativos	Acesso tardio de doentes elegíveis a cuidados paliativos	RO / RE	4	3	12	3	9	Moderado	Critérios clínicos de referenciação; articulação com serviços clínicos	Reforço da sensibilização dos serviços para referenciação precoce	Diretor do Serviço	Contínuo	Em curso	Registos de referenciação
2	Serviço Integrado de Cuidados Paliativos	Articulação hospital-comunidade	Falhas na articulação entre equipas hospitalares e equipas comunitárias	RO	4	3	12	3	9	Moderado	Protocolos de articulação entre equipas	Reforço da coordenação entre níveis de cuidados	Diretor do Serviço	Contínuo	Em curso	Planos de cuidados
3	Serviço Integrado de Cuidados Paliativos	Continuidade assistencial	Interrupção ou descontinuidade de cuidados paliativos no domicílio	RO	4	2	8	3	5	Moderado	Equipas comunitárias de suporte	Reforço da monitorização da continuidade assistencial	Diretor do Serviço	Contínuo	Em curso	Registos clínicos
4	Serviço Integrado de Cuidados Paliativos	Registo clínico	Registo clínico incompleto ou inadequado do plano de cuidados paliativos	RO / RSI	3	3	9	3	6	Moderado	Procedimentos de registo clínico	Reforço da monitorização da qualidade do registo clínico	Diretor do Serviço	Contínuo	Em curso	Processo clínico
5	Serviço Integrado de Cuidados Paliativos	Comunicação com família e cuidadores	Comunicação inadequada com familiares ou cuidadores informais	RP	3	3	9	3	6	Moderado	Protocolos de comunicação clínica	Reforço da formação em comunicação clínica	Diretor do Serviço	Contínuo	Em curso	Registos clínicos

PLANO

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS
e) Rede Nacional de Cuidados Continuados

Nº	Área Orgânica	Processo / Atividade	Risco Identificado	Categoria	Impacto	Probabilidade	Risco Inerente	Nível de Controlo	Risco Residual	Classificaçã o Final	Medidas Existentes	Medidas Adicionais	Responsável	Prazo	Estado	Evidência
1	RNCC	Gestão de referenciação	Atrasos na referenciação de utentes para cuidados continuados	RO	4	3	12	3	9	Moderado	Plataforma RNCCI; equipa de gestão de altas	Reforço da monitorização de referenciação	Coordenador da ECL	Contínuo	Em curso	Registos de referenciação
2	RNCC	Articulação institucional	Falhas de articulação entre hospital, CSP e rede continuados	RO	4	3	12	3	9	Moderado	Equipas de articulação	Reforço da comunicação institucional	Coordenador da ECL	Contínuo	Em curso	Relatórios/Reg istos SI
3	RNCC	Continuidade assistencial	Interrupção ou atraso na continuidade de cuidados	RO	4	2	8	3	5	Moderado	Protocolos institucionais	Reforço da monitorização da continuidade	Coordenador da ECL	Contínuo	Em curso	Planos de cuidados
4	RNCC	Gestão de vagas	Indisponibilidade de vagas na rede	RO / RE	4	3	12	3	10	Elevado	Gestão centralizada de vagas	Reforço da articulação institucional	Coordenador da ECL	Contínuo	Em curso	Relatórios RNCCI

PLANO

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS
f) Departamento de Saúde Pública

N.º	Área Orgânica	Processo / Atividade	Risco Identificado	Categori a	Impacto	Probabilidade	Risco Inerente	Nível de Controlo	Risco Residua l	Classificação Final	Medidas Existentes	Medidas Adicionais	Responsável	Prazo	Estado	Evidência
1	Departamento de Saúde Pública	Vigilância epidemiológica	Falha na deteção ou notificação de eventos de saúde pública	RO / RCO	5	3	15	4	11	Elevado	Sistemas de vigilância epidemiológica	Reforço da monitorização epidemiológica	Diretor do Departamento	Contínuo	Em curso	Relatórios epidemiológicos
2	Departamento de Saúde Pública	Gestão de surtos	Resposta inadequada a surtos epidemiológicos	RO	5	3	15	3	12	Elevado	Protocolos de resposta a surtos	Simulações periódicas	Diretor do Departamento	Contínuo	Em curso	Planos de contingência
3	Departamento de Saúde Pública	Programas de saúde pública	Planeamento inadequado de programas de prevenção	RE	4	3	12	3	9	Moderado	Programas institucionais	Reforço da monitorização de indicadores	Diretor do Departamento	Anual	Em curso	Relatórios
4	Departamento de Saúde Pública	Informação em saúde	Dados epidemiológicos incompletos ou inadequados	RSI	4	3	12	3	9	Moderado	Sistemas de informação em saúde	Reforço da validação de dados	Diretor do Departamento	Contínuo	Em curso	Bases de dados
5	Departamento de Saúde Pública	Comunicação em saúde pública	Comunicação inadequada de riscos de saúde pública	RP	3	3	9	3	6	Moderado	Protocolos institucionais	Reforço da comunicação institucional	Diretor do Departamento	Contínuo	Em curso	Comunicados oficiais

PLANO
GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS
g) Comissões e Serviços de Apoio Gabinete da Qualidade

Nº	Área Orgânica	Processo / Atividade	Risco Identificado	Categoria	Impacto	Probabilidade	Risco Inerente	Nível de Controlo	Risco Residual	Classificação Final	Medidas Preventivas Existentes	Medidas Adicionais	Responsável Nominal	Prazo	Estado	Evidência Documental
1	Gabinete da Qualidade	Monitorização da qualidade e segurança do doente	Falhas na monitorização de indicadores de qualidade e segurança	RE / RCO	5	3	15	3	12	Elevado	Sistema de gestão da qualidade; indicadores definidos	Reforço da monitorização periódica	Responsável do Gabinete	Contínuo	Em curso	Relatórios de qualidade
2	Gabinete da Qualidade	Gestão de eventos adversos	Subnotificação ou não tratamento de eventos adversos	RE / RCO	5	3	15	3	12	Elevado	Sistema de notificação de incidentes	Sensibilização dos profissionais	Responsável do Gabinete	Contínuo	Em curso	Registos de incidentes
3	Gabinete da Qualidade	Auditorias internas	Falhas na realização ou seguimento de auditorias	RE / RCO	4	3	12	3	9	Moderado	Plano de auditorias internas	Reforço do acompanhamento das recomendações	Responsável do Gabinete	Anual	Em curso	Relatórios de auditoria

PLANO

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS
h) Unidade Local do PPCIRA

Nº	Área Orgânica	Processo / Atividade	Risco Identificado	Categoria	Impacto	Probabilidade	Risco Inerente	Nível de Controlo	Risco Residual	Classificação Final	Medidas Preventivas Existentes	Medidas Adicionais	Responsável Nominal	Prazo	Estado	Evidência Documental
1	PPCIRA	Vigilância epidemiológica	Subnotificação ou deteção tardia de infeções associadas aos cuidados de saúde	RE / RCO	5	3	15	3	12	Elevado	Sistema de vigilância epidemiológica; protocolos definidos	Reforço da monitorização e reporte	Responsável PPCIRA	Contínuo	Em curso	Relatórios epidemiológicos
2	PPCIRA	Controlo de infeção	Falhas na implementação de medidas de controlo de infeção	RE / RO	5	3	15	3	12	Elevado	Normas e procedimentos definidos; formação dos profissionais	Reforço da formação e auditorias internas	Responsável PPCIRA	Contínuo	Em curso	Registos de auditorias
3	PPCIRA	Uso de antimicrobianos	Uso inadequado de antibióticos contribuindo para resistências	RE / RCO	5	3	15	3	12	Elevado	Protocolos terapêuticos; monitorização de consumo	Reforço da monitorização e sensibilização clínica	Responsável PPCIRA	Contínuo	Em curso	Relatórios de consumo
4	PPCIRA	Formação e sensibilização	Falhas na formação dos profissionais em controlo de infeção	RE	4	3	12	3	9	Moderado	Plano de formação existente	Reforço da formação periódica	Responsável PPCIRA	Contínuo	Em curso	Registos de formação
5	PPCIRA	Resposta a surtos	Gestão inadequada de surtos infecciosos	RE / RO	5	2	10	3	7	Moderado	Planos de contingência definidos	Reforço da articulação com serviços clínicos	Responsável PPCIRA	Contínuo	Em curso	Relatórios de surtos

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

i) Comissão de Emergência e Catástrofe

Nº	Área Orgânica	Processo / Atividade	Risco Identificado	Categoria	Impacto	Probabilidade	Risco Inerente	Nível de Controlo	Risco Residual	Classificação Final	Medidas Preventivas Existentes	Medidas Adicionais	Responsável Nominal	Prazo	Estado	Evidência Documental
1	Comissão de Emergência e Catástrofe	Planeamento de emergência	Planos de emergência desatualizados ou inadequados	RE/RO	5	3	15	3	12	Elevado	Plano de emergência existente	Revisão periódica do plano	Responsável da Comissão	Anual	Em curso	Plano de emergência
2	Comissão de Emergência e Catástrofe	Testes e simulacros	Falta de realização de simulacros ou testes de resposta	RE	5	3	15	3	12	Elevado	Simulacros planeados	Realização regular de testes	Responsável da Comissão	Anual	A implementar	Relatórios de simulacros
3	Comissão de Emergência e Catástrofe	Resposta a eventos críticos	Resposta inadequada a situações de emergência	RE/RO	5	2	10	3	7	Moderado	Protocolos definidos	Formação contínua dos profissionais	Responsável da Comissão	Contínuo	Em curso	Registos de formação

PLANO

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS
j) Unidade Local de Gestão do Acesso e Referenciação

Nº	Área Orgânica	Processo / Atividade	Risco Identificado	Categoria	Impacto	Probabilidade	Risco Inerente	Nível de Controlo	Risco Residual	Classificação Final	Medidas Preventivas Existentes	Medidas Adicionais	Responsável Nominal	Prazo	Estado	Evidência Documental
1	ULGAR	Gestão de referenciação	Encaminhamento inadequado de utentes	RO / RE	4	3	12	3	9	Moderado	Sistemas de referenciação definidos	Reforço da monitorização	Responsável da Unidade	Contínuo	Em curso	Registos de referenciação
2	ULGAR	Gestão de tempos de espera	Atrasos no acesso aos cuidados de saúde	RE / RP	5	3	15	3	12	Elevado	Sistemas de gestão de listas de espera	Revisão periódica dos tempos de resposta	Responsável da Unidade	Contínuo	Em curso	Relatórios de tempos de espera
3	ULGAR	Coordenação entre níveis de cuidados	Falhas na articulação entre CSP e hospital	RO / RE	4	3	12	3	9	Moderado	Procedimentos definidos	Reforço da articulação interinstitucional	Responsável da Unidade	Contínuo	Em curso	Relatórios operacionais

PLANO

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS
k) Gabinete de Relações Públicas Comunicação e Imagem

Nº	Área Orgânica	Processo / Atividade	Risco Identificado	Categoria	Impacto	Probabilidade	Risco Inerente	Nível de Controlo	Risco Residual	Classificação Final	Medidas Preventivas Existentes	Medidas Adicionais	Responsável Nominal	Prazo	Estado	Evidência Documental
1	Gabinete de Comunicação e Imagem	Gestão da comunicação institucional	Divulgação inadequada de informação institucional	RP	5	3	15	3	12	Elevado	Procedimentos de comunicação definidos	Revisão de conteúdos antes de divulgação	Responsável do Gabinete	Contínuo	Em curso	Registos de comunicação
2	Gabinete de Comunicação e Imagem	Gestão de crise	Resposta inadequada a situações de crise reputacional	RP	5	3	15	3	12	Elevado	Plano de comunicação de crise	Reforço da preparação para situações críticas	Responsável do Gabinete	Contínuo	A implementar	Plano de comunicação
3	Gabinete de Comunicação e Imagem	Imagem institucional	Impacto negativo na imagem da instituição	RP	4	3	12	3	9	Moderado	Monitorização da comunicação externa	Reforço da estratégia institucional	Responsável do Gabinete	Contínuo	Em curso	Relatórios de comunicação

PLANO

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS
I) Gabinete do Cidadão

Nº	Área Orgânica	Processo / Atividade	Risco Identificado	Categoria	Impacto	Probabilidade	Risco Inerente	Nível de Controlo	Risco Residual	Classificação Final	Medidas Preventivas Existentes	Medidas Adicionais	Responsável Nominal	Prazo	Estado	Evidência Documental
1	Gabinete do Cidadão	Gestão de reclamações	Não tratamento adequado de reclamações dos utentes	RP / RCO	4	3	12	3	9	Moderado	Sistema de gestão de reclamações	Reforço da monitorização	Responsável do Gabinete	Contínuo	Em curso	Registos de reclamações
2	Gabinete do Cidadão	Resposta ao cidadão	Atrasos na resposta a exposições e pedidos	RP	4	3	12	3	9	Moderado	Procedimentos definidos	Monitorização de prazos	Responsável do Gabinete	Contínuo	Em curso	Registos de resposta

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

8. SISTEMA DE CONTROLO, MONITORIZAÇÃO E REPORTE DO PGRCIC

8.1. Princípios de Monitorização

A monitorização do PGRCIC constitui um processo contínuo e estruturado, destinado a:

- ✓ Avaliar a eficácia das medidas preventivas;
- ✓ Identificar novos riscos emergentes;
- ✓ Acompanhar a evolução do risco residual;
- ✓ Assegurar a conformidade com o RGPC;
- ✓ Evidenciar cumprimento perante MENAC, IGAS e demais entidades fiscalizadoras.

A monitorização assenta nos princípios de:

- ✓ Rastreabilidade;
- ✓ Segregação de funções;
- ✓ Evidência documental;
- ✓ Responsabilização;
- ✓ Melhoria contínua.

8.2. Modelo de Responsabilidades (Linhas de Defesa)

A monitorização do Plano organiza-se segundo o modelo das três linhas de defesa:

1.ª Linha – Responsáveis Operacionais

Diretores de Serviço / Coordenadores:

- ✓ Implementam medidas preventivas;
- ✓ Atualizam informação sobre riscos;
- ✓ Reportam incidentes relevantes.

2.ª Linha – Responsável pelo Cumprimento Normativo (RCN) e estruturas de controlo interno

- ✓ Acompanham execução das medidas;
- ✓ Validam informação reportada;
- ✓ Monitorizam riscos Elevados e Críticos;

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

- ✓ Articulam com o CA.

3.ª Linha – Serviço de Auditoria Interna

- ✓ Avalia a eficácia do sistema de controlo interno;
- ✓ Realiza auditorias temáticas;
- ✓ Emite recomendações;
- ✓ Integra resultados no Plano Anual de Auditoria Interna.

O Serviço de Auditoria Interna atua de forma independente, avaliando a eficácia do sistema de controlo interno e emitindo recomendações, sem assumir responsabilidades operacionais na implementação das medidas.

8.3. Diferenciação de Monitorização por Nível de Risco

Em cumprimento das orientações da IGAS, a monitorização é diferenciada consoante a classificação do risco:

Riscos Críticos



- ✓ Monitorização trimestral obrigatória;
- ✓ Reporte formal ao Conselho de Administração;
- ✓ Plano de ação específico;
- ✓ Identificação de responsável e prazo;
- ✓ Evidência documental arquivada.

Riscos Elevados



- ✓ Monitorização semestral;
- ✓ Acompanhamento pelo RCN;
- ✓ Atualização do estado das medidas;
- ✓ Reporte sintético ao CA.

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

Riscos Moderados

- ✓ Monitorização anual;
- ✓ Avaliação de manutenção dos controlos.

Riscos Baixos ou Muito Baixos

- ✓ Reavaliação anual;
- ✓ Monitorização integrada na revisão global do Plano.

8.4. Indicadores de Monitorização

A monitorização do PGRIC deve integrar indicadores qualitativos e quantitativos, designadamente:

- ✓ Número de riscos Críticos em aberto;
- ✓ Percentagem de medidas implementadas;
- ✓ Número de incidentes reportados por categoria;
- ✓ Número de declarações de conflito de interesse recolhidas;
- ✓ Número de formações realizadas;
- ✓ Tempo médio de implementação de medidas corretivas.

Estes indicadores são consolidados anualmente no Relatório de Execução do PGRIC.

Estes indicadores podem ser ajustados em função da evolução do Plano e das necessidades de monitorização.

8.5. Relatório Anual de Execução

Nos termos do RGPC, é elaborado anualmente um Relatório de Execução que inclui:

- ✓ Estado de implementação das medidas;
- ✓ Evolução dos níveis de risco;
- ✓ Incidentes registados;
- ✓ Medidas corretivas adotadas;
- ✓ Necessidades de atualização do Plano.

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

O Relatório é submetido ao Conselho de Administração e disponibilizado nos termos legais aplicáveis.

9. REVISÃO, ATUALIZAÇÃO E MELHORIA CONTÍNUA

9.1. Periodicidade da Revisão

O Plano de Gestão de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PGRIC) é objeto de revisão anual obrigatória, nos termos do artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 109-E/2021, de 9 de dezembro.

Sem prejuízo da revisão anual, o Plano pode ser objeto de revisão extraordinária sempre que se verifique:

- ✓ Alteração relevante da estrutura orgânica da ULS RL;
- ✓ Criação, extinção ou reorganização de serviços;
- ✓ Alterações legislativas com impacto na tipologia de riscos;
- ✓ Recomendações da IGAS, MENAC ou outras entidades de controlo externo;
- ✓ Identificação de novos riscos significativos;
- ✓ Ocorrência de incidentes relevantes ou falhas graves de controlo;
- ✓ Alterações no contexto ambiental, infraestrutural ou climático com impacto na continuidade assistencial.

9.2. Atualização das Matrizes de Risco

As matrizes de risco por área orgânica são revistas:

- ✓ Anualmente, no âmbito do processo de atualização do PGRIC;
- ✓ Sempre que se identifique alteração relevante no nível de risco;
- ✓ Quando ocorram eventos que revelem fragilidades no sistema de controlo interno.

Os riscos classificados como Elevados ou Críticos são objeto de reavaliação prioritária, devendo as respetivas medidas preventivas ser atualizadas, reforçadas ou reformuladas sempre que necessário.

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

9.3. Articulação com o Programa de Cumprimento Normativo

A revisão do PGRIC é realizada em articulação com:

- ✓ O Responsável pelo Cumprimento Normativo;
- ✓ O Serviço de Auditoria Interna;
- ✓ Os responsáveis das áreas orgânicas;
- ✓ As estruturas de governação relevantes.

O Plano integra o Programa de Cumprimento Normativo da ULS RL, sendo a sua atualização coordenada com os demais instrumentos de controlo interno e gestão de risco.

9.4. Melhoria Contínua

A ULS RL adota um princípio de melhoria contínua na gestão de riscos, assegurando:

- ✓ Monitorização sistemática dos riscos identificados;
- ✓ Atualização das medidas preventivas;
- ✓ Reforço da cultura de integridade;
- ✓ Integração de recomendações de auditoria interna e externa;
- ✓ Adaptação a novos riscos emergentes.

9.5. Disposições finais

As matrizes de risco constantes do presente Plano foram preparadas pelo Serviço de Auditoria Interna, com base na informação disponibilizada pelas diferentes áreas orgânicas, tendo sido objeto de validação no âmbito do processo de revisão do PGRIC.

As referidas matrizes foram remetidas às áreas orgânicas respetivas para efeitos de validação, tendo sido consideradas as observações recebidas no âmbito desse processo.

O presente Plano foi elaborado com base na informação disponibilizada pelas diferentes áreas orgânicas da ULS RL, sendo a responsabilidade pela implementação, monitorização e atualização das

GESTÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO E INFRAÇÕES CONEXAS

medidas preventivas atribuída aos respetivos responsáveis operacionais, nos termos do modelo das três linhas de defesa.

A monitorização e acompanhamento da execução do Plano competem ao Responsável pelo Cumprimento Normativo, sem prejuízo da avaliação independente a assegurar pelo Serviço de Auditoria Interna, no âmbito das suas competências.

Após aprovação do presente Plano pelo Conselho de Administração, quaisquer alterações à identificação, classificação ou medidas associadas aos riscos deverão ocorrer exclusivamente no âmbito dos processos formais de revisão do Plano ou das avaliações periódicas de monitorização.

10. Referências Normativas e Documentais

- ✓ Decreto-Lei n.º 109-E/2021
- ✓ Lei n.º 93/2021
- ✓ Lei n.º 54/2008
- ✓ Guia n.º 1/2023 MENAC
- ✓ Orientação MENAC 1/2024
- ✓ Estatuto do SNS (DL 52/2022)
- ✓ Código dos Contratos Públicos
- ✓ Código Penal
- ✓ RGPD
- ✓ Regulamento Interno ULS RL
- ✓ Recomendações IGAS (Proc. 111/2025)
- ✓ Manual JCI – GHI.05.00