UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
AMADORA / SINTRA

Relatório de Monitorização Intercalar Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas Outubro 2026

Grupo de Trabalho para o acompanhamento do PPR

Índice

1.Introdução _____ **3**

2.Avaliação das situações identificadas de risco elevado ou máximo _____ **3**

3Conclusões e Recomendações _____ **10**

Siglas

CSP	Cuidados de Saúde Primários
GT	Grupo de Trabalho
HFF	Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca
MENAC	Mecanismo Anticorrupção
PPR	Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas
RGPC	Regime Geral de Prevenção da Corrupção
SCI	Sistema de Controlo Interno
ULSASI	Unidade Local de Saúde Amadora / Sintra

1. Introdução

O presente Relatório visa dar cumprimento ao determinado pela alínea a) do n.º 4 do artigo 6º do Regime Geral de Prevenção da Corrupção (RGPC), aprovado e publicitado em anexo ao Decreto-Lei n.º109-E/2021, de 9 de dezembro, na atual redação. Este preceito determina que as Entidades obrigadas[1] à implementação de um Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infrações Conexas (PPR) têm de elaborar "*no mês de outubro, de relatório de avaliação intercalar nas situações identificadas de risco elevado ou máximo*".

De facto, a Unidade Local de Saúde Amadora / Sintra (ULSASI) tem aprovado[2] o seu PPR[3], focando-se este documento nos riscos de gestão, incluindo os riscos de corrupção e de infrações conexas para as unidades orgânicas do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca (HFF) pelo que, evidenciando estas atividades, cuja execução acarreta riscos elevados, é necessário monitorizar a implementação das medidas de mitigação dos mesmos, no sentido de aferir pela sua adequabilidade.

O acompanhamento do PPR está a cargo do Grupo de Trabalho (GT) de acompanhamento do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo os Riscos de Corrupção e de Infrações Conexas[4], devendo ser por todos os responsáveis dos Serviços cujas matrizes evidenciem riscos elevados indicar a este GT, o estado da implementação das medidas mitigadoras, identificando os constrangimentos para a sua não implementação.

Face ao que antecede, infra encontra-se a análise realizada ao que os Serviços e Unidades identificaram nas suas matrizes de risco, incluindo todos aqueles que constam no PPR aprovado em dezembro de 2023, concluindo-se que, mesmo face aos constrangimentos financeiros e operacionais que a atividade da ULSASI enfrenta no seu quotidiano operacional, as medidas necessárias para mitigar ou atenuar os riscos identificados como elevados ou máximos são adequadas. A taxa de execução destas medidas fixou-se, em outubro de 2026, em aproximadamente 90% (79) do total das 88 medidas em monitorização e avaliação intercalar.

Salienta-se o SAI que o próximo passo será rever o PPR em vigor na ULSASI, incluído todos os Serviços e Unidades Funcionais, incluindo as Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários (CSP) que por força da produção de efeitos[5] do Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, na atual redação, foram integrados no HFF[6], cumprindo deste modo com o determinado no n.º 5 do artigo 6.º do RGPC.

2. Avaliação das situações identificadas de risco elevado ou máximo

Tal como referido no PPR em vigor na ULSASI, cabe aos responsáveis de cada Serviço identificar os riscos, as medidas de prevenção ou de mitigação dos mesmos, mediante a implementação de um Sistema de Controlo Interno (SCI) e transparente, para que na monitorização intercalar e anual[7] seja possível identificar. Esta identificação é particularmente importante na monitorização intercalar,

[1] Artigo 2.º n,º1 do RGPC
[2] Aprovado pelo Conselho de Administração, dezembro de 2023, a quarta revisão o PPR.
[3] Disponível em: hff.min-saude.pt/wp-content/uploads/Plano-Prevencao-Risco-2023.pdf
[4] Alterado em setembro de 2026 – BI 84/2026
[5] Artigo 20.º do Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, na atual redação
[6] Artigo 1.º n.º 1 alinea r) do Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, na atual redação
[7] Alínea b) do n.º 4 do artigo 6º do RGPC.

destinada a avaliar os riscos identificados como elevados ou máximos, dado que os mesmos não só poem em risco as atividades do Serviço como da própria Entidade.

Assim, a **metodologia** observada pelo GT para a monitorização a que se refere alínea a) do n.º 4 do artigo 6º do RGPC, passou por remeter aos responsáveis pelos Serviços e áreas as matrizes de risco, identificando em específico os riscos categorizados com elevado ou máximo, para que os mesmos realizassem o ponto de situação relativamente ao que foi identificado na monitorização anual, realizada em abril, podendo ser considerados novos eventos que eventualmente pudessem ter condicionado a implementação integral da medida de mitigação prevista.

Os responsáveis pelos Serviços ou áreas procederam à monitorização das medidas de prevenção de risco aplicadas, verificação de ocorrência dos riscos, avaliação dos riscos identificados como elevados ou máximos e enviaram os resultados para o Grupo de Trabalho. Com base nas respostas recebidas, o GT procedeu à análise dos mesmos e à elaboração do presente Relatório.

Desta forma, foram recebidas as matrizes onde consta a monitorização dos Serviços e áreas que apresentam riscos de nível elevado ou máximo:

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

Infra apresenta-se o resultado da autoavaliação realizada por cada um dos Serviços ou áreas:

• Conselho de Administração

Responsável: Dra. Sandra Cavaca **Serviço: Conselho de Administração**

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Impacto	Probabilidade	Nível Risco	Ações para Controlo do Risco	Monitorização
Falta de meios no que concerne a conservação do património afeto ao desenvolvimento da atividade	Degradação dos espaços e dos equipamentos Desmotivação dos utilizadores	3 Alto	2 Média	Risco Elevado	1 - Definição de um Plano de Investimentos; 2 - Atualização e renovação dos espaços; 3 - Candidaturas a programas de financiamento; 4 - Reforçar o trabalho desenvolvido com as Câmaras; 5 - Monitorização da execução dos contratos de aquisição de serviços de manutenção.	1 – O plano de investimento foi submetido no Plano de Desenvolvimento Organizacional. Contempla a identificação da descrição do projeto, classificação do investimento, localização, proveniência do financiamento e ano de encargo do montante. 2 – Em 2025 foram iniciados os trabalhos de requalificação da rede de água fria, água quente e retorno Foram.fetuadas diversas intervenções e empreitadas de renovação dos espaços, nomeadamente: Alargamento do Internamento da Unidade de Psiquiatria (a decorrer), pintura dos 3 corredores principais do HFF, plnturas e reparações nos internamentos. 3 –Assegurados os seguintes financiamentos: Construção da Unidade de Psiquiatria (PRR), Bloco de Partos (CP), Aquisição de Equipamentos para o HPS (PRR) e HFF; 4 – Em Julho de 2025 entrou em funcionamento o novo Hospital de Sintra; Relativamente à Câmara Municipal da Sintra encontra-se a decorrer o processo de transferência de competências em matérias de saúde, que decorre do Decreto-Lei nº 23/2019, de 30 de janeiro. 5- Em 2026 ao abrigo do PRR iniciaram-se as empreitadas de requalificação da fármacia Hospitalar e Serviço de imagiologia. Aguarda-se os resultaods da candidatura,para o projeto de requalificação do serviço de Urgência Geral

• Áreas Clínicas

Responsável: Dr. João Tiago Serra **Serviço: Áreas Clínicas_CSH**

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Impacto	Probabilidade	Nível Risco	Ações para Controlo do Risco	Monitorização
Omissão de registo de ato clínico / Registo de ato clínico incompleto	Incorreta prestação de cuidados Incumprimento de legislação Favorecimento de terceiros	3 Alto	2 Média	Risco Elevado	1 - Formação e sensibilização dos colaboradores; 2 - Atribuição de Médico, do Serviço onde se encontra o doente internado, em tempo útil; 3 - Auditoria aos registos pela Comissão de Auditoria Clínica.	Risco controlado. Não foram reportados eventos relacionados com o risco identificado. O Serviço da Qualidade realizou auditoria aos registos clínicos e o nível de conformidade é neste item é de 100%.
Acesso indevido à informação clínica	Quebra de sigilo e do Código de Ética	2 Médio	3 Alta	Risco Elevado	1 - Definição de níveis de acesso ao processo clínico eletrónico; 2 - Acesso a aplicações feita através de perfis de utilizador; 3 - Sensibilização dos funcionários para o cumprimento do sigilo profissional; 4 - Definição de procedimentos no âmbito do cumprimento do Regulamento Geral de Proteção de Dados; 5 - Auditoria aos acessos ao processo clínico electrónico pelo EPD.	1- Implementação de procedimento concursal com vista a colocar nos serviços contentores para a eliminação seguras de documentos com dados pessoais. Alargamento do Projecto aos CSP. 2 Programação de realização de Auditorias relativas à Protecção de Dados e Confidencialidade em Serviços Clínicos no 2º semestre 2026.Realizada com a presença da Equipa de Gestão do Serviço. 3- Participação do EPD na sensibilização relativa à Protecção de Dados Pessoais no Programa de Acolhimento dos novos profissionais da ULSASI e ainda a dinamização da formação em sala a realizar nos CSP, HFF e Hospital de Sintra. 4- Realização de sessão ULSASI dedicada à IA e promovida pelo EPD/GTPD no primeiro semestre 2026:O Desafio de Integrar a IA nos Serviços de Saúde, no dia 19/06/2026. 5- Submetidas ao CA propostas de instauração de Inquérirto e/ou processo disciplinar, com nomeação do EPD como Instrutor. 6- Assinatura, pelos profissionais, de declaração de compromisso de confidencialidade na altura da admissão à ULSASI. 7 - Processo definido de acordo com a política de «Atribuição de direitos de acesso e privilégio de forma restrita e controlada» conforme, PO 0017 T GTI v03- Política de Controlo Acessos à Informação e Sistemas. 8 - As regras e os direitos de acesso a cada aplicação, definidas para cada perfil de utilizador estão segregadas por tipo utilizador , PR 0288 T SSI - Processo de Gestão de acessos. 9- Integração de dois profissionais dos cuidados de saúde primários no Grupo Técnico de Protecção de Dados. 10- Divulgação de cartazes alusivos à Protecção de Dados Pessoais por todo o Hospital, no âmbito do processo Certificação ACSA. 11- Alterado o Sistema de Chamada de Doentes para a prestação de cuidados de saúde com recurso a senhas.
Recurso indevido à produção adicional em detrimento da produção no horário de trabalho	Impactos financeiros para o HFF com os custos acrescidos com a atividade adicional	2 Médio	3 Alta	Risco Elevado	1 - Monitorização da atividade adicional mensalmente, no RADEF; 2 - Cruzamento da LIC com a atividade adicional; 3 - Controlo do cumprimento do Regulamento para a Produção Adicional.	Disponibilizada monitorização mensal produção adicional às direções de serviço. Regulamento de produção adicional revisto e aprovado em CA e pela DE
Comprometimento da Certificação dos Centros de Referência	Perda de Certificação dos Centros de Referência	2 Médio	3 Alta	Risco Elevado	1 - Definição de métricas e monitorização regular. 2 - Alertar direção do Serviço para a data de validade dos certificados (julho 2024); 3 - Colaborar na proposta de candidatura à DGS; 4 - Colaborar no desenvolvimento do plano de ação inerente a este processo.	Os Centros de Referencia, Cancro do Reto e Hepato bilio pancreatico, iniciaram os trabalhos para a II Certificação em junho de 2026. As avaliações externas estão previstas para julho de 2027.

• Área da Produção

Responsável: Alexandra Ferreira **Área: Produção**

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Impacto	Probabilidade	Nível Risco	Ações para Controlo do Risco	Monitorização
Externalização de atos clínicos que podiam ser realizados pelo Hospital	Não utilização total da capacidade instalada em termos de recursos humanos e físicos; Custos acrescidos com exames feitos no exterior	3 Alto	3 Alta	Risco Máximo	1 - Controlo dos exames realizados no Hospital e no exterior; 2 - Análise da capacidade instalada e tempos de espera por exame; 3 - Análise da taxa de utilização dos equipamentos; 4 - Existência de circuito para a emissão de termo de responsabilidade com vários níveis de autorizações (Direção de Serviço, Conselho de Administração).	1 - Processos de aquisição no Exterior concluidos. Monitorização da execução dos contratos externos, através de ficheiro (em anexo). Monitorização da atividade de MCDT realizada internamente, atualmente condicionada pela alteração dos sitemas de informação. 2/3 - Decorrente da alteração dos sistemas informaticos e das obras no serviço e imagiologia, e até ao termino das mesmas, a análise da taxa de utilização dos equipamentos está condicionada. 4 - Exitem procedimentos internos que carecem de revisão decorrente das alterações dos sistemas informaticos.
Produção registada sem execução do respetivo ato	Afetação da verdadeira imagem dos atos realizados no HFF, com impacto no processo de contratualização	3 Alto	2 Média	Risco Elevado	1 - Auditorias, de forma a aferir os registos em sistema informático com os registos no processo clínico do utente e as diversas aplicações informáticas.	1 - Auditoria para verificar, em termos administrativos, se existem registos de atos duplicados no mesmo dia.
Manipulação indevida e desaparecimento de espólios e valores dos doentes	Desvio de ativos	2 Médio	3 Alta	Risco Elevado	1 - Procedimento validado e registado por 2 profissionais de diferentes áreas; 2 - Existência de um cofre específico para espólios de valor com acesso controlado.	1 - Procedimento em vigor. 2 - 2 Cofres no Serviço de Urgência, Armário fechado no gabinete do Chefe da Segurança. Quando se trata da guarda de dinheiro solicita-se autorização ao vogal e a guarda fica a cargo dos Serviços Financeiros (termo de entrega).

- ## Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão

Responsável: Ivone Silva **Serviço: Planeamento e Controlo de Gestão**

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Impacto	Probabilidad	Nível Risc	Ações para Controlo do Risco	Monitorização
Falta de análise dos desvios dos consumos/gastos	Inexistência de controlo dos desvios dos consumos	3 Alto	2 Média	Risco Elevado	1 - Reuniões de análise e controlo de custos entre o Serviço de Planeamento e Controlo e o Serviço de Compras e Logística; 2 - Análise dos serviços de maior consumo e identificação dos materiais a acompanhar com maior proximidade pelo volume de utilização e pelo montante do mesmo.	A ULS faz uma monitorização das rubricas orçamentais e das rubricas económicas, relatando as justificações dos desvios no RADEF, REF e REO.

- ## Serviço de Recursos Humanos

Responsável: Catarina Conde /Ana Alves Porto **Serviço: Serviço de Recursos Humanos**

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Impacto	Probabilida	Nível Risc	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 da obrigatoriedade em causa.

- ## Serviço de Gestão Financeira

Responsável: Tânia Madeira **Serviço: Gestão Financeira**

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Impacto	Probabilidad	Nível Risc	Ações para Controlo do Risco	Monitorização
Incumprimento de prazos de pagamento a fornecedores	Quebra de fornecimento, cobrança de juros de mora e aumento dos pagamentos em atraso	3 Alto	3 Alta	Risco Máximo	1 - Extração e análise mensal de listas de valores em dívida a fornecedores; 2 - Pagamentos efetuados com base na antiguidade da dívida; 3 - Pedido de reforço de dotação orçamental.	A ULSASI tem recebido ao longo do ano (março de 2026 33M€ + setembro de 2026 33M€), dotação para regularizar dívida a fornecedores. Isto permitiu que os pagamentos em atraso tivessem um decrescimento substancial e que a "folga" financeira para o ano de 2026, permitisse equilibrar os pagamentos a fornecedores de forma consistente. Mensalmente extraimos ficheiros com o valor em dívida a fornecedores e efetuamos propostas de pagamentos tendo em conta a antiguidade da dívida. As ações para controlo do risco, estão a ser executadas.

- ## Serviço de Compras e Logística

Responsável: Ana Lúcia Amaral / Vanessa Nunes **Serviço: Compras e Logística**

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Impacto	Probabilidade	Nível Risco	Ações para Controlo do Risco	Monitorização
Aquisições de bens e serviços por ajuste direto e Consulta Prévia - ao mesmo fornecedor	Corrupção passiva para ato ilícito; Tráfico de influência, participação económica em negócio, abuso de poder	3 Alto	2 Média	Risco Elevado	1- Fundamentação e justificação da necessidade de aquisição; 2 -Qualificar e selecionar os fornecedores, capazes de satisfazer as necessidades do hospital; 3- Aferição do previsto no artigo 113.º do CCP.	O gestor do procedimento antes da criação do processo, afere através da consulta do ERP em uso (SAP), através das transações criadas para o efeito (ZFI_REL_NOTAS_ENC e ZFI_REL_CONTRATOS), na qual verificam o tipo de procedimento instruído e se é possivel convidar essa entidade em cumprimento do disposto no artigo 113.º do CCP. Em caso de impossibilidade entra em contato com o Requisitante, por quanto de informar a impossibilidade de consulta a tal entidade, solicitando-se identificação de novas empresas ou fundamentação caso se verifique a necessidade de contratualizar com determinada entidade. No que concerne à fundamentação para a necessidade de aquisição e seleção das entidades, o SC criou um documento identificado "Guidelines pedido aquisição", a qual em falta dos elementos é remetido ao Serviço Requisitante, por forma a que o mesmo possa ser devidamente preenchido pelo Serviço Requisitante. O SC, por forma a reforçar estas necessidades junto dos Serviços Requisitantes, está a preparar nova ação de formação aos Clientes Internos, direções de Departamneto. Manteem-se as evidência anteriormente remetida Não se registaram ocorrências.
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 SC 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 retantes áreas, a execução do mesmo está pendente dos utilizadores. O SC aquando 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/Clientes internos da ULSASI, elaboram requisições de compra as quais estão desagregadas em Requisições Manuais e Requisições Anuais.
Renovação de contratos - não existe sistema de alerta dos termos dos contratos, sem possibilidade de avaliação da necessidade de renovação	Não cumprimento do contrato.	3 Alto	3 Alta	Risco Máximo	1 - Acompanhamento da execução dos contratos em sistema informático - SAP, por forma a garantir o respeito pela renovação do contrato com a emissão de n.º de compromisso válido e sequencial na respetiva nota de encomenda.	Toda a tramitação do processo de contratação ocorre em SAP, inclusive o inicio da necessidade, dispondo agora de mecanismos, para os processos criados desde essa data, de controlo, sendo possivel retirar relatórios em que se afere quais os processos que produzem efeitos em mais do que um ano económico, mantendo-se a evidência anteriormente remetida. Não se registaram quaisquer ocorrências associadas a este risco.

- ## Serviço de Instalações e Equipamentos

Responsável: Filipe Chibante **Serviço:Instalações e Equipamentos**

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	**Consequências**	**Consequên**	**Probabilida**	**Nível Risc**	**Ações para Controlo do Risco**	**Monitorização**
Falta de controlo na execução das empreitadas não respeitando o caderno de encargos	Beneficio de terceiros Obras sem qualidade Prejuízo para o Hospital Condicionamento de Serviços	2 Médio	3 Alta	Risco Elevado	1 - Verificação do cumprimento das especificações do caderno de encargos; 2 - Aplicação de penalidades em caso de incumprimentos, previstas em caderno de encargos e contrato.	O SIE acompanha todas as empreitadas em curso, diretamente ou com apoio de equipas de fiscalização externas. O acompanhamento e execução tem de cumprir o estipulado em CE.Não foram aplicadas penalidades contratuais
Acesso indevido de pessoas estranhas ao Serviço/Hospital	Roubo de bens Prejuízo nas instalações Rapto de pessoas	3 Alto	2 Média	Risco Elevado	1 - Existência de uma equipa de segurança 24/7; 2 - Rondas com viatura em pontos estratégicos exteriores; 3 - Rondas interiores; 4 - Colocação de pontos de controlo de acesso; 5 - Videovigilância.	O SIE recebe e monitoriza os relatórios enviados pela equipa de segurança e analisa a assiduidade da equipa diariamente. São feitas reuniões de acompanhamento com a coordenação da equipa de segurança. de prejuizo nas instalações. O sistema de videovigilancia é monitorizado em tempo real
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 SIE recebe e monitoriza os relatórios enviados pela equipa de segurança. Todas as fugas de doentes são comunicadas à equipa de segurança e PSP.
Entrada de equipamentos não autorizados e sem conhecimento do SIE	Entrada de equipamentos sem controle do HFF e que possam acarretar custos	3 Alto	3 Alta	Risco Máximo	1 - Todos os equipamentos de empréstimo e demonstração são aprovados pelo CA; 2 - Preenchimento do formulario de emprestimo/demonstração.	O SIE recebe e monitoriza os relatórios enviados pela equipa de segurança. Todas as fugas de doentes são comunicadas à equipa de segurança e PSP.

- ## Serviço de Farmácia

Responsável: Liliana Calixto **Serviço: Farmácia**

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	**Consequências**	**Impacto**	**Probabilidad**	**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+I); 3 - Não estão definidos stocks mínimos para medicamentos de uso esporádico; 4 - É utilizado mais de um sistema de prescrição e existem prescrições manuais; 5 - O SF encontra-se em obras desde Março de 2026, o que contribui para o aumento do tempo necessário para preparação e distribuição de medicamentos, pela dispersão de localizações.
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 SF está em obras desde Março de 2026, condicionando a normal organização e funcionamento dos circuitos logísticos; 2 - Os medicamentos estão dispersos por vários locais de armazenamento temporário; 3 - Existência de medicamentos armazenados em corredores de circulação; 4 - Redução do espaço disponível para armazenamento adequado e segregação de produtos; 5 - Dificuldade em garantir as condições ambientais (temperatura, humidade, ventilação) em todos os locais de armazenamento provisório; 6 - Registo de paragens nos Kardexs; 7 - Contagens parciais às áreas de maior valor financeiro dificultadas pela dispersão em vários locais de armazenamento.
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 Clínicos que indiciem desvio de medicamentos; 2 - A reposição de stocks é transportada em caixas fechadas; 3 - Os estupefacientes são distribuidos em sacos selados.

• Serviço de Gestão de Doentes

Responsável: Alexandra Marques **Serviço: Gestão de Doentes**

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	**Consequências**	**Impacto**	**Probabilidade**	**Nível Risco**	**Ações para Controlo do Risco**	**Monitorização**
Introdução de isenções de pagamento de taxas moderadoras de forma indevida	Favorecimento de terceiros; Prejuízo para o HFF	3 Alto	2 Média	Risco Elevado	1 - Auditoria semestral das isenções atribuídas que não estejam coerentes com o principio da dispensa; 2 - Regularização das situações não conformes: retirar listagens e promover a correção; 3 - Partilha com a equipa de Assistentes Técnicos esclarecimento de dúvidas e sensibilização para a IT.0773/E.SGD 4 - Existência de manual de procedimentos sobre isenções/dispensas.	Efetuada auditoria a isenção de taxas moderadoras referente ao 1º semestre de 2026 nomeadamente aos códigos: 132 – planeamento familiar 135 – diabetes 140 – doença oncológica 143 – referenciação CTH – consulta 518 – decreto lei 100 - obrigação de pagamento de taxa Foram executadas as regularizações. Manual procedimentos: IT. 0773/E.SGD

• Serviço de Sistemas de Informação

Responsável: Rui Peres **Serviço:Serviço de Sistemas de Informação**

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.	Desde abril, não se registaram falhas nem perda de dados. Os testes de recuperação são realizados a pedido, sem calendarização periódica. Não houve alterações físicas no datacenter.
Avaria de servidores fora de suporte por parte dos fabricantes	Perda de dados	3 Alto	2 Média	Risco Elevado	1 - Identificação de servidores e aplicações instaladas. 2 - Plano de investimento para migração de dados relevantes; 3 - Criação de alarmística na falha de backup.	Não se registaram falhas nem perda de dados desde abril. Não houve alterações físicas no datacenter. Mantém-se o acompanhamento dos servidores fora de suporte e a alarmística de falha dos backups.
Ausência de normalização dos postos de trabalho	Vários cenários de testes, nas atualizações e colocação de dispositivos (impressoras, ou outros) há maior taxa de incidentes e de indisponibilidade para a prestação da atividade	2 Médio	3 Alta	Risco Elevado	1 - Aquisições em maior escala, para permitir maior homogeneidade no equipamento (não obstante não ser permitido a escolha de marca+modelo).	Mantém-se a situação relativa à normalização dos postos de trabalho e a sensibilização sobre procedimentos de resolução e reporte.
Exposição a riscos de cibersegurança	Perda ou roubo de informação	3 Alto	2 Média	Risco Elevado	1 - Ações de sensibilização; 2 - Prever em orçamento substituição de tecnologia obsoleta por tecnologia robusta; 3 - Realização de updates aplicacionais sempre que necessário.	Não se registaram incidentes de perda de dados. Mantêm-se as medidas de sensibilização e proteção. As firewalls para a ligação ao Hospital de Sintra já foram adquiridas e encontram-se em instalação.

• Serviço Social

Responsável: Adélia Gomes **Serviço Social**

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	**Consequências**	**Consequência**	**Probabilidade**	**Nível Risco**	**Ações para Controlo do Risco**	**Monitorização**
Carência de recursos para avaliação social atempada dos doentes	Redução pouco significativa da demora média de internamento do doente / Compromisso da resposta do Hospital	3 Alto	2 Média	Risco Elevado	1 - Avaliação das necessidades do serviço, identificadas no Relatório de Atividades / Plano de Atividades do Serviço. 2 - Reporte superior das necessidades de reforço dos AS	Identificação das necessidades de recursos humanos do serviço no Relatório 2025/ PA do SS 2026; necessidade a incluir novamente no Relatório de Serviço (a elaborar) do ano de 2026; Em plano a implementação das EPAS (Equipas de Planeamento de Altas) com vista á redução da demora média do internamento (referido em reunião com o superior hierárquico e CA a necessidade de reforço dos RH)

- **Unidade de Comunicação e Informação**

Responsável: Nuno Crespo **Serviço: Unidade de Comunicação e Informação**

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)	Perda de conhecimento e eficácia na implementação de projetos, podendo condicionar a concretização dos mesmos, o que pode conduzir à redução da visibilidade para o hospital.	3 Alto	3 Alta	Risco Máximo	1 - Partilha de tarefas; 2 - Passagem de conhecimento de tarefas, entre membros da equipa; 3 - Reforço de recursos humanos.	1. Foi criada a figura da coordenação interna e implementadas medidas de partilha de tarefas e de transferência de conhecimento, promovendo uma maior distribuição de responsabilidades entre os elementos da equipa. 2. Foram elaborados documentos de apoio e definidos procedimentos para a análise, o tratamento e a documentação dos pedidos e processos, reforçando a uniformização de práticas e a colaboração entre os elementos da Unidade. 3. Mantém-se a necessidade de reforço dos recursos humanos da Unidade, de forma a assegurar uma distribuição adequada do volume de trabalho, reduzir a dependência de colaboradores com conhecimentos especializados e garantir a continuidade e a capacidade de resposta do serviço.

- **Serviço de Auditoria Interna**

Responsável: Ana Maria Devesa **Serviço:Auditoria Interna**

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Impacto	Probabilidade	Nível Risco	Ações para Controlo do Risco	Monitorização
Não cumprimento do Plano Anual de Auditoria Interna	Auditorias planeadas não realizadas	2 Médio	3 Alta	Risco Elevado	1 - Elaboração do Plano Anual de Auditoria Interna consistente com a avaliação de risco realizada; 2 - Monitorização da execução do Plano Anual de Auditoria Interna; 3 - Registo das atividades extra Plano Anual de Auditoria Interna definido.	1 - Foi elaborado e aprovado pelo Conselho de Administração o Plano Anual de Auditoria para o ano de 2026; 2 - foi monitorizado o PAAI de 2025; 3 - Todas as astividades extraplano são incluidas no Relatorio do PAAI
Dependência excessiva em determinados funcionários (Falta de gestão de conhecimento)	Perda de informação na saída de colaboradores ou em ausências prolongadas	2 Médio	3 Alta	Risco Elevado	1 - Colocação de toda a informação do Serviço em pasta da rede; 2 - Necessidade de reforço da equipa do Serviço de Auditoria Interna.	1 - Toda a informação produzida pelo SAI é colocada na pasta de rede respetiva 2 - O SAI é constituído apenas pela Auditora Interna existindo a necessidade de reforço para que possa ser constituida uma Equipa que possa fazer face às necessidades da ULSASI.

- **Serviço de Qualidade e Segurança**

Responsável: João Vieira **Serviço: Qualidade e Segurança do Doente**

Identificação de Riscos					Ação e Monitorização	
Risco	Consequências	Impacto	Probabilidade	Nível Risco	Ações para Controlo do Risco	Monitorização
Gestão Documental manual e de difícil controlo.	Desatualização da documentação relevantes; Gestão inadequada dos documentos (validade, atualiazação boas práticas...)	2 Médio	3 Alta	Risco Elevado	1 - Divulgação da documentação produzida de novo, revista e a obsoleta; 2 - Promover a emissão de alertas para documentação relevante; 3 - Enviar periodicamente ponto de situação às direções de serviço para a documentação em fim de validade; 4 - Fomentar a aquisição de sistema automatizado para a gestão documental.	Mantém-se o risco e as ações para controlo. Não foram reportadas inconformidades com a Documentação do Sistema de Gestão da Qualidade.

3. Conclusões e Recomendações

- **Conclusões**

O Regime Geral de Prevenção da Corrupção determina que o PPR seja monitorizado de forma intercalar no mês de outubro[8], devendo ser avaliados as atividades identificadas com risco elevado ou máximo.

O Plano de Prevenção de Riscos (PPR) em vigor na ULSASI apresenta identificados 8 riscos categorizados com nível máximo e 23 riscos categorizados de nível elevado para os quais estão previstas 88 medidas

[8] Artigo 6.º n.º4 alínea a)

preventivas ou de mitigação a implementar nos Serviços onde os mesmos podem ocorrer. Ou seja, existem cerca de 3 medidas preventivas ou de mitigação para fazer face a cada risco identificado com nível elevado ou máximo.

Da análise efetuada conclui-se que as medidas de prevenção ou mitigação para fazer face aos riscos categorizados como elevados ou máximos mostraram-se adequadas, refletindo uma taxa de execução de aproximadamente de 90%, se consideradas as medidas implementas (61) e parcialmente implementadas (18), tal como ilustra o Gráfico abaixo:

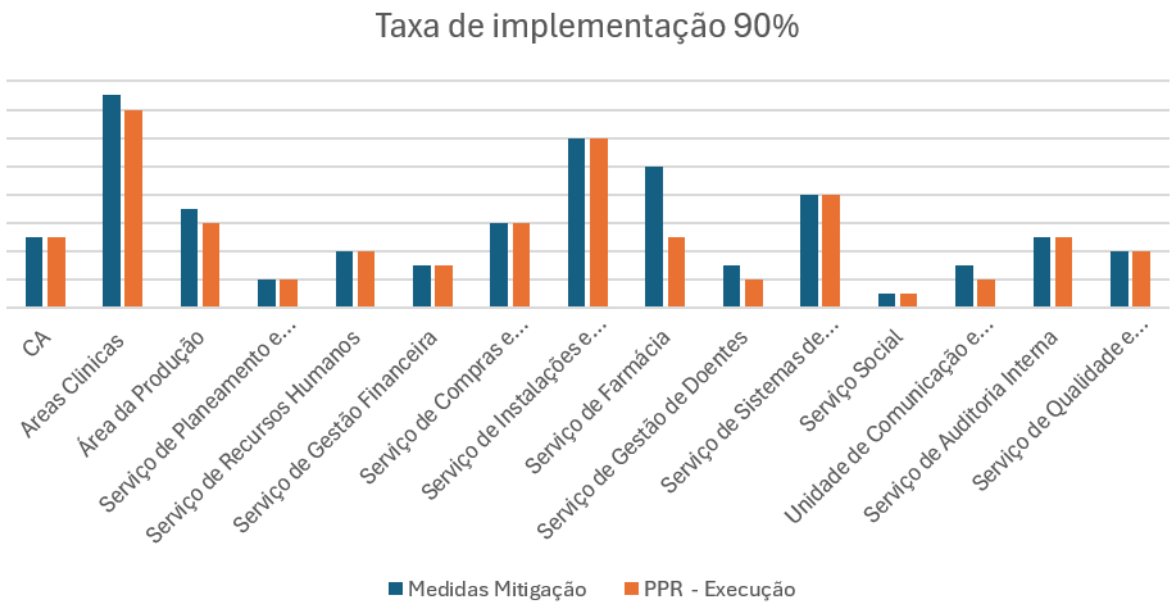

Gráfico 1 – PPR – Riscos Elevados – Medidas de mitigação previstas vs Medidas de mitigação implementadas

Apresentam-se como condicionante à execução plena das medidas de mitigação para fazer face aos riscos identificados, condicionantes estruturais, como é o por exemplo o Serviço de Farmácia que, decorrente da empreitada de requalificação iniciada em março de 2026, tem toda a sua atividade, funcionamento e organização condicionada, e condicionantes operacionais e de compliance, decorrente da necessidade de melhorar ou rever processos, como foi identificado por exemplo pela área de Produção. Foi ainda identificada a necessidade de alocação de Recursos Humanos.

- **Recomendações**

Da análise realizada **propõe** o Grupo de trabalho para o acompanhamento do Plano de Prevenção de Riscos de Gestão, incluindo Riscos de Corrupção e de Infrações Conexas **ao Conselho de Administração** da ULSASI as seguintes **Recomendações**:

- Assegurar a continuidade da monitorização dos riscos de nível máximo e elevado e das medidas preventivas a adotar;
- Para as medidas que não foram aplicadas, deverão os Serviços fazer uma análise da dificuldade de implementação e redefinição de novas medidas, caso necessário.

- Promover para que seja revisto o PPR, por forma a que todos os Serviços e Unidades Funcionais, incluindo as Unidades Funcionais de Cuidados de Saúde Primários (CSP) que por força da produção de efeitos[9] do Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, na atual redação, foram integrados no HFF[10], constem deste documento de gestão, cumprindo deste modo com o determinado no n.º 5 do artigo 6.º do RGPC.

Em cumprimento do RGPC, o Relatório de Monitorização Intercalar do PPR, de 2026, após aprovação pelo Conselho de Administração e no prazo de 10 dias úteis, deverá ser enviado às entidades mencionadas, bem como ser dado a conhecer a todos os trabalhadores, ficando disponível na página Institucional da ULSASI – artigo 6.º, n.º7 e n.º6, respetivamente.

São entidades de reporte:

- Ministério da Saúde;
- Ministério do Estado e Finanças;
- Administração Central do Sistemas de Saúde;
- Inspeção-Geral das Atividades em Saúde;
- Inspeção-Geral de Finanças;
- Entidade do Tesouro e Finanças;
- Mecanismo Anticorrupção – na respetiva Plataforma.

[9] Artigo 20.º do Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, na atual redação
[10] Artigo 1.º n.º 1 alinea r) do Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, na atual redação