

Relatório de Acompanhamento do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os Riscos de Corrupção e de Infrações Conexas

**Grupo de trabalho para o acompanhamento
do Plano de Prevenção de Riscos**



Índice

1. <i>Introdução</i>	3
2. <i>Caraterização da Unidade Local de Saúde Amadora/Sintra</i>	3
3. <i>Atividades desenvolvidas</i>	4
4. <i>Avaliação das medidas de prevenção de risco</i>	5
5. <i>Conclusões e Recomendações</i>	13



1. Introdução

Em 2023, foi aprovada, pelo Conselho de Administração, a quarta revisão do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os Riscos de Corrupção e de Infrações Conexas, do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE (HFF), considerando o Decreto-Lei nº 109-E/2021, de 9 de dezembro – que criou o Mecanismo Nacional Anticorrupção e estabeleceu o regime geral de prevenção da corrupção. Este documento identifica, através de matrizes elaboradas pelas unidades orgânicas do HFF, os riscos de gestão, incluindo os riscos de corrupção e de infrações conexas, as medidas para reduzir a probabilidade de ocorrência e os níveis de risco.

No ano de 2024 foi criada, através do Decreto-Lei nº 102/2023, de 7 de novembro, a Unidade Local de Saúde de Amadora/Sintra, EPE (ULSASI), com integração do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE, os Cuidados de Saúde Primários da Amadora e de Sintra e a partir de 11 de julho de 2025, passou a integrar o Hospital de Sintra. No ano de 2026 e em cumprimento com o n.º5 do Artigo 6º do Regime geral de prevenção da corrupção, que refere que o Plano de Prevenção de Corrupção é revisto a cada 3 anos, será feita uma atualização do mesmo, para a Unidade Local de Saúde de Amadora/Sintra.

Para a elaboração deste relatório, foi realizada a monitorização dos riscos na sua totalidade, com o objetivo de analisar e avaliar em que medida o preconizado está a ser implementado e aferir da necessidade de revisão dos riscos e controlos anteriormente identificados, bem como perceber se algum risco teve ocorrências no decorrer do ano de 2025.

Este relatório dá cumprimento ao determinado pela alínea b) do n.º4 do Artigo 6º do Anexo do Decreto-Lei n.º109-E/2021, de 9 de dezembro (Regime Geral da Prevenção da Corrupção) que define *“Elaboração, no mês de abril do ano seguinte a que respeita a execução, de relatório de avaliação anual, contendo nomeadamente a quantificação do grau de implementação das medidas preventivas e corretivas identificadas, bem como a previsão da sua plena implementação”*.

2. Caracterização da Unidade Local de Saúde Amadora/Sintra

A Unidade Local de Saúde de Amadora/Sintra, EPE (ULSASI), criada através do Decreto-Lei nº 102/2023, de 7 de novembro, com integração do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE, os Cuidados de Saúde Primários da Amadora e de Sintra e a partir de 11 de julho de 2025, passou a integrar o Hospital de Sintra, constitui-se como unidade de primeira linha para os habitantes dos Concelhos de Amadora e de Sintra e visa apresentar as melhores respostas em saúde, tendo como foco as pessoas.

A Unidade Local de Saúde Amadora/Sintra, é a maior do país em número de residentes e inscritos no Serviço Nacional de Saúde. De acordo com os dados de recenseamento da população, em 2021, a população residente da área geográfica de influência direta da ULSASI é de cerca de 600.000 residentes, distribuídos por



aproximadamente 334 km², sendo o concelho de Amadora aquele que apresenta maior densidade populacional (7.210 habitantes por km², o valor mais elevado da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo).

A ULS Amadora/Sintra E.P.E. integra 43 unidades correspondentes aos Cuidados de Saúde Primários de Amadora e Sintra, 2 equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos (ECSCP), 2 centros de diagnóstico pneumológico (CDP), 1 Unidade de Saúde Pública (USP) com dois polos e 2 serviços de atendimento complementar (SAC).

A ULS integra o Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, que desenvolve a sua atividade em todas as seguintes linhas de produção: Urgência, Consulta, Internamento, Cirurgia, Hospital de Dia, Hospitalização Domiciliária. Tem, estruturalmente, uma lotação oficial de 804 camas médico-cirúrgicas, das quais 70 são dedicadas a cuidados intensivos e especiais de adultos e pediátricos, contando com um Bloco Operatório com 11 salas operatórias e um Bloco de Partos com 4 salas de Parto.

A ULS integra ainda o Hospital de Sintra, para o efeito conta com 42 gabinetes assistenciais dedicados à atividade de Consulta Externa (distribuídos entre Consultas Médicas, Salas de Enfermagem e de Exames Complementares e de Diagnóstico - piso 0 e piso 1), para além das Unidades de: i) MFR com 12 gabinetes assistenciais (Consultas Médicas, Salas de Atividades/Tratamentos e Ginásios; ii) Saúde Mental (adulto e da infância e adolescência) com 19 gabinetes assistenciais (Consultas Médicas, Salas de Atividades/Tratamentos e de Enfermagem) e; iii) Saúde Ocupacional com 6 gabinetes assistenciais. No Serviço de Internamento dispõe de lotação de 65 camas distribuídas por duas alas, cada uma das alas constituída por quartos duplos e individuais.

São órgãos da Unidade Local de Saúde Amadora/Sintra, o Conselho de Administração, o Conselho Fiscal, o Revisor Oficial de Contas e o Conselho Consultivo.

3. Atividades desenvolvidas

As atividades realizadas no decorrer do ano de 2025, pelo Grupo de Acompanhamento do Plano, foram as seguintes:

- Com periodicidade mensal, foram feitas apresentações, do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os Riscos de Corrupção e de Infrações Conexas, nas ações de acolhimento e integração aos novos colaboradores;
- Avaliação intercalar, por parte do grupo de trabalho da execução das medidas de prevenção dos riscos elevados, que os responsáveis setoriais apresentaram, bem como ocorrência dos riscos, tendo por base o Plano do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os Riscos de Corrupção e de Infrações Conexas do ano de 2025.
- Avaliação anual, por parte do grupo de trabalho da execução das medidas de prevenção da totalidade dos riscos, que os responsáveis setoriais apresentaram, bem como ocorrência dos riscos, tendo por base o Plano do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os Riscos de Corrupção e de Infrações Conexas do ano de 2025.
- Ação de auditoria surpresa, à cobrança de taxas moderadoras, no Serviço de Urgência Geral e no Serviço de



Urgência Básica, realizada em junho e agosto de 2025, tendo sido verificado que existe conformidade entre os valores cobrados e registados na aplicação informática e os valores existentes em numerário e talões de multibanco.

4. Avaliação das medidas de prevenção de risco

O objetivo do acompanhamento do Plano é o de criar mecanismos que diminuam a probabilidade de ocorrência de situações que potenciem os riscos, bem como dotar a ULS de capacidade, por um lado, para atenuar falhas nas áreas mais expostas ao risco, e por outro lado, de dar resposta imediata em caso de ocorrência de situações de corrupção, por via das responsabilidades e funções bem definidas.

Aos responsáveis das matrizes dos Serviços (responsáveis setoriais) cabe a identificação dos riscos e a implementação de sistemas de controlo adequados, identificando medidas que previnam os riscos. Na fase de avaliação devem considerar que sempre que ocorram novos eventos, devem ser revistos os riscos e os respetivos controlos, para serem refletidos numa próxima atualização do Plano.

Os responsáveis setoriais procederam à monitorização e avaliação das medidas de prevenção de risco aplicadas, verificação de possível ocorrência dos riscos identificados e enviaram os resultados para o Grupo de Trabalho. Com base nas respostas recebidas, o Grupo procedeu à análise dos mesmos e à elaboração do presente relatório de avaliação do Plano.

Desta forma, foram recebidas as monitorizações das seguintes áreas:

- Conselho de Administração;
- Áreas Clínicas;
- Serviço de Produção;
- Serviço de Gestão Financeira;
- Serviço de Compras e Logística;
- Serviço de Recursos Humanos;
- Serviço de Farmácia;
- Serviço de Gestão de Doentes;
- Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão;
- Serviço de Gestão Hoteleira;
- Serviço de Instalações e Equipamentos;
- Serviço de Sistemas de Informação;
- Serviço de Auditoria Interna;
- Serviço da Qualidade e Segurança;
- Serviço Social;
- Gabinete Jurídico;
- Unidade de Comunicação e Informação.



De seguida apresenta-se o resultado da análise realizada:

- Conselho de Administração**

O Conselho de Administração identificou 9 riscos (1 de nível elevado, 3 de nível moderado e 5 de nível fraco) e 20 medidas de prevenção desses riscos.

Da monitorização realizada, apurou-se que foram implementadas, no ano de 2024, todas as 20 medidas identificadas, apresentando uma taxa de execução de 100%.

- Áreas Clínicas**

As Áreas Clínicas identificaram 13 riscos (4 de nível elevado, 7 de nível moderado e 2 de nível fraco) e 40 medidas de prevenção desses riscos.

Das 40 medidas identificadas, não foi implementada uma “*Verificação das existências por Serviço, pelo Serviço de Auditoria e Serviço de Compras e Logística*”, no ano de 2025, apresentando uma taxa de execução de 97,5%. A medida que não foi implementada está associada ao risco abaixo identificado:

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Impacto	Probabilidade	Nível Risco	Ações para Controlo do Risco	Monitorização
Apropriação indevida de material hospitalar	Desvio de ativos	1 Baixo	2 Média	Risco Fraco	1- Sistema e-kanban nas enfermarias com registo dos consumos de material clínico e farmacêutico; 2- Solicitação de medicamentos à Serviços de Farmácia mediante prescrição e validação da prescrição por parte do Serviço de Farmácia; 3- Monitorização de dispositivos médicos periodicamente; 4- Verificação das existências por Serviço, pelo Serviço de Auditoria e Serviço de Compras e Logística.	1- O sistema Ekanban encontra-se em funcionamento nos serviços clínicos para o material clínico e farmacêutico; 2- Os medicamentos fornecidos pelo Serviço de Farmácia, à exceção dos existentes no sistema Ekanban, são sempre fornecidos mediante prescrição médica e validação farmacêutica. Os medicamentos existentes nos armazéns Ekanban são retirados pelos Enfermeiros de acordo com prescrição médica, também essa validada pelo Farmacêutico, e são registados como administrados pelos Enfermeiros; 3 e 4 - O Serviço de Auditoria Interna, no âmbito da monitorização dos stocks da área de ambulatório do Serviço de Farmácia, acompanhou 4 contagens e um inventário ao longo do ano de 2025. O resultado desta monitorização, que incidiu principalmente sobre as diferenças negativas, verificou-se nos inventários de final de ano, em que o ambulatório apresentou um resultado positivo de 62.824 €, quando no ano de 2024 tinha apresentado um resultado negativo de -80.096,00 €. Foram realizados os inventários de final de ano aos armazéns gerais do Serviço de Logística e do Serviço de Farmácia. No entanto, não foram realizadas as auditorias pelo Serviço de Auditoria em conjunto com o Serviço de Compras e Logística.

Sobre o risco “*Apropriação indevida de material hospitalar*”, considerando a sensibilidade desta temática, recomenda-se que as auditorias às existências, pelo Serviço de Auditoria Interna e Serviço de Compras e Logística, sejam realizadas, como medida de prevenção e controlo da ocorrência de extravio de material hospitalar.

- Área de Produção**

A Área de Produção identificou 9 riscos (1 de nível máximo, 2 de nível elevado, 5 de nível moderado e 1 de nível fraco) e 23 medidas de prevenção desses riscos.

Das 23 medidas identificadas, não foi implementada a seguinte “*Monitorização das Listas de Espera para Consulta, Cirurgia e MCDTS, com níveis de prioridade estabelecidos pela Unidade Local de Gestão de Acessos e pelo Gestor dos MCDT*”, no ano de 2025, por motivos de alteração do sistema informático. A taxa de execução de implementação de medidas situa-se em 95,6%. A medida que não foi implementada está associada ao risco abaixo identificado:

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Impacto	Probabilidade	Nível Risco	Ações para Controlo do Risco	Monitorização
Falta de cumprimento dos critérios das listas de espera (LIC, LEC e MCDT)	Imparcialidade no tratamento dos utentes	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1- Monitorização das Listas de Espera para Consulta, Cirurgia e MCDTS, com níveis de prioridade estabelecidos pela Unidade Local de Gestão de Acessos e pelo Gestor dos MCDT; 2- Realização de auditoria interna à lista de espera pela ULGA.	1- No caso dos MCDT, a entrada em produção do sistema BYME impossibilita, atualmente, a monitorização dos tempos de espera. Na Cirurgia e na Consulta, os indicadores são monitorizados mensalmente, sendo a informação reportada ao Conselho de Administração e aos Gestores. Com periodicidade semanal é realizada a avaliação das cirurgias agendadas, com identificação e correção de situações desviantes, tendo em conta a prioridade clínica e a antiguidade dos utentes em lista de espera. As consultas de primeira vez são agendadas de acordo com a antiguidade e a prioridade na lista de espera. 2- Foram realizadas duas auditorias às listas de espera de consulta e uma auditoria à lista de espera cirúrgica, com o objetivo de avaliar a conformidade dos processos e identificar situações não conformes. Adicionalmente, foram sinalizadas e enviadas para análise as listas de espera com maior tempo a aguardar marcação, permitindo a sua avaliação pelos Serviços e a definição de eventuais medidas corretivas.



Sobre o risco “*Falta de cumprimento dos critérios das listas de espera (LIC, LEC e MCDT)*”, considerando a sensibilidade desta temática, recomenda-se que sejam feitas adaptações ao sistema informático, por forma a que o mesmo forneça informação com fiabilidade para ser realizada a correta monitorização das listas de espera de MCDT.

- **Serviço de Gestão Financeira**

O Serviço de Gestão Financeira identificou 18 riscos (1 de nível máximo, 11 de nível moderado e 6 de nível fraco) e 42 medidas de prevenção desses riscos. Da monitorização realizada as medidas foram todas implementadas, no ano de 2025, apresentando uma taxa de execução de 100%.

- **Serviço de Compras e Logística**

O Serviço de Compras e Logística identificou 18 riscos (2 de nível máximo, 1 de nível elevado, 10 de nível moderado, 3 de nível fraco e 2 de nível mínimo) e 39 medidas de prevenção desses riscos.

Da monitorização realizada, o Serviço referiu que das 39 medidas identificadas, no ano de 2025, não foram implementadas 2 “*Elaboração de plano de compras anual*” e “*Implementação de sistemas de alerta e notação visual das situações limite*”, apresentando uma taxa de execução de 94,8%. As medidas que não foram implementadas estão associadas aos riscos abaixo identificados:

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Impacto	Probabilidade	Nível Risco	Ações para controlo do Risco	Monitorização
Aquisição de bens - repetição de procedimentos de aquisição do mesmo bem ao longo do ano (fracionamento da despesa)	Corrupção passiva para ato ilícito e tráfico de influência	3 Alto	3 Alta	Risco Máximo	1- Elaboração de plano de compras anual; 2- Comunicação prévia aos Serviços Requisitantes para levantamento de necessidades.	Plano de compras em determinadas áreas de compras, a saber: Produtos Farmacêuticos; Prestações de Serviços. O SCL por forma a antecipar as necessidades, questiona os Serviços Requisitantes sobre a manutenção da necessidade para o ano económico seguinte, mantendo-se a evidência anteriormente remetida. Apesar de não ter sido efetuado plano para as restantes áreas, a execução do mesmo está pendente dos utilizadores. O SCL quando da demonstração da necessidade questiona se a necessidade demonstra-se como anual, por forma a proceder a uma compra anual, e alertando o serviço requisitante do risco inerente. Entrou em produtivo a alteração do sistema em 2022, permitindo aos Serviços fazerem requisições. Todos os Requisitantes/Cientes internos da ULSASI, elaboram requisições de compra as quais estão desagregadas em Requisições Manuais e Requisições Anuais. O mantendo-se o mesmo nível de risco.
Existências com validade fora de prazo	Rutura; Falsas existências; Quebra financeira	3 Alto	1 Baixa	Risco Moderado	1- Avaliação periódica da rotatividade dos stocks, com movimento igual ou superior a 3 meses; 2- Manutenção da Gestão de Stocks através de método <i>first in first out</i> ; 3- Etiquetagem de produtos, como informação de aproximação de fim de prazo de validade; 4- Controlo periódico dos prazos de validade; 5- Implementação de sistemas de alerta e notação visual das situações limite.	Foram implementadas as 4 primeiras ações, não tendo sido implementada a última ação. Mais se acresce não terem verificado ocorrências

A medida “*Elaboração de plano de compras anuais*”, associada ao risco “*Aquisição de bens - repetição de procedimentos de aquisição do mesmo bem ao longo do ano (fracionamento da despesa)*” foi implementada apenas de forma parcial, uma vez que apenas foi feito plano de compras para Produtos Farmacêuticos e Prestações de Serviços. Em relação ao risco “*Existências com validade fora de prazo*”, não foi implementada a medida “*Implementação de sistemas de alerta e notação visual das situações limite*”, devendo para ambas as medidas serem encetados esforços no sentido de as mesmas serem implementadas.



- **Serviço de Gestão de Recursos Humanos**

O Serviço de Gestão de Recursos Humanos identificou 12 riscos (1 de nível elevado, 3 de nível moderado, 6 de nível fraco e 2 de nível mínimo) e 38 medidas de prevenção desses riscos. Da monitorização realizada as medidas foram todas implementadas, no ano de 2025, apresentando uma taxa de execução de 100%.

No entanto, de referir, no risco “*Incumprimento dos deveres de assiduidade, designadamente com o registo biométrico*”, a monitorização refere que o dever de registo biométrico não está a ser cumprido por todos os grupos profissionais, recomendando-se que a probabilidade de ocorrência deste risco subir para alto, bem como serem identificadas medidas mais direcionadas para este grupo profissional, por forma a conseguir que estas situações residuais deixem de acontecer.

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Impacto	Probabilidade	Nível Risco	Ações para Controlo do Risco	Monitorização
Incumprimento dos deveres de assiduidade, designadamente com o registo biométrico	Favorecimento de terceiros	3 Alto	2 Média	Risco Elevado	1 - Regulamentação sobre o dever de promover o registo biométrico, com a aplicação das correspondentes ações sancionatórias; 2 - Verificação mensal de processamentos, imediatamente antes e após o fecho; 3 - Verificação mensal de registos na ferramenta de gestão de horários do HFF; 4 - Verificações aleatórias pela coordenação da UARH.	1 – O dever do registo biométrico (RB) é cumprido por todos os grupos profissionais, exceto no grupo profissional médico, em que existem situações residuais de incumprimento total do RB. Foi enviado email sobre a obrigatoriedade do cumprimento do RB a todos os/as diretores/as de serviço e nos pedidos de alteração de horário é reforçada a mensagem de obrigatoriedade em causa. 2, 3 e 4 - Executado mensalmente, não tendo sido detetadas irregularidades, com exceção do mencionado grupo profissional médico

- **Serviço de Farmácia**

O Serviço de Farmácia identificou 17 riscos (1 de nível máximo, 2 de nível elevado, 10 de nível moderado, 3 de nível fraco e 1 de nível mínimo) e 56 medidas de prevenção desses riscos.

Da monitorização realizada, o Serviço referiu que das 56 medidas identificadas, no ano de 2025, não foram implementadas 5, apresentando uma taxa de execução de 91%. As medidas que não foram implementadas estão associadas aos riscos abaixo identificados:



Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Impacto	Probabilidade	Nível Risco	Ações para controlo do Risco	Monitorização
Falha no circuito de medicamentos de uso restrito	Atraso na dispensa de medicação ao doente Implicações legais	3 Alto	2 Média	Risco Elevado	1- Verificação e validação das prescrições, em tempo útil; 2- Revisão do circuito de aprovação; 3- Garantia de existência de stock mínimo.	1- As justificações nem sempre são disponibilizadas completas e/ou aprovada pelo serviço clínico em tempo útil; 2- O circuito de autorizações em GHAF em geral agiliza o processo mas em algumas situações o funcionamento não é o adequado (situação reportada à ST+); 3- Não estão definidos stocks mínimos para medicamentos de uso esporádico; 4- É utilizado mais de um sistema de prescrição e existem prescrições manuais.
Desvio na utilização dos produtos farmacêuticos armazenados na Farmácia	Desvio de ativos Erros de inventário	3 Alto	2 Médio	Risco Elevado	1- Circuito controlado de pessoas externas ao SF; 2- Câmaras de vigilância no acesso ao SF; 3- Medicamentos de ambulatório e oncologia com armazenamento segregado e de acesso restrito; 4- Contagens parciais às áreas de maior valor financeiro.	1- O acesso de pessoas externas ao SF é controlado, no entanto, nem todas as portas têm acesso controlado através de cartão de identificação; 2- Foi revista a lista de acessos; 3- Os medicamentos mais dispendiosos têm acesso restrito e maior monitorização; 4- O SF não detetou possíveis situações de desvio de medicamentos; 5- Existem câmaras de vigilância no acesso ao SF; 6- O armazém dos medicamentos de Ambulatório está segregado e o acesso ao seu interior na porta principal, é efetuado através de cartão; 7- Identifica-se a fragilidade de nem todas as portas de acesso ao interior do SF terem acesso controlado por cartão de identificação; 8- Identifica-se a fragilidade do armazém central não ter capacidade para todos os produtos, encontrando-se alguns em corredores, fora do armazém central.
Desvio de medicação durante o transporte	Desvio de ativos Erros de inventário	3 Alto	3 Alta	Risco Máximo	1- A Dose Unitária é transportada pelos AAM da Farmácia; 2- A medicação de reposição de stock é transportada em caixas seladas; 3- Os estupefacientes são distribuídos em sacos fechados cuja violação será visível a quem os receciona.	1- O sistema de encerramento de alguns módulos está avariado, o que limita o cumprimento das ações previstas, no entanto não se verificaram reclamações por parte dos serviços que iniciem desvio de medicamentos. 2- A reposição de stocks é transportada em caixas fechadas. 3- Os estupefacientes são distribuídos em sacos selados.

Da monitorização realizada as 3 medidas identificadas para o risco “Falha no circuito de medicamentos de uso restrito” foram implementadas de forma parcial, uma vez que nem todas as validações são realizadas em tempo útil, por falta de receção de justificações atempadamente, o circuito de aprovação ainda não está corretamente implementado em todas as situações e não estão definidos stocks mínimos para os medicamentos de uso esporádico. A medida “Circuito controlado de pessoas externas ao serviço de Farmácia” do risco “Desvio na utilização dos produtos farmacêuticos armazenados na Farmácia” foi implementada apenas de forma parcial, uma vez que o acesso de pessoas externas à Farmácia é controlado, no entanto, nem todas as portas têm acesso controlado através de cartão de identificação, as restantes medidas identificadas para este risco, encontram-se implementadas. Em relação ao risco “Desvio de medicação durante o transporte”, o sistema de encerramento de alguns módulos está avariado, o que limita o cumprimento das ações previstas, no entanto não se verificaram reclamações por parte dos serviços que iniciem desvio de medicamentos, devendo assim manter-se a graduação deste risco como máximo.

- **Serviço de Gestão de Doentes**

O Serviço de Gestão de Doentes identificou 12 riscos (1 de nível elevado, 5 de nível moderado, 5 de nível fraco e 1 de nível mínimo) e 38 medidas de prevenção desses riscos. Da monitorização realizada as medidas foram todas implementadas, no ano de 2025, apresentando uma taxa de execução de 100%.

- **Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão**

O Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão identificou 7 riscos (1 de nível elevado, 2 de nível moderado, 2 de nível fraco e 2 de nível mínimo) e 12 medidas de prevenção desses riscos. Da monitorização realizada as medidas foram todas implementadas, no ano de 2025, apresentando uma taxa de execução de 100%.



- **Serviço de Gestão Hoteleira**

O Serviço de Gestão Hoteleira identificou 10 riscos (5 de nível moderado, 3 de nível fraco e 2 de nível mínimo) e 28 medidas de prevenção desses riscos. Da monitorização realizada as medidas foram todas implementadas, no ano de 2025, apresentando uma taxa de execução de 100%.

- **Serviço de Instalações e Equipamentos**

O Serviço de Instalações e Equipamentos identificou 16 riscos (1 de nível máximo, 3 de nível elevado, 4 de nível moderado, 5 de nível fraco e 3 de nível mínimo) e 40 medidas de prevenção desses riscos. Da monitorização realizada as medidas foram todas implementadas, no ano de 2025, apresentando uma taxa de execução de 100%.

No entanto, de referir, no risco “*Fuga de doentes dos Serviços*”, foi reportada uma fuga de um doente, recomendando-se que o nível de risco suba para máximo, bem como serem identificadas medidas mais eficazes, por forma a conseguir que estas situações residuais deixem de acontecer.

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Consequência	Probabilidade	Nível Risco	Ações para Controlo do Risco	Monitorização
Fuga de doentes dos Serviços	Risco para os doentes à guarda do Hospital	2 Médio	3 Alta	Risco Elevado	1- Controle Através das rondas do serviço de segurança; 2- Controle de entradas e saídas pela equipa de segurança; 3- Resposta imediata a alertas de fuga.	O SIÉ recebe e monitoriza os relatórios enviados pela equipa de segurança. Todas as fugas de doentes são comunicadas à equipa de segurança. Foram reportadas 1 fuga de doente

- **Serviço de Sistemas de Informação**

O Serviço de Sistemas de Informação identificou 15 riscos (4 de nível elevado, 7 de nível moderado e 4 de nível fraco) e 30 medidas de prevenção desses riscos. Da monitorização realizada, o Serviço referiu que das 30 medidas identificadas, no ano de 2025, não foi implementada 1 “*Acesso a aplicações feita através de perfis de utilizador. Informação só "exportável" para situações em que seja justificada a necessidade*”, apresentando uma taxa de execução de 96,7%. A medida que não foi implementada está associada ao risco abaixo identificado:

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Consequência	Probabilidade	Nível Risco	Ações para Controlo do Risco	Monitorização
Utilização de dispositivos de armazenamento externo para exportação de informação	Informação confidencial ser disponibilizada a pessoas sem acesso	3 Alto	1 Baixa	Risco Moderado	1- Acesso a aplicações feita através de perfis de utilizador. Informação só "exportável" para situações em que seja justificada a necessidade; 2- Criação de ações de sensibilização para o risco de utilização de sistemas de armazenamento externo.	Não é possível monitorização sem modernização de soluções de endpoint (Antivírus). São sensibilizados os colaboradores na sessão de acolhimento e no dia-a-dia mediante situações de risco que possam ocorrer

No entanto, de referir, no risco “*Ocorrência de eventos que possam causar interrupções nos servidores e rede informática em geral levando a indisponibilidade dos sistemas de forma ligeira, parcial ou total*”, foi reportado um apagão total no *Datacenter* devido a falha elétrica, recomendando-se que a probabilidade de ocorrência deste risco subir para alto. Ainda no risco “*Redução da qualidade de resposta no apoio técnico*”, recomenda-se que a probabilidade de ocorrência deste risco subir para alto, considerando que têm necessidade de reforço de RH para conseguirem manter a qualidade de resposta do apoio técnico.



Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Consequência	Probabilidade	Nível Risco	Ações para Controlo do Risco	Monitorização
Ocorrência de eventos que possam causar interrupções nos servidores e rede informática em geral levando a indisponibilidade dos sistemas de forma ligeira, parcial ou total.	Impossibilidade de acesso à informação	3 Alto	2 Média	Risco Elevado	1- Criação de Plano de Contingência, com backups locais por forma a manter a continuidade do negócio.	Foi verificado apagão total no Datacenter devido a falha elétrica. O acesso à informação foi repostado faseadamente. Com a renovação tecnológica no Datacenter e após a sua conclusão, o Plano de Contingência ser atualizado conforme nova infraestrutura.
Redução da qualidade de resposta no apoio técnico	Atraso na prestação de cuidados	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1- Incidentes são priorizados e resolvidos consoante o impacto na instituição.	Mantem-se a necessidade de reforço de RH

- **Serviço de Auditoria Interna**

O Serviço de Auditoria Interna identificou 11 riscos (2 de nível elevado, 5 de nível moderado e 4 de nível fraco) e 20 medidas de prevenção desses riscos.

Da monitorização realizada, o Serviço referiu que das 20 medidas identificadas, no ano de 2025, não foram implementadas 2 “Realização de ações de follow-up para avaliar o grau de implementação das recomendações produzidas no âmbito das ações de auditoria realizadas” e “Atualização sempre que necessário do Regulamento do SAI, que pauta a atuação do Serviço” apresentando uma taxa de execução de 90%. As medidas que não foram implementadas estão associadas aos seguintes riscos abaixo identificados

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Impacto	Probabilidade	Nível Risco	Ações para Controlo do Risco	Monitorização
Falta de acompanhamento das recomendações aprovadas em relatórios de ações de auditoria	Não implementação de recomendações formuladas pelo SAI	2 Média	2 Média	Risco Moderado	1- Realização de ações de follow-up para avaliar o grau de implementação das recomendações produzidas no âmbito das ações de auditoria realizadas.	No ano de 2025 não foram realizadas ações de follow-up das auditorias realizadas.
Falta de parcialidade e independência nas auditorias realizadas	Favorecimento de terceiros	3 Alto	1 Baixa	Risco Moderado	1- Atualização sempre que necessário do Regulamento do SAI, que pauta a atuação do Serviço; 2- O SAI do HFF, cumpre, no desempenho das suas atividades, o disposto no Código de Ética do HFF, no Código de Ética do IIA (The Institute of Internal Auditors), bem como as Normas Internacionais de Auditoria Interna (Standards), respeitando as regras de conduta profissional, nomeadamente o sigilo e a reserva.	As ações foram desenvolvidas, sendo necessária a revisão do regulamento do SAI para o âmbito de ULS e não se verificaram ocorrências do risco
Quebra de sigilo	Divulgação de informação sensível a terceiros	2 Médio	1 Baixa	Risco Fraco	1- Atualização sempre que necessário do Regulamento do SAI, que pauta a atuação do Serviço; 2- O SAI do HFF, cumpre, no desempenho das suas atividades, o disposto no Código de Ética do HFF, no Código de Ética do IIA (The Institute of Internal Auditors), bem como as Normas Internacionais de Auditoria Interna (Standards), respeitando as regras de conduta profissional, nomeadamente o sigilo e a reserva.	As ações foram desenvolvidas, sendo necessária a revisão do regulamento do SAI para o âmbito de ULS e não se verificaram ocorrências do risco

O Serviço de Auditoria Interna, deve no decorrer do ano de 2026, proceder à revisão e atualização dos manuais referidos nas ações para controlo do risco.

- **Serviço de Qualidade e Segurança**

O Serviço de Qualidade e Segurança identificou 9 riscos (1 de nível elevado, 5 de nível moderado e 3 de nível fraco) e 33 medidas de prevenção desses riscos. Da monitorização realizada as medidas foram todas implementadas, no ano de 2025, apresentando uma taxa de execução de 100%.

- **Serviço Social**

O Serviço Social identificou 8 riscos (1 de nível máximo, 5 de nível moderado e 2 de nível fraco) e 13 medidas de prevenção desses riscos. Da monitorização realizada as medidas foram todas implementadas, no ano de 2025, apresentando uma taxa de execução de 100%.

- **Gabinete Jurídico**

O Gabinete Jurídico identificou 10 riscos (7 de nível moderado, 2 de nível fraco e 1 de nível mínimo) e 17 medidas de prevenção desses riscos.



Da monitorização realizada, o Gabinete referiu que das 17 medidas identificadas, no ano de 2024, não foram implementadas 2, apresentando uma taxa de execução de 88,2%. As medidas que não foram implementadas estão associadas aos riscos abaixo identificados:

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Impacto	Probabilidade	Nível Risco	Ações para Controlo do Risco	Monitorização
Dependência excessiva em determinados funcionários (Falta de gestão de conhecimento)	Demora na resposta e decisão e perda de conhecimento	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1- Adequar os recursos humanos (internos ou outsourcing) à quantidade e complexidade da atividade; 2- Partilhar conhecimento e distribuir tarefas.	1- Existe necessidade de reforço da equipa interna, identificado no PDO. 2- Implementado
Quadro de pessoal insuficiente	Demora na resposta e decisão	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1- Analisar periodicamente o quadro de pessoal e incentivar a participação em ações de formação; 2- Reforçar o quadro de pessoal.	1- Assegurado 2- Existe necessidade de reforço da equipa interna, identificado no PDO.

Para se conseguir mitigar a ocorrência deste risco “*Dependência excessiva em determinados funcionários (Falta de gestão de conhecimento)*”, foi identificada a medida “*Adequar os recursos humanos (internos ou outsourcing) à quantidade e complexidade da atividade*”, no entanto foi verificado que a mesma não foi implementada, continuando a ser necessário reforçar a equipa do Gabinete Jurídico, estando também o risco “*Quadro de pessoal insuficiente*” associado à mesma necessidade de reforço do quadro de pessoal.

- **Unidade de Comunicação e Informação**

A Unidade de Comunicação e Informação identificou 9 riscos (1 de nível máximo, 6 de nível moderado, 1 de nível fraco e 1 de nível mínimo) e 13 medidas de prevenção desses riscos.

Da monitorização realizada, a Unidade referiu que das 13 medidas identificadas, no ano de 2025, não foi implementada 1, apresentando uma taxa de execução de 92,3%. A medida que não foi implementada está associada ao risco abaixo identificado:

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Impacto	Probabilidade	Nível Risco	Ações para Controlo do Risco	Monitorização
Sistema de impressão deficiente para dar apoio aos materiais informativos que os serviços necessitam	Redução da eficácia da informação prestada pelos serviços aos/às utentes e públicos alvo externos.	2 Médio	2 Média	Risco Moderado	1- Robustecer o sistema e apoio à comunicação na área da impressão e produção de materiais informativos de modo a melhorar a resposta atempada aos serviços e consequentemente aos/às utentes.	A monitorização deste risco confirma limitações significativas ao nível do sistema de impressão, com avarias frequentes e uma assistência técnica insuficiente, comprometendo a produção e qualidade dos materiais informativos. A situação tem impacto direto na capacidade de resposta da UCI aos serviços e, indiretamente, na comunicação com os utentes. O equipamento encontra-se em situação de fragilidade operacional, cuja gestão contratual depende da área das Tecnologias de Informação. Considera-se prioritário reforçar a articulação com esta área e avaliar a viabilidade da substituição do equipamento ou a introdução de soluções alternativas que assegurem a qualidade necessária deste serviço.

Para se mitigar o risco de “*Sistema de impressão deficiente para dar apoio aos materiais informativos que os serviços necessitam*”, foi definida como medida “*Robustecer o sistema e apoio à comunicação na área da impressão e produção de materiais informativos de modo a melhorar a resposta atempada aos serviços e consequentemente aos/às utentes.*”, no entanto de acordo com a Unidade confirma limitações significativas ao nível do sistema de impressão, com avarias frequentes e uma assistência técnica insuficiente, pelo que se recomenda que seja efetuado o pedido ao Serviço de Sistemas de Informação para implementação desta medida.



5. Conclusões e Recomendações

- **Conclusões**

O Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os Riscos de Corrupção e de Infrações Conexas, apresenta identificados 203 riscos e 504 medidas de prevenção. Todos os responsáveis setoriais procederam à monitorização das medidas de prevenção de risco aplicadas e enviaram os resultados para o Grupo de Trabalho, evidenciando de forma positiva a cultura existente no que respeita a prevenção dos riscos e o controlo sobre a implementação das medidas identificadas.

Da análise efetuada conclui-se que as medidas de prevenção de riscos mostraram-se adequadas, contribuindo para mitigar a ocorrência os riscos identificados, e por essa razão se terem mantido para o ano de 2025. Conclui-se ainda que das 504 medidas, apenas não foram implementadas 15, resultando num grau de implementação das medidas definidas de 97%. A elevada taxa de execução das medidas de mitigação dos riscos deve-se, em larga medida, ao facto de os responsáveis sectoriais reconhecerem o plano de prevenção de riscos como um elemento importante para identificarem e mitigarem riscos inerentes às suas atividades.

- **Recomendações**

Da análise realizada apresentam-se as seguintes recomendações:

- Assegurar a continuidade da monitorização dos riscos e das medidas preventivas a adotar;
- Aumentar o nível de monitorização dos riscos que apresentaram ocorrências durante o ano de 2025, devendo a probabilidade de ocorrência ser alterada para um nível superior, numa futura atualização do Plano de Riscos, bem como avaliação das medidas identificadas;
- Para as medidas que não foram aplicadas, fazer uma análise da dificuldade de implementação e redefinição de novas medidas, numa futura atualização do Plano de Riscos, bem como avaliação das medidas identificadas.

Grupo de trabalho para o acompanhamento do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo Riscos de Corrupção e de Infrações Conexas